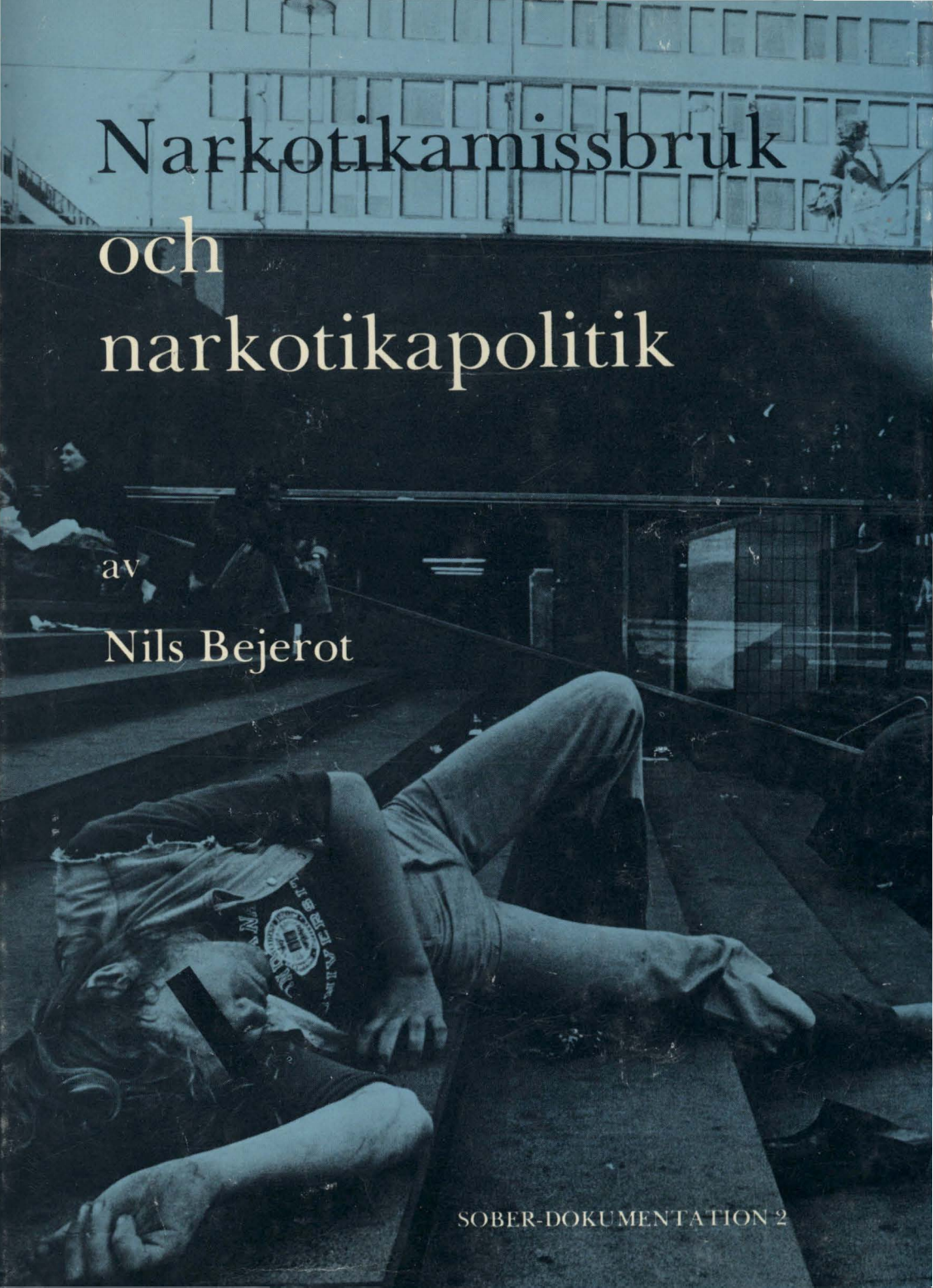
# Narkotikamissbruk och narkotikapolitik

av

Nils Bejerot



SOBER-DOKUMENTATION 2

# Narkotikamissbruk och narkotikapolitik

# Narkotikamissbruk och narkotikapolitik

*En epidemiologisk och metodologisk studie av narkotikamissbruk av intravenös typ i stockholmspolisens arrestklientel 1965–1970 i relation till förändringar i narkotikapolitiken*

av

Nils Bejerot

SOBER FÖRLAGS AB
STOCKHOLM
1975

*Nils Bejerot har tidigare utgivit*

Barn – Serier – Samhälle 1954

Dödsolycksfallen i Sverige 1954 (med Ragnar Berfenstam)

Narkotikafrågan och samhället 1968 (1970)

Narkotika och narkomani 1969 (1972, 1975)

Addiction and Society 1970

Inlägg i narkotikadebatten 1970

Addiction – An Artificially Induced Drive 1974

Omhändertagen i Humlegården 1974 (med Inga-Lill och Jan-Åke Candefjord)

Drub Abuse and Drug Policy 1975

© Nils Bejerot
Sober Förlags AB, Stockholm

ISBN 91 7296 014-0
Västergötlands Tryckeri, Skara 1975

# Innehåll

Förteckning över figurer 11
Förteckning över tabeller 13
Förteckning över bilagor 17
Termer, definitioner och förkortningar 21

## Förord 23

## 1. Introduktion 25

1.1. Inledning 25

1.2. Preliminär formulering av problemet 27
1.2.1. Teorin bakom en permissiv narkotikapolitik 28
1.2.2. Teorin bakom en restriktiv narkotikapolitik 28

1.3. Historik 32
1.3.1. Inledning 32
1.3.2. Kortfattad kronologisk översikt 32
1.3.3. Polisaktiviteten inom narkotikaområdet 35
1.3.4. Tullens narkotikabeslag 36
1.3.5. Domar i narkotikamål 37
1.3.6. Växlingar i svensk narkotikapolitik 39

1.4. Undersökningens syfte 43

1.5 Frågeställningar och hypoteser 44

## 2. Metoder 49

2.1. Metoder för studium av drogkonsumtion i ett samhälle; en översikt 49
2.1.1. Inledning 49

2.1.2. Hälsoundersökningar 49
2.1.3. Medicinalstatistik 50
2.1.4. Case-finding-tekniker 51
2.1.5. Registermetoder 53
2.1.6. Mortalitetsstudier 54
2.1.7. Intervjuer och enkäter 56
2.1.8. Övriga metoder 58

2.2. Stickmärkesmetoden 59
2.2.1. Metodens innebörd 59
2.2.2. Rapporteringsteknik 62
2.2.2.1. Protokoll 62
2.2.2.2. Identitet 63
2.2.2.3. Register 64
2.2.2.4. Klassifikationer 64
2.2.2.5. Kontrollmoment 64
2.2.3. Reliabilitet 64
2.2.3.1. Bedömardivergens 65
2.2.4 Validitet 66
2.2.4.1. Blod- och urinprov 67
2.2.4.2. Venpunktioner av uppgivet medicinskt ursprung 68
2.2.4.3. Arrestanternas egna utsagor 69
2.2.4.4. Misstänkt missbruk 71
2.2.5. Slutord till metoden 72

2.3. Statistiska metoder 72

# 3. Material 73

3.1. Arrestpopulationen 73
3.1.1. Rekryteringsgrunder 73
3.1.2. Huvudkategorier 74
3.1.2.1. Omhändertaganden enligt brottsbalken 74
3.1.2.2. Omhändertaganden enligt brottsbalken näraliggande lagar 75
3.1.2.3. Omhändertaganden enligt barnavårdslagen 75
3.1.2.4. Omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen 75
3.1.2.5. Omhändertaganden enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall 75

3.1.2.6. Omhändertaganden enligt utlänningslagen 75
3.1.2.7. Omhändertaganden för identifiering 76
3.1.2.8. Frivilligt omhändertagna 76
3.1.3. Redovisningsgrunder 76
3.1.4. Maximering och minimering av förekomsten av intravenöst missbruk 77

3.2. Representativitet 79
3.2.1. Inledning 79
3.2.2. Rattfylleriklientel 80
3.2.3. Psykiatriskt vårdade narkomaner 81
3.2.4. Hepatitklientel 81
3.2.5. En case-finding-studie 81
3.2.5.1. Studiens genomförande 82
3.2.5.2. Rapporteringskällor och undersökningsvariabler 85
3.2.5.3. Rapporteringskällornas case-finding-kvalitet 87
3.2.5.4. Rapporteringskällornas case-finding-kapacitet 88
3.2.5.5. Fall rapporterade från andra källor och nydiagnostiserade i stickmärkesundersökningen efter case-finding-perioden 94
3.2.5.6. Variabler 97
3.2.5.7. Åldersfördelning 98
3.2.5.8. Könsproportioner 103
3.2.5.9. Olika rapporteringskällor versus stickmärkesundersökningen 106
3.2.6. Slutord till representativitetsanalysen 111

3.3. Bortfall
3.3.1. Bortfall A: Avgångna nattetid utan undersökning 113
3.3.2. Bortfall B: Avgångna dagtid utan undersökning 115
3.3.3. Analys av bortfall A och B 116
3.3.4. Bortfall C: Vägrat medverka vid undersökningen 118
3.3.5. Slutord till bortfallsanalysen 121

# 4. Resultat 122

4.1. Inledande översikt 122
4.1.1. Totalmaterial 122
4.1.2. Förhandsrapporter versus definitiva resultat 126

4.2. Arresttillfällen och individer 128
4.2.1. Inledning 128
4.2.2. Arresttillfällen 129
4.2.3. Arresttillfällen och ålder 137
4.2.4. Individer: Maximering och minimering av andelen missbrukare 142
4.2.5. Arresttillfällen per individ 148

4.3. Debutår och debutplats 151
4.3.1. Reliabiliteten i uppgifter om debutår 152
4.3.2. Debut- och diagnostiseringsår 153
4.3.3. Diskrepens mellan uppgifter om debutplats lämnade vid olika konsekutiva undersökningstillfällen 163
4.3.4. Debutplats och debutålder 165

4.4. Incidens- och prevalensskattningar av intravenöst missbruk 168
4.4.1. Okorrigerad minimiincidens 170
4.4.2. Okorrigerad minimiprevalens 177

4.5. Individuella förlopp 180
4.5.1. Status vid de sju första observationstillfällena 181
4.5.1.1. Översikt 182
4.5.1.2. Icke-missbrukare vid första observationen 183
4.5.1.3. Missbrukare vid första observationen 186
4.5.2. Status vid första observationstillfället varje kalenderår 187
4.5.2.1. Män, icke-missbrukare vid första observationen 189
4.5.2.2. Kvinnor, icke-missbrukare vid första observationen 189
4.5.2.3. Män, missbrukare vid första observationen 190
4.5.2.4. Kvinnor, missbrukare vid första observationen 190

4.6. Brottspanorama och missbruk 192
4.6.1. Översikt 192
4.6.2. Exklusive narkotikabrott m m 193
4.6.3. Brottstyper och individuella missbruksförlopp 195
4.6.3.1. Översikt 195

4.6.3.2. Brott mot liv och hälsa 198
4.6.3.3. Sedlighetsbrott 198
4.6.3.4. Tillgreppsbrott sammantagna 198
4.6.3.5. Fordonsstöld 199
4.6.3.6. Inbrott 199
4.6.3.7. Stöld 200
4.6.3.8. Rån 200
4.6.3.9. Bedrägeri 201
4.6.3.10. Narkotikabrott 201
4.6.3.11. Förpassning, avviken, efterlyst 201
4.6.3.12. Nykterhetsvårdslagen 202
4.6.4. Brottstyper i relation till narkotikabrott och intravenöst missbruk 202

4.7. Brottstyper och missbruksutveckling över tid 204
4.7.1. Översikt 204
4.7.2. Brott mot liv och hälsa 204
4.7.3. Tillgreppsbrott 205
4.7.3.1. Översikt 205
4.7.3.2. Fordonsstöld 209
4.7.3.3. Stöld ur fordon 210
4.7.3.4. Inbrott 211
4.7.3.5. Stöld 212
4.7.3.6. Rån 212
4.7.3.7. Narkotikabrott 213
4.7.4. Slutord 215

# 5. Diskussion 219

5.1. Teknik och metod 219
5.1.1. Stickmärkestekniken 219
5.1.2. Stickmärkesmetoden 219

5.2. Faktorer som påverkat genereringen av arrestantflödet och värdering av deras effekter på jämförelser över tid 220
5.2.1. Lagstiftning och rättspraxis; allmänt 220
5.2.2. Narkotikalagstiftning och förskrivningspraxis 221
5.2.3. Polisresurser och prioritering av kampen mot den illegala narkotikahandeln 221

5.2.4. Direkt narkotikabrottslighet 222
5.2.5. Indirekt narkotikabrottslighet 223
5.2.6. Avkunnade narkotikadomar och därmed sammanhängande frihetsberövanden 223
5.2.7. Drogmissbrukare inom kriminalvårdsklientelet 225
5.2.8. Injektionsmissbrukare inom ungdomsvårdsskoleklientelet 227
5.2.9. Missbrukare av intravenös typ intagna för vård på sjukhus 228
5.2.9.1. Den psykiatriska sektorn i case-finding-studien 228
5.2.9.2. Psykiatriskt förstagångsvårdade injektionsmissbrukare 229
5.2.9.3. Psykiatriskt tidigare vårdade injektionsmissbrukare 229
5.2.9.4. Injektionsmissbrukare dömda till psykiatrisk vård 230
5.2.9.5. Hepatitfallen 230
5.2.10. Åldersfaktorn 230
5.2.11. Dödligheten 231
5.2.12. Indirekt värdering av missbrukarnas expositionsrisk i undersökningen 232
5.2.13. Sammanfattande värdering av influerande faktorer 233
5.2.14. Slutsatser beträffande influerande faktorer 234

5.3. Slutord 235

6. Sammanfattning och slutsatser 237

6.1. Bakgrund 237

6.2. Metod 240

6.3. Resultat 243

Förteckning över figurer 11
Förteckning över tabeller 14
Förteckning över bilagor 17

Referenser 307

# Förteckning över figurer

Fig. 1. Additionseffekten av "färska" och "gamla" stickmärken under perioder med ökande respektive fallande frekvens av noterat missbruk i undersökningspopulationen 61
Fig. 2. Åldersfördelning i Stockholm och berört förortsområde vid utgången av 1967 84
Fig. 3. Relationer mellan stickmärkesundersökningen (SMU) och case-finding-studien (CFS) 91
Fig. 4. Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika case-finding-källor i Storstockholm andra halvåret 1967 i relation till fynden i stickmärkesundersökningen 95
Fig. 5. Individer kända som missbrukare i CFS vid case-finding-periodens slut och nydiagnostiserade i stickmärkesundersökningen efter olika antal kvartal 96
Fig. 6. Åldersfördelning i hela case-finding-materialet och dess relation till stickmärkesundersökningen 99
Fig. 7. Kumulativ procentuell åldersfördelning för individer diagnostiserade i stickmärkesundersökningen (SMU½) och för individer rapporterade från samtliga övriga källor i case-finding-studien (CFS) 100
Fig. 8. Antal fall av narkomanhepatit vårdade vid Roslagstulls sjukhus 1962–1971 (efter Ström 1972) 108
Fig. 9. Schematisk illustration av relationer mellan en simulerad konstant incidensökning av intravenöst missbruk och incidens av serumhepatit i en tidigare immunologiskt oskyddad missbrukarpopulation 109
Fig. 10. Indelning av bortfallsmaterialet i kommentarerna till tabellerna 24, 25 och 28 118
Fig. 11. Procentuell fördelning över antalen arresttillfällen för svenska män och kvinnor omhändertagna enligt alla lagar sammantagna: (A) de som diagnostiserats som intravenösa missbrukare vid något tillfälle, (B) de som aldrig företett stickmärken under undersökningsperioden 1965–1970. De absoluta antalen berörda individer har angivits ovanför respektive stapel 127
Fig. 12. Procentuell andel av arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk bland svenska medborgare gripna för brott m m i relation till förändringar i narkotikapolitiken 131
Fig. 13. Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska medborgare omhändertagna för brott m m, alla åldrar sammantagna 132
Fig. 14 A. Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska män omhändertagna för brott m m, indelade i femårsklasser 139
Fig 14 B. Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska kvinnor omhändertagna för brott m m, indelade i femårsklasser 141
Fig. 15. Procentuell andel arresttillfällen med stickmärken per kalenderår och åldersklass för svenska män omhändertagna för brott m m 142
Fig. 16. Procentuell andel arresttillfällen med stickmärken per kalenderår och åldersklass för svenska kvinnor omhändertagna för brott m m 143
Fig. 17. Procentuell andel missbrukare bland svenska män omhändertagna för brott m m kvartalsvis 1965–1970, beräknad dels på berörda individer som varje

gång under respektive kvartal.företett stickmärken, d v s vid minimering av andelen injektionsmissbrukare, och dels på arresttillfällen 147
Fig. 18. Arresttillfällen per individ och kvartal beträffande svenska män och kvinnor gripna för brott m m 150
Fig. 19. Debut- och diagnostiseringsår för manliga svenska injektionsmissbrukare 155
Fig. 20. Debut- och diagnostiseringsår för kvinnliga svenska injektionsmissbrukare 156
Fig. 21–22. Debutcohorter: Standardiserade relationer mellan andelen under debutåret och senare diagnostiserade injektionsmissbrukare, män respektive kvinnor med debut under åren 1965–1969 160
Fig. 23. Sannolikheten för viss duration mellan injektionsdebut och diagnostisering i stickmärkesundersökningen 1965–1970 161
Fig. 24. Debutplats och debutålder för svenska injektionsmissbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 165
Fig. 25 A. Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Manliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965–1970. Incidensserie oavsett diagnostiseringsår 172
Fig. 25 B. Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Manliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965–1970. Incidensserie med markerade diagnostiseringsår 173
Fig. 26. Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Kvinnliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965–1970 174
Fig. 27. Okorrigerad minimiprevalens av missbrukare av intravenös typ rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Svenska missbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 176
Fig. 28. Åldersklassad, okorrigerad minimiprevalens i femårsintervall 1949–1969 för manliga svenska missbrukare med uppgiven injektionsdebut i Stockholm respektive på annan eller ej uppgiven debutplats 178
Fig. 29. Åldersklassad, okorrigerad minimiprevalens i femårsintervall 1949–1969 för kvinnliga svenska missbrukare med uppgiven injektionsdebut i Stockholm respektive på annan eller ej uppgiven debutplats 179
Fig. 30. Status vid de sju första observationstillfällena; relativa frekvenser 185
Fig. 31. Status vid första observationstillfället varje år för svenska arrestanter som var icke-missbrukare vid första observationstillfället 188
Fig. 32. Status vid första observationstillfället varje år för svenska arrestanter som var missbrukare vid första observationstillfället 191
Fig. 33. Missbruksutvecklingen 1965–1970 avläst i andelen arresttillfällen med stickmärken bland svenska män i brottsomhändertaganden totalt samt i grupperna tillgreppsbrott sammantagna, våldsbrott och narkotikabrott 216
Fig. 34. Missbruksutvecklingen 1965–1970 avläst i andelen arresttillfällen med stickmärken bland svenska män omhändertagna för olika typer av tillgreppsbrott 217

# Förteckning över tabeller

Tabell 1. Rikspolisstyrelsens resurser i årsarbetskrafter avdelade för bekämpning av den illegala narkotikahandeln i Sverige 1965–70 35
Tabell 2. Stockholmspolisens resurser i årsarbetskrafter avdelade för olika aktiviteter under observationstiden 36
Tabell 3. Domar i narkotikamål 1955–1964. 38
Tabell 4. Domar i narkotikamål 1965–1970: Antal (N) för de tre största städerna och landet i övrigt samt antalet narkotikadomar per aktiv narkotikapolis och år (R) inom respektive område. 38
Tabell 5. Översikt över narkotikapolitiken i Sverige under olika perioder. 41
Tabell 6. Antalet felaktiga klassificeringar för varje bedömare 65
Tabell 7. Sammanställning över fynd av missbruksmedel bland 100 konsekutiva arrestanter sommaren 1969 vid analys av blod- och/eller urinprov. (Efter Allgén et al 1971) 67
Tabell 8. Klassifikation av uppgivet medicinskt betingade stickmärken 69
Tabell 9. Arresttillfällen med noterade stickmärken klassade som medicinskt betingade och status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle 70
Tabell 10. Arresttillfällen med noterade stickmärken klassade som misstänkt emanerande från intravenöst missbruk och status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle 71
Tabell 11. Översikt över de kriterier enligt vilka observationer av intravenöst missbruk maximerats respektive minimerats i undersökningsmaterialet oberoende av antalet observationstillfällen per individ 78
Tabell 12. Utländska medborgare varaktigt bosatta i Stockholms stad och särskilt angivet förortsområde den 1 november 1967 och dessas procentuella andel av hela befolkningen i området (den 1 januari 1968) 83
Tabell 13. Antal personer i olika yrkeskategorier som erhöll rapporteringskort i case-finding-studien (CFS) 1967 85
Tabell 14. Män och kvinnor rapporterade i case-finding-studien fördelade på fall kända i stickmärkesundersökningen och fall okända som missbrukare i stickmärkesundersökningen ($SMU_4$) 89
Tabell 15. Missbrukare av intravenös typ rapporterade i en case-finding-studie (CFS) omfattande Storstockholm andra halvåret 1967 och fallens förekomst i stickmärkesundersökningen (SMU) före, under och efter case-finding-perioden 90
Tabell 16. Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika källor i Storstockholm andra halvåret 1967 samt källornas case-finding-effektivitet jämfört med fynden i stickmärkesundersökningen ($SMU^1/_2$) 92
Tabell 17. Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika källor i Storstockholm andra halvåret 1967 och kända i stickmärkesundersökningen under tiden april 1965 – juni 1969 ($SMU_4$) 93
Tabell 18. Män respektive kvinnor okända i stickmärkesundersökningen och kända i annan källa vid case-finding-periodens slut men därefter nydiagnostiserade i

stickmärkesundersökningen; fördelade på födelseår och diagnostiseringskvartal 97
Tabell 19. Case-finding-studien: Antal, medianålder, medelålder och medelfel för fall rapporterade från olika case-finding-källor, rangordnade efter källornas case-finding-kapacitet 102
Tabell 20 A. Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor i relation till stickmärkesundersökningen samt gjorda jämförelser och resultaten av dessa. 104
Tabell 20 B. Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor uppdelade på åldersgrupper och källfraktioner i relation till stickmärkesundersökningen 104
Tabell 21. Individer redovisade från olika rapporteringskällor i case-finding-studien relaterade till fynden i stickmärkesundersökningen. Fraktionerna i procent av rapporterade fall från respektive källa 107
Tabell 22. Olika typer av bortfall från det totala flödet av arresttillfällen under hela observationsperioden 114
Tabell 23. Bortfall A: Åldersfördelning för svenska arrestanter, alla kategorier, vilka inkommit till arresten efter kl 22 och avgått före kl 08 nästa morgon och därför inte blivit undersökta för stickmärken (hela undersökningsperioden) 114
Tabell 24. Manligt bortfall A och B: Första gången ej undersökt och status vid angränsande undersökningstillfällen 115
Tabell 25. Kvinnligt bortfall A och B: Första gången ej undersökt och status vid angränsande undersökningstillfällen 117
Tabell 26. Den procentuella andelen under natt- och dagtid ej undersökta arresttillfällen beträffande svenska medborgare gripna för brott m m 119
Tabell 27. Svenska medborgare som vägrat medverka vid armvensbesiktning, fördelade på undersökningsår och ålder vid första vägrartillfället 119
Tabell 28. Män och kvinnor som vägrat medverka vid armvensbesiktning fördelade på status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle 120
Tabell 29. Översikt över samtliga arresttillfällen för såväl svenska som utländska medborgare under hela observationsperioden från april 1965 till och med juni 1970 123
Tabell 30. Översikt över det totala antalet berörda individer, såväl svenska som utländska medborgare, under hela observationsperioden från april 1965 till och med juni 1970 123
Tabell 31. Svenska medborgare, omhändertagna under tiden april 1965 till och med juni 1970, fördelade efter anledning till omhändertagandet 125
Tabell 32. Differenser mellan förhandsrapporter och definitiva resultat: Den procentuella andelen intravenösa missbrukare bland svenska medborgare gripna för brott m m (arresttillfällen) 128
Tabell 33. Arresttillfällen: Svenska män respektive kvinnor omhändertagna för brott m m under hela observationsperioden 130
Tabell 34. Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med liberal narkotikapolitik (kvartal II, 1965 respektive 1967) 133

Tabell 35. Proportionen injektionsfall bland arresttillfällena under första respektive andra hälften av perioden med liberal narkotikapolitik 134

Tabell 36. Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med traditionellt restriktiv narkotikapolitik (kvartal III 1967 respektive kvartal IV 1968) 135

Tabell 37. Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med extra restriktiv narkotikapolitik (kvartal I 1969 respektive kvartal II 1970) 136

Tabell 38. Maximering och minimering av antalet individer med tecken på injektionsmissbruk samt fördelning efter status vid den mellersta observationen beträffande svenska män respektive kvinnor omhändertagna för brott m m 144

Tabell 39. Jämförelse av andelen fall med stickmärken beräknad på de båda populationerna arresttillfällen och berörda individer för olika periodlängder och enligt fyra olika beräkningsgrunder 146

Tabell 40. Arresttillfällen per individ och år samt för hela observationsperioden, beträffande svenska män och kvinnor omhändertagna för brott m m 149

Tabell 41. Arresttillfällen per injektionsmissbrukare respektive icke-missbrukare kvartalsvis för hela observationsperioden och för perioder med olika typer av narkotikapolitik 149

Tabell 42. Diskrepens mellan konsekutiva uppgifter om debutår för intravenöst missbruk beträffande svenska män och kvinnor. Differens i år mellan det först uppgivna debutåret och senare lämnade uppgifter fördelade på år efter den först lämnade uppgiften 153

Tabell 43. Debutår för intravenöst missbruk och diagnostiseringsår beträffande svenska män och kvinnor 154

Tabell 44. Antal svenska män och kvinnor som nydiagnostiserats som intravenösa missbrukare under debutåret respektive året efter den uppgivna debuten 158

Tabell 45. Divergens mellan konsekutiva uppgifter om debutplats för intravenöst missbruk. De förnyade uppgifterna har grupperats kronologiskt i år efter först lämnade uppgift 163

Tabell 46. Uppgiven debutplats för intravenöst missbruk och ålder vid debuten; svenska medborgare diagnostiserade 1965–1970 164

Tabell 47. Kumulativ relativ frekvens av injektionsdebut före viss ålder bland missbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 166

Tabell 48. Uppgiven ålder vid debut i intravenöst missbruk för dem som debuterat i Stockholm och diagnostiserats i stickmärkesundersökningen 1965–1970 167

Tabell 49. Status vid de sju första observationerna beträffande svenska män och kvinnor observerade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 167

Tabell 49. Status vid de sju första observationerna beträffande svenska män och kvinnor observerade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 182

Tabell 50. Brottspanorama: Översikt över anledning till omhändertaganden av svenska män under hela observationsperioden 1965–1970 i relation till förekomsten av stickmärken; inklusive respektive exklusive narkotikabrott och vissa andra angivna typer av omhändertaganden 194

Tabell 51. Anledning till omhändertaganden av svenska män i relation till förekomsten av stickmärken. Antal undersökta arresttillfällen under hela observationsperioden 1965–1970 196
Tabell 52. Samtliga arresttillfällen för svenska män i relation till narkotikabrott och tecken på intravenöst missbruk under hela observationsperioden 202
Tabell 53. Brott mot liv och hälsa: Arresttillfällen och berörda individer 205
Tabell 54. Olika typer av tillgreppsbrott rangordnade efter brottens grovhetsgrad: Antal arresttillfällen under hela observationsperioden 1965–1970 och berörda individer (svenska medborgare) 206
Tabell 55. Olika typer av tillgreppsbrott rangordnade efter brottens grovhetsgrad: Signifikanstestning av differenser mellan andelen injektionsmissbrukare i gruppen rån och andelen missbrukare i övriga typer av tillgreppsbrott 207
Tabell 56. Olika typer av tillgreppsbrott: Arresttillfällen och berörda individer 207
Tabell 57: Tillgreppsbrott: Arresttillfällen per individ (svenska medborgare) för icke-missbrukare och injektionsmissbrukare 208
Tabell 58. Fordonsstöld: Arresttillfällen och berörda individer 209
Tabell 59. Stöld ur fordon: Arresttillfällen och berörda individer 210
Tabell 60. Inbrott: Arresttillfällen och berörda individer 211
Tabell 61. Stöld: Arresttillfällen och berörda individer 212
Tabell 62. Rån: Arresttillfällen och berörda individer 213
Tabell 63. Narkotikabrott: Arresttillfällen och berörda individer 214
Tabell 64. Narkotikabrott: Arresttillfällen per individ (svenska medborgare) för icke-missbrukare och injektionsmissbrukare 215
Tabell 65. Narkotikadomar i Stockholm 1969 och 1970 och deras relation till centralstimulantia 225
Tabell 66. Antalet drogmissbrukare inom kriminalvårdens anstalter och frivård vid punktskattningar 1966–1970 226

# Förteckning över bilagor

Bilaga 1. Missbruksutveckling, lagstiftning och administrativa åtgärder m m inom narkotikaområdet före och under observationsperioden; en kronologisk översikt 253
Bilaga 2. Tullens narkotikabeslag 1965–1972 268
Bilaga 3. Sjukhusförfrågning 269
Bilaga 4. Representativitet: Tabeller över vissa jämförelser mellan stickmärkesundersökningen och case-finding-studien 1967 270
Bilaga 4 A. Jämförelser mellan stickmärkesundersökningen (SMU) och case-finding-studien (CFS): Antal, medelålder och medelålderns medelfel i olika material och fraktioner samt signifikans för gjorda jämförelser 270
Bilaga 4 B. Case-finding-studien: Venndiagram och beteckningar för material i följande tabellredovisningar av differenser mellan fraktioner av olika rapporteringskällor i case-finding-studien (CFS) och delar av stickmärkesundersökningen (SMU) 271
Bilaga 4 C. Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från Roslagstulls sjukhus och stickmärkesundersökningen 272
Bilaga 4 D. Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från Roslagstulls sjukhus och stickmärkesundersökningen 272
Bilaga 4 E. Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från Roslagstulls sjukhus och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen 273
Bilaga 4 F. Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från socialnämnden i Stockholm och stickmärkesundersökningen 273
Bilaga 4 G. Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från socialnämnden i Stockholm och stickmärkesundersökningen 274
Bilaga 4 H. Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från socialnämnden i Stockholm och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen 274
Bilaga 4 I. Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från psykiatriska sjukhus och stickmärkesundersökningen 275
Bilaga 4 J. Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från psykiatriska sjukhus och stickmärkesundersökningen 275
Bilaga 4 K. Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från psykiatriska sjukhus och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen 276
Bilaga 5 AB. Omhändertaganden av finska medborgare enligt olika anledningar 1965–1970 277
Bilaga 5 CD. Omhändertaganden av utländska medborgare exklusive finska medborgare enligt olika anledningar 1965–1970 278
Bilaga 5 E. Procentuell andel manliga missbrukare av intravenös typ (svenska medborgare) gripna för brott m m per kvartal beräknad på arresttillfällen (A) och på berörda individer (I) vid minimering respektive maximering av missbruksförekomsten samt vid den mellersta observationen 279

Bilaga 5 F. Procentuell andel kvinnliga missbrukare av intravenös typ (svenska medborgare) gripna för brott m m per kvartal beräknad på arresttillfällen (A) och på berörda individer (I) vid minimering respektive maximering av missbruksförekomsten samt vid den mellersta observationen 280
Bilaga 5 Ga och 5 Gb. Antal arresttillfällen kvartalsvis för män (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel 281
Bilaga 5 Ha och 5 Hb. Antal arresttillfällen kvartalsvis för kvinnor (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel 283
Bilaga 6. Okorrigerad minimiincidens av intravenöst missbruk: Debutår och debutplats för intravenöst missbruk beträffande svenska medborgare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 285
Bilaga 7. Okorrigerad minimiprevalens av intravenöst missbruk: Debutår och debutplats för intravenöst missbruk beträffande svenska medborgare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970 286
Bilaga 8 A. Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska män som var icke-missbrukare vid den första observationen 287
Bilaga 8 B. Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska kvinnor som var icke-missbrukare vid den första observationen 288
Bilaga 8 C. Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska män som var injektionsmissbrukare vid den första observationen 289
Bilaga 8 D. Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska kvinnor som var injektionsmissbrukare vid den första observationen 290
Bilaga 9 A. Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska män som var icke-missbrukare vid första observationen 291
Bilaga 9 B. Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska män som var injektionsmissbrukare vid första observationen 292
Bilaga 9 C. Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska kvinnor som var icke-missbrukare vid första observationen 293
Bilaga 9 D. Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska kvinnor som var injektionsmissbrukare vid första observationen 294
Bilaga 9 E. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1965 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare 296
Bilaga 9 F. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1965 blev undersökta första gången och då var injektionsmissbrukare 297
Bilaga 9 G. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1965 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare 298
Bilaga 9 H. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1965 blev undersökta första gången och då var injektionsmissbrukare 299

Bilaga 9 I. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1966 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 300
Bilaga 9 J. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1966 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 301
Bilaga 9 K. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1967 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 302
Bilaga 9 L. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1967 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 303
Bilaga 9 M. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män respektive kvinnor som 1968 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 304
Bilaga 9 N. Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män respektive kvinnor som 1969 respektive första halvåret 1970 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare 304
Bilaga 10. Anledning till omhändertaganden av svenska män i relation till narkotikabrott. Arresttillfällen procentuellt fördelade på olika typer av omhändertaganden, inklusive respektive exklusive narkotikabrott 305

# Termer, definitioner och förkortningar

Då denna undersökning även kan intressera personer som inte är förtrogna med epidemiologisk terminologi är det på sin plats att inledningsvis förklara några centrala begrepp och termer som flitigt används i rapporten. Också några andra använda begrepp skall definieras.

*Drog* har en klassisk innebörd av helt eller delvis oberett råmaterial för läkemedel hämtat från naturen, främst växtriket. Under inflytande av engelskans "drug" används ordet drog numera vanligen för att beteckna farmakologiskt aktiva ämnen oavsett om de är naturprodukter eller syntetiskt framställda.

*Incidens* betecknar nytillkomna fall av angiven typ inom en angiven population under en angiven tidsrymd. Likaväl som incidensen kan anges för olika typer av sjukdomsfall, t ex kikhosta, hjärtinfarkter eller lårbensbrott, kan den anges för födslar, inflyttning av utländska medborgare, nyregistrerade fordon etc. Incidensen är alltså ett periodmått och relateras i denna rapport främst till kvartal och kalenderår, stundom till hela undersökningen.

*Prevalens* betecknar alla vid en viss tidpunkt förekommande fall av angiven typ inom en angiven population, oavsett när fallen tillkommit. Prevalensen är alltså ett punktmått och kan ange t ex samtliga sjukdomsfall av en viss typ i en definierad population, antalet invandrare, fordonsbeståndet etc.

*Periodprevalens* används ofta som hjälpmått för att beteckna inom en viss tidsrymd aktuella fall, främst då det av praktiska skäl inte är möjligt att få fram en punktskattning.

*Narkotika* är numera ett exklusivt juridiskt begrepp och betecknar sådana beroendeframkallande medel som blivit underkastade nationell eller internationell speciallagstiftning.

*Narkotikapolitik* betecknar i detta arbete samhälleliga åtgärder (lagstiftning, rättspraxis, polisiära insatser mm) som påverkar de narkotikaklassade medlens lättillgänglighet för icke-medicinsk användning. Liberal eller permissiv används synonymt för att beteckna en narkotikapolitik som – jämförd med angränsande period(er) – ökar de narkotikaklassade preparatens lättillgänglighet. Åtgärder av motsatt typ i detta kontinuum betecknas som restriktiva. En restriktiv narkotikapolitik kan vara repressiv men behöver inte vara det.

*Missbruk av intravenös typ* används för att beteckna alla former av icke-medicinsk intravenös användning av droger, oavsett om missbruksmedlet är klassificerat som narkotikum eller inte. Synonymt med missbruk av intravenös typ används ofta för enkelhets skull det vardagliga men språkligt inte helt korrekta uttrycket *intravenöst missbruk*. Också *injektionsmissbruk* används synonymt med missbruk av intravenös typ, alltså exklusive den ovanliga subkutana formen. På samma sätt används i rapporten *injektionsmissbrukare* men även enbart *missbrukare* för att beteckna en person med tecken på missbruk av intravenös typ. *Stickmärke* avser alltid märke efter venpunktion.

*Arrestanter* används i undersökningen synonymt med *arresttillfällen, gripanden* och *omhändertaganden* oavsett anledning till införandet på arrestavdelningen vid Allmänna häktet. Gripanden föranledda av misstanke om brott betecknas stundom som *brottsomhändertaganden,* oavsett om brott kan styrkas eller endast misstänks. När enheten är *individer* anges detta uttryckligen som *berörda personer* etc.

*Fordonsstöld* används genomgående i stället för den otympliga juridiska beteckningen "tillgrepp av fortskaffningsmedel".

Följande *förkortningar* har använts i rapporten:

CFS Case-finding-studien; en av narkomanvårdskommittén andra halvåret 1967 genomförd kartläggning av narkotikamissbruk i stockholmsområdet;

CS, CS-medel Centralstimulantia; medel med stimulerande inverkan på det centrala nervsystemet (CNS);

MF Medicinalväsendets författningssamling;

SFS Svensk författningssamling;

SMU Stickmärkesundersökningen, allmänt;

$SMU^{1}/_{2}$ Stickmärkesundersökningens fynd under andra halvåret 1967;

$SMU_4$ Stickmärkesundersökningens fynd de fyra första åren (1/4 1965 – 30/6 1969);

$SMU_5$ Stickmärkesundersökningens fynd under hela observationstiden (1/4 1965 – 30/6 1970);

SOU Statens offentliga utredningar.

# Förord

Denna undersökning har möjliggjorts genom välvilligt stöd från många håll. Kriminalvårdsstyrelsens tidigare chef, Torsten Eriksson, och rikspolischefen Carl Persson vidtog de administrativa åtgärder som möjliggjorde studiens genomförande.

Professor Gunnar Inghe, chef för socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet, och professor Carl Henry Alström, tidigare chef för psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, har under hela studien givit mig ett stimulerande och värdefullt stöd. Professor Carl-Erik Quensel, tidigare chef för statistiska institutionen, Lunds universitet, har givit mig värdefullt bistånd med många statistiska problem, särskilt kring bortfallsanalysen, och för detta material utvecklat en ny prevalensskattningsmetod som skall redovisas i en separat uppsats. Fil kand Staffan Ekblom, Statistiska forskargruppen vid Stockholms universitet, har också hjälpt mig med statistisk rådgivning. Fil kand Jan-Åke Candefjord har bistått med statistiska beräkningar och otaliga, stimulerande diskussioner kring undersökningen och rapporten. Ingenjör Gunnar Ringmarck har utfört en mängd beräkningar.

Per-Olov Ekenvärn och Åke Reisnert har bistått med kodningsarbete och Karin Gillström, Lennart Schoug och Eva Westberg vid Institutionen för informationsbehandling-ADB, Stockholms universitet, har utfört det omfattande programmeringsarbetet. Fil stud Ing-Britt Kristensson har hjälpt mig med siffergranskningsarbete.

Jag står också i tacksamhetsskuld till hovapotekare Gunnar Krook, som hjälpt mig finna medicinalförfattningarna för den historiska översikten, och till förre chefsåklagaren Carl-Axel Åkerman och kriminalkommissarie Åke Gustafsson för uppgifter av juridisk och polisiär natur kring narkotikabrottsligheten.

Ett särskilt tack vill jag framföra till sjuksköterskorna Kerstin Eriksson, Brita Evert-Wallerstam, Ulla Fernler, Ragnhild Gillström, Bodil Guting, Britastina Hermansson, Karin Norberg, Kerstin Lundin, Kerstin Nordén, Lilian Ottosson, Heidi Renvall-Törnros, Margareta Sjöding, Ulla Sjögren, Doris Åhman, Siv Åsander och Dagmar Wirdahl som vid sidan av sina ordinarie arbetsuppgifter på Allmänna häktet i Stockholm utfört över 45 000 armvensbesiktningar för denna studie.

Jag vill också varmt tacka hela personalen vid Allmänna häktet som trots det tidskrävande extraarbete som undersökningen medfört på alla sätt underlättat studiens genomförande. Min tacksamhet omfattar också de

21 943 personer som i egenskap av arrestanter medverkat i undersökningen.

Fru Ingegerd Söderberg och fru Alice Karlsson har hjälp mig hålla ordning på det omfattande materialet, fru Aase Torheim har renskrivit manuskriptet, ingenjör Sten Nyström har renritat mina illustrationer och fil kand Birgitta Ljung har bistått med korrekturläsning. Lars-Gunnar Nilsson och Jan Wisniewski svarade för den tekniska framställningen av den stencilupplaga som den 4 juni 1974 framlades som akademisk avhandling vid Karolinska institutet. Frånsett några smärre korrigeringar och tillägg överensstämmer denna tryckta version helt med stencilupplagan.

Sist nämner jag den som givit mig den största hjälpen, min hustru Carol Maurice-Bejerot, BA, SRN. Hon har deltagit i planläggningen av studien, som sköterska medverkat vid armvensbesiktningarna, bistått med bearbetningar av materialet, utfört huvudparten av dokumentationsarbetet, sammanställt litteraturförteckningen och svarat för översättning av den engelska versionen, som 1975 utkommit som supplement 256 till Acta Psychiatrica Scandinavica (Munksgaard, Köpenhamn).

Min utomordentligt kunnige och stimulerande medarbetare och personlige vän Lennart Borgstedt fick inte se detta arbete avslutat.

Undersökningen har bekostats av Statens medicinska forskningsråd (projektnummer 27P-2114 och 21X-1030) och försäkringsbolaget Förenade Liv.

Avsikten var ursprungligen att som extra bilaga publicera en bandutskrift av disputationen. Av utrymmes- och kostnadskäl har detta dock inte varit möjligt.

Stockholm i augusti 1975

*Nils Bejerot*

Med dr, docent

Socialmedicinska institutionen
Karolinska institutet
S-104 01 STOCKHOLM 60

# 1. Introduktion

## 1.1. Inledning

Under vintern och våren 1965 började svenska massmedia ägna ett stort utrymme åt läkemedelsmissbruket. Problemet var inte nytt och det hade också tidigare av och till diskuterats i fackpress, massmedia och riksdag (Goldberg 1944, Bejerot 1965*a*, 1968*a*, 1970*a*, Johansson 1970, Malmstedt 1970). Missbruket gällde i första hand centralstimulerande preparat, i ett tidigare skede huvudsakligen amfetamin, som p g a begynnade missbruk redan 1944 hade jämställts med narkotika i Sverige. När amfetaminet blev allt mera svåråtkomligt kom bantningsmedlet fenmetralin (Preludin) omkring 1958 (Berggren 1959, Ettlinger 1959) att ersätta amfetaminet i missbrukarkretsarna. Efter successiva skärpningar av kontrollen över receptförskrivningar var olika typer av centralstimulantia från slutet av 1950-talet tillgängliga i Sverige nästan uteslutande i form av insmugglade preparat. En viss illegal tillverkning inom landet förekom också och beivrades. De viktigaste missbruksmedlen har varit amfetamin, dexamfetamin (Afatin, Dextenal), metamfetamin (Methedrinal) och särskilt fenmetralin (Preludin), som narkotikaklassades i Sverige 1959. Även vissa andra centralstimulerande medel missbrukades: metylfenidat (Ritalina), amfepramon eller dietylpropion (Danylen, Dobesin, Tylinal, Tikobes, Obesidyl etc) och pipradrol (Meratran, Pipradrol) (Bejerot 1968*a*).

Ett visst opiatmissbruk hade länge funnits i landet. Det var i början av 50-talet begränsat till något hundratal personer och dominerade då ännu över centralstimulantiamissbruket bland sjukhusbehandlade narkomaner (Krook och Lindgren 1956). Under senare hälften av 50-talet förekom i Stockholm under några år ett gängbetonat missbruk av morfinersättningsmedlet dextromoramid (Palfium) tills läkarna efter rekommendationer från tillsynsmyndigheten skärpte förskrivningspraxis (Krook 1974).

Det nya momentet 1965 var att starka krav nu ställdes på en liberaliserad inställning till icke-medicinskt bruk av narkotika. Man hävdade att narkomanernas situation var så svår och deras kriminalitet så omfattande därför att de var tvungna att köpa sina preparat på den illegala marknaden.

Vidare hävdade man att situationen för missbrukare och narkomaner liksom för samhället snabbt skulle förbättras om de drogberoende fick möjlighet att legalt köpa sina preparat på apotek. En organisation bildades för att tillvarata missbrukarnas intressen efter dessa tankegångar, som inspirerats av Lindesmiths teorier (Lindesmith 1947, 1959, 1965) och liberal engelsk förskrivningspraxis (Frankau 1964, Takman 1964, Schur 1965). Någon liknande kritik har veterligen inte framförts mot den allmänt restriktiva narkotikapolitik som förts från Världshälsoorganisationens och Förenta Nationernas sida.

Den liberala linjen i narkotikadebatten fick snabbt ett omfattande stöd i svenska massmedia (Bejerot 1968*a*, 1970*a*, Malmstedt 1970, Carpelan och Österman 1970), och medicinalstyrelsen gav – efter beslut på byrånivå – våren 1965 några läkare befogenhet att skriva ut narkotika, såväl opiater som centralstimulerande medel, till ett begränsat antal narkomaner för peroral eller intravenös självadministration.

Då jag sedan 1954 arbetat med socialpsykiatriskt problemklientel och sedan 1958 varit psykiatrisk akutkonsult vid stockholmspolisen hade jag möjlighet att på nära håll följa missbruksutvecklingen i Stockholm. Vid polisens förstatligande den 1 januari 1965 tillträdde jag en nyinrättad befattning som tillsynsläkare vid Allmänna häktet i Stockholm, dit alla inom distriktet för brott gripna personer förs. Därigenom fick jag större möjlighet att dagligen följa missbrukstillståndet hos polisklientelet.

När förskrivningsverksamheten skulle inledas i Stockholm organiserade jag en fortlöpande undersökning av förekomsten av stickmärken på arrestanternas armar. Avsikten var dels att följa den fortsatta utvecklingen av injektionsmissbruket under de nya förhållanden som nu uppstod, dels att skapa möjligheter för ett studium av eventuella samband mellan injektionsmissbrukets utbredning i det erfarenhetsmässigt svårt missbruksbelastade polisklientelet och narkotikapolitiken i stort.

I en preliminär rapport (Bejerot 1965*b*) redovisades resultatet av den första undersökningsmånaden, april 1965. Det intravenösa missbruket var starkt knutet till nationaliteten; endast ett fåtal av omhändertagna utländska medborgare företedde injektionstecken. Missbruket var vidare starkt bundet till de yngre åldrarna och förekom inte i något av de 185 fall, där vederbörande var över 40 år. Dessutom var missbruket knutet till omhändertaganden för brott och ovanligt vid omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen, sinnessjuklagen och utlänningslagen.

Då anhopningen av intravenöst missbruk således var påfallande i polisklientelet och då diagnostiken var enkel fortsattes undersökningen, och

den pågår fortfarande. Under de gångna nio åren har omkring 90 000 arrestanter undersökts, och flera fortlöpande rapporter har lämnats (Bejerot 1965*a*, 1967*a*, 1968*b*, 1969*a*, *b*, 1970*b*, 1971, 1972*a*), fram till 1971 baserade på preliminära manuella bearbetningar av det andra kvartalet varje år.

Den liberala förskrivningsverksamheten berörde i stor utsträckning missbrukare ur polisklientelet, där försämringen av de hos polisen aktuella s k legala narkomanernas tillstånd bedömdes som allvarligt (Bejerot 1967*b*). Den exceptionellt liberala förskrivningsverksamheten avvecklades i maj 1967. Då hade den läkare, som varit mest aktiv i förskrivningsverksamheten, ensam under den gångna tvåårsperioden förskrivit totalt 600 000 doser opiater och fyra miljoner doser centralstimulantia till genomsnittligt 82 patienter. I början av denna behandling, som avsåg att få narkomanerna att ledsna på narkotika (Åhström 1966) och samtidigt slå ut svartabörshandeln, fick patienterna i genomsnitt 1 000 doser (standardoser enligt Pharmacopoea Nordica Editio Svecia 1964) per individ och månad; ett halvår senare var de uppe i 2 000 doser per månad. Då verksamheten avbröts i maj 1967 uppgick förskrivningen genomsnittligt till 3 000 doser per patient och månad (Bejerot 1968*a*, 1970*a*).

Vid en intervjuundersökning (med omkring 500 frågor) sommaren 1967 av 500 konsekutiva fall ur arrestantpopulationen (250 intravenösa missbrukare och lika många utan tecken på intravenöst missbruk) uppgav sig en fjärdedel av missbrukarna ha köpt eller övertagit narkotika från någon känd person som erhållit preparaten legalt förskrivna (Bejerot 1970*a*).

## 1.2. Preliminär formulering av problemet

En mycket omfattande internationell debatt har sedan slutet av andra världskriget pågått om vilka motåtgärder ett samhälle bör vidta för att motverka icke-medicinskt bruk av narkotika. Starkast har motsättningarna varit kring samhällets grundläggande narkotikapolitik – om den bör vara liberal och permissiv eller om den bör vara restriktiv, prohibitiv och/eller repressiv. I Sverige har båda typerna av narkotikapolitik prövats, och huvudsyftet med denna studie är att undersöka hur olika typer av narkotikapolitik kan ha påverkat missbruksutvecklingen i polisklientelet i Stockholm.

### 1.2.1. *Teorin bakom en permissiv narkotikapolitik*

Den främsta kritikern av den restriktiva narkotikapolitik, som grundlades i USA 1914 med införandet av "Harrison Act" och som var fullt utbyggd där 1923, är sociologen Alfred Lindesmith. Genom sina böcker "Opiate Addiction" (1947) och "The Addict and the Law" (1965) har han kommit att framstå som den främste teoretikern och förespråkaren för en permissiv narkotikapolitik.

Lindesmith formulerade sina teorier utifrån erfarenheter från USA och England. Han hävdade att den restriktiva amerikanska narkotikalagstiftningen var den främsta anledningen till den höga narkomanifrekvensen i USA. Narkomanerna tvingas att köpa sina droger illegalt till mycket höga priser, och de höga kostnaderna för att tillfredsställa drogbegäret driver dem in i kriminalitet. Enligt Lindesmith är dessa förhållanden också den främsta anledningen till att narkomanerna själva säljer droger: det är en nödvändighet för att de skall kunna finansiera den egna drogförbrukningen, samtidigt som detta bidrar till missbrukets vidare spridning.

Beträffande England ansåg Lindesmith att den liberala engelska narkotikalagen – den av en toryregim 1926 antagna "Rollestone Act" – var huvudskälet till den vid denna tidpunkt ännu mycket låga narkomanifrekvensen i England. Narkomanerna i England kunde (fram till 1968) utan svårighet få alla i engelsk apotekshandel tillgängliga narkotikaklassade preparat, inklusive heroin och kokain, förskrivna på recept av privatläkare. Kostnaderna för drogerna blev följaktligen relativt låga, och den illegala handeln motverkades av att alla missbrukare och narkomaner hade möjlighet att själva skaffa sig drogerna billigt och legalt.

### 1.2.2. *Teorin bakom en restriktiv narkotikapolitik*

Det synes inte tidigare ha funnits någon genomarbetad teoretisk analys som grund för en restriktiv narkotikapolitik utan denna har vuxit fram på kliniska, empiriska och pragmatiska grunder och komprimerats i 1961 års internationella narkotikakonvention, vanligen kallad The Single Convention (SOU 1967:41). 1965 introducerade jag en socialmedicinsk indelning av narkomanierna i fem huvudtyper efter uppkomstsättet:

1) narkomanier som uppstått som komplikation till medicinsk behandling vid medvetet kalkylerad och accepterad risk (det gäller främst smärtplågade cancerpatienter etc);

2) narkomanier som uppstått som oväntad komplikation till medicinsk behandling (numera främst som komplikation till behandling med seda-

tiva och hypnotika); typ 1 och 2 kan sammanfattningsvis kallas iatrogena eller terapeutiska narkomanier.

3) självetablerade narkomanier (främst hos medicinalpersonal);

4) epidemiska narkomanier (främst hos unga, psykiskt och socialt instabila människor vilka vanligen efter direkt personlig initiering av annan missbrukare börjat använda socialt ej accepterade rusmedel i euforiserande syfte), och

5) endemiska narkomanier (där beroende uppstått till socialt accepterade rusmedel, som exempelvis alkohol i den västerländska kulturkretsen och koka bland vissa sydamerikanska indianstammar) (Bejerot 1965*a*, 1969*c*). Senare bidrog Evang (1967) med ytterligare en typ i detta klassifikationssystem,

6) de pandemiska – över hela världen spridda – beroendetillstånden.

Begreppet epidemi används här i den gängse vetenskapliga betydelsen, som i Encyclopaedia Britannica (1964) definieras på följande sätt: "Egentligen utgörs en epidemi av en ovanligt hög förekomst av ett sjukdomstillstånd definierat till tid, plats och individer jämfört med tidigare erfarenheter". I en klassisk lärobok inom epidemiologin (MacMahon et al 1960) citeras med instämmande den epidemidefinition som American Public Health Association fastställde 1960: "Förekomsten i ett samhälle ... av en grupp sjukdomar av likartad natur i frekvens klart överstigande vad man normalt kan förvänta sig". Författarna tillägger: "Denna definition inbegriper fenomen som sträcker sig från de klassiska farsoterna till episoder i uppträdandet av många icke smittsamma sjukdomar". I det vetenskapliga epidemibegreppet ingår alltså ingenting om smittsamhet över huvud taget, inte ens i bakteriologisk mening. Endast epidemins karakteristika som ett speciellt massfenomen berörs.

Drogmissbruk av epidemisk typ företer dock även en hög psykosocial kontagiositet: Ingen lär sig på egen hand att injicera sig intravenöst, utan varje nybörjare lär sig tekniken av en etablerad missbrukare. Det är kanske mindre känt att även cannabisrökningen fordrar en personlig upplärning i tekniken (Becker 1953). Även vid de endemiska missbruksformerna spelar förstås den psykosociala kontagiositeten en stor roll.

På grundval av en analys av det epidemiska drogmissbrukets spridningsdynamik hävdade jag att missbruksmedlens lättillgänglighet är den viktigaste faktorn för spridningen av denna missbruksform, sedan en missbrukargrupp väl har utkristalliserats och en drogkult(ur) uppstått i ett samhälle. Däremot är medlets lättillgänglighet utan nämndvärd betydelse innan en missbruksepidemi uppstått: Vissa folkgrupper som odlar opium

använder själva inte drogen som njutningsmedel (Lewin 1924, 1931); thinner var länge lättillgängligt innan möjligheten att berusa sig på medlet genom sniffning blev bekant etc. Det första fallet i en drogepidemi kan förmodas vara en psykopatologiskt avvikande social normbrytare, som senare inviger andra i sina rusupplevelser.

Enligt denna teori måste samhället föra en restriktiv narkotikapolitik, om avsikten är att motarbeta missbruk och narkomani av epidemisk typ och hålla tillbaka beroendetillståndens incidens (tillväxten av nya fall) och prevalens (det totala antalet aktiva fall) (Bejerot 1968*a*, 1969*d*, 1970*a*). Teorin för en restriktiv narkotikapolitik har också underbyggts med en analys av den kliniska bilden vid narkomani, och jag har påpekat att narkomani närmast är att betrakta som en artificiellt inducerad drift av oerhörd kraft, som regel väsentligt starkare än sexualdriften (Bejerot 1972*b*, *d*, 1974*d*).

Brill (1968) presenterade en omfattande jämförelse mellan de båda viktigaste av dessa narkomaniformer, vilka han kallar "the medical, therapeutic type" (min typ 2: oväntad komplikation till medicinsk behandling) och "the nonmedical type (street addict)" (min typ 4: epidemiska narkomanier). Brill visar hur dessa huvudtyper skiljer sig från varandra i en rad viktiga avseenden. De representerar två vitt skilda tillstånd även i de fall där beroendet gäller samma drog, och de berör mycket olika populationer.

*De terapeutiska eller iatrogena narkomanierna* är relativt jämnt spridda i tid och rum, män och kvinnor drabbas ungefär lika ofta, den genomsnittliga debutåldern är relativt hög (35 – 45 år), neurotiska personlighetsdrag är rikligt förekommande i den premorbida personligheten medan karaktärsneurotiska drag är mera sällsynta, primär kriminalitet brukar sällan vara förknippad med denna narkomaniform, vederbörande brukar ha stark skuldkänsla för sin beroendesjukdom och försöker dölja den även för sina närmaste. Slutligen är tendensen att dra in andra i missbruket låg vid narkomani av terapeutisk typ.

*Narkomani av epidemisk typ* däremot har inte sitt ursprung i medicinsk behandling utan vederbörande har vanligen genom direkt personkontakt förletts till missbruk av ett socialt inte accepterat rusmedel (thinner, kokain, heroin etc) av annan missbrukare med liknande psykologiska och sociala karakteristika som han själv. Motivet för att börja med drogerna har inte varit att dämpa smärta, ångest, oro eller sömnlöshet utan att uppnå eufori eller andra behagliga effekter. De epidemiska narkomanierna visar en markant ansamling i tid och rum med tendens till exponentiell tillväxt under lång tid, om betingelserna är konstanta och den mottag-

liga populationen är mycket stor. Kurvan antar slutligen s-form då rekryteringsgrunden tryter genom att mättnadsnivå börjar inträda i den begränsade populationen. Den manliga dominansen är stark med 3 – 6 gånger flera män än kvinnor indragna, debutåldern är vanligen låg (15 – 25 år), karaktärsrubbningar dominerar i den premorbida personligheten, primär kriminalitet och annan social missanpassning föregår ofta narkomanin, vederbörande brukar sakna skuldkänsla för sitt beroendetillstånd och i stället ofta kokettera med det. De epidemiska narkomanerna visar hög benägenhet att gå över till andra droger, och de har en hög benägenhet att bilda specifika subkulturer och dra in andra i sitt missbruk.

Den psykosociala kontagiositeten, d v s expositionen och mottagligheten, är en tillräcklig förutsättning för den mycket snabba ökningen av intravenöst missbruk i den studerade populationen liksom för den snabba spridningen över huvud taget av narkotikamissbruk i en rad länder det senaste decenniet. Kontagiositeten (C) kan betraktas som en funktion av expositionens massivitet (E) och individens grad av mottaglighet, susceptibilitet (S):

$$C = S \times E$$

Det kontagiösa elementet i ungdomsnarkomanierna har uppmärksammats av en rad forskare (Brown 1915, Hill 1962, Bewley 1965, Chappel och Marks 1965, Glatt 1965, MacDonald 1965, Ausubel 1966, Brill 1966, Scher 1966, Teigen 1966, Evang 1967, Cameron 1968, Blum et al 1969, Cohen 1969, James 1969, Kleber 1969, Lindberg, B. 1969, Ball och Chambers 1970, Blachly 1970, Eddy 1970, Retterstöl 1970, Alström 1971, Brown et al 1971, Cockett 1971, Jaffe och Hughes 1971, Glasscote et al 1972, Hughes et al 1972*a*, *b*, Hughes och Crawford 1972, Jonas 1972, Rathod 1972, Tec 1972, Johnson 1973, Levengood et al 1973, Nahas 1973).

Sociologer kallar motsvarande fenomen "peer pressure" (Johnson 1973), men jag föredrar beteckningen psykosocial kontagiositet, som jag uppfattar som mera adekvat och täckande. "Peer pressure" utgör endast det ena elementet i kontagiositeten, vad jag betecknar som expositionen, medan det andra elementet, den individuella mottagligheten, faller utanför. "Peer pressure" är alltså en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för psykosocial kontagiositet. Därtill förutsätter den psykosociala kontagiositeten givetvis förekomsten av en initierad epidemi för att ett fenomen skall kunna få denna spridningsdynamik.

## 1.3. Historik

### 1.3.1. *Inledning*

Som bakgrund till denna studie och för att sätta in den i sitt historiska och sociala perspektiv men också för att belysa växelspelet mellan missbruksutvecklingen och samhällets motåtgärder lämnas här några kortfattade exposéer. De består av en kronologisk översikt över missbruksutveckling, lagstiftning, förordningar och administrativa åtgärder m m före och under undersökningsperioden, redogörelse för polisresurser avdelade för bekämpning av den illegala narkotikahandeln och ett avsnitt om domar i narkotikamål.

Då föreliggande studie har koncentrerats kring missbruk av intravenös typ har cannabisrökning förbigåtts i denna komprimerade översikt över narkotikaområdet. En utförligare historik bifogas som bilaga (bilaga 1).

### 1.3.2. *Kortfattad kronologisk översikt*

Före det andra världskriget var läkemedelsmissbruk och narkomani ovanliga företeelser i vårt land. Det var främst bromidpreparat och barbiturater som missbrukades (Rylander 1933), i någon mån opiater (Åmark 1942) och kokain (Adolphson 1972).

Amfetaminet, typsubstansen för de centralstimulerande medlen, introducerades i Sverige i slutet av 30-talet, men beroenderisken uppfattades i början som låg (Forssman 1942). 1943 utfärdade dock medicinalstyrelsen varning för okritiskt användande av amfetaminpreparat (MF 1943:41) på basen av en utredning av Goldberg (1944). I april 1944 underkastades amfetaminerna väsentligen samma bestämmelser som gällde för narkotika (MF 1944:45).

Medan läkemedelsmissbruket tidigare väsentligen haft en terapeutisk bakgrund eller varit självetablerat (Bejerot 1965*a*, 1968*a*, 1970*a*, 1972*b*) uppstod kring krigsslutet ett gängbetonat missbruk i vissa kotterier i Stockholm. Därmed framträdde en ny typ av missbrukare, vilka i många väsentliga avseenden skilde sig från de tidigare isolerade, iatrogena fallen (Brill 1966, 1968).

Dessa missbrukare och narkomaner av ny eller epidemisk typ (Bejerot 1965*a*, 1968*a*, 1970*a*, 1972*b*) utgjordes till stor del av artister och bohemer, men missbruket spred sig snart till missanpassad och kriminellt aktiv ungdom i Stockholm (Bolin 1955). Intravenöst amfetaminmissbruk började uppträda i Stockholm under slutet av 40-talet.

1954 togs narkotikamissbruket för första gången upp i riksdagen, men inrikesministern konstaterade att "narkotikamissbruket just nu inte är nå-

got mera allvarligt problem i vårt land" (Hedlund 1954). De första domarna beträffande illegal hantering av centralstimulantia avkunnades samma år (Rexed och Wickberg 1972).

Fram till mitten av 50-talet var injektionsfallen sällsynta (Bolin 1955). 1956 kom den veterligen första rapporten att injektionsmissbruket nått Göteborg (Ny Tid 16 augusti 1956).

Under 1957 – 58 förekom en serie apoteksinbrott varvid enbart narkotika tillgreps (SOU 1967:41). Det nya bantningsmedlet Preludin (fenmetralin), introducerat i Sverige 1955, och det centralstimulerande medlet Ritalina (metylfenidat), introducerat här 1956, började snart ersätta det allt mera svåråtkomliga amfetaminet i missbrukarkretsarna (Berggren 1959, Ettlinger 1959).

Före 1958 disponerade polisen endast två man som vid sidan av andra arbetsuppgifter svarade för narkotikabekämpningen i hela landet. 1958 tillsattes en speciell narkotikaåklagare i Stockholm, och polisresurserna utökades till 10 man.

Amfetaminet klassades även formellt som narkotikum 1958 (MF 1958:91), och detsamma skedde med fenmetralin (Preludin) 1959 (MF 1959:12) och med metylfenidat (Ritalina) och pipradrol (Meratran, Pipradrol) 1960 (MF 1960:91).

1960 uppmanade medicinalstyrelsen läkarkåren till en väsentligt striktare narkotikaförskrivning (MF 1960:131), och 1962 införde styrelsen en stark begränsning av telefonrecepten (MF 1962:20).

Den 1 januari 1964 trädde narkotikaförordningen i kraft med fängelse i två år som straffmaximum för narkotikabrott. I samband med att brottsbalken trädde i kraft den 1 januari 1965 kom straffmaximum att sänkas till ett år enligt brottsbalkens promulgationslag. Genom att överlåtelse av narkotika ofta kunde rubriceras som ocker kunde straffskalan utsträckas till fängelse i fyra år. Även brottsrubriceringen (grov) varusmuggling kom ofta till användning; här var straffmaximum fängelse i två år.

Under 1964 framfördes kritik mot den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken i landet (Takman 1964, Hirschfeldt 1964). Kraven på en liberaliserad narkotikapolitik växte snabbt och stöddes på ledarplats av praktiskt taget hela den svenska dagspressen (Malmstedt 1970) och gavs också ett stort utrymme i radio och TV, medan den motsatta uppfattningen hade svårigheter att komma till tals (Carpelan och Österman 1970).

I april 1965 inledde ett mindre antal läkare en liberal förskrivning av opiater och centralstimulantia till narkomaner för självadministration i en utsträckning som tidigare inte tillåtits (SOU 1967:25).

En expertgrupp tillsattes sommaren 1965 för att utreda narkotikafrågan; den ombildades 1966 till narkomanvårdskommittén. Kommittén avgav sitt första betänkande i februari 1967 (SOU 1967:25). Man föreslog bl a en utbyggnad av vårdresurserna för narkomaner vid de psykiatriska sjukhusen men tog avstånd från utvidgade indikationer för intagning och kvarhållande av narkomaner på sjukhus mot vederbörandes vilja.

Den mycket liberala förskrivningsverksamheten i Stockholm avvecklades i maj 1967. Patienterna överfördes till andra läkare, och förskrivningarna trappades snabbt ned under 1967.

I juni 1967 lade narkomanvårdskommittén fram sitt andra betänkande (SOU 1967:41), där man bl a föreslog att straffmaximum för grov narkotikasmuggling skulle höjas till fängelse i fyra år.

Narkotikastrafflagen trädde i kraft den 1 april 1968. Brotten delades in i tre kategorier med straffmaximum om fyra år för grovt narkotikabrott.

Socialstyrelsen beslöt i maj 1968 att centralstimulantia från den 1 juli endast fick utlämnas efter licensansökan som godkänts av styrelsens vetenskapliga råd. Styrelsen förklarade att "licens kommer att beviljas i ytterst begränsad omfattning och ej för beredningar, avsedda för injektion ... Licens kommer i princip inte att beviljas på indikationen narkomani" (Cirkulär av den 12 juni 1968).

Den 27 december 1968 samlades regeringen till ett katastrofmöte i narkotikafrågan och antog ett tiopunktsprogram för kampen mot narkotikahandeln.

Den 1 januari 1969 inledde rikspolisstyrelsen en omfattande offensiv mot den illegala narkotikahandeln. En lag om telefonavlyssning vid förundersökning om grovt narkotikabrott antogs den 7 mars, och den 1 april höjdes straffet för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling som avser narkotika till fängelse i högst 6 år. Den 1 juli 1969 infördes en komplettering av lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall: vidgade möjligheter gavs att mot en narkotikamissbrukares vilja omhänderta vederbörande för psykiatrisk vård.

Narkomanvårdskommittén avslutade sitt arbete i november 1969, då det sista betänkandet presenterades (SOU 1969:52, bilaga SOU 1969:53). Kommittén föreslog en mer effektiv tillämpning av lagen om sluten psykiatrisk vård och en översyn av lagens tillämpning. Kommittén upprepade ett tidigare framlagt förslag om central dataregistrering av alla recept.

Före utgången av den observationstid som denna studie omfattar – från april 1965 till och med juni 1970 – inträdde inga ytterligare väsentliga lagändringar eller författningar som berör narkotikamissbruket.

1.3.3. *Polisaktiviteten inom narkotikaområdet*

De resurser polisen avdelar för narkotikaspaning och utredningsarbete inom detta område påverkar givetvis i hög grad frekvensen gripanden för narkotikabrott. Kända missbrukare och langare löper ökad risk för omhändertaganden för annan brottslighet i och med att den polisiära uppmärksamheten skärps mot deras aktivitet. De resurser som avdelats för dessa arbetsuppgifter skall därför anges, vilket också är nödvändigt för en avgränsning av olika skeden i den svenska narkotikapolitiken.

Före polisens förstatligande den 1 januari 1965 sköttes bekämpningen av den illegala narkotikahanteringen dels av statspolisen, som hade en riksomfattande verksamhet vilken fram till 1958 även omfattade Stockholm, dels av kriminalpolisen i Stockholm och från 1963 även den lokala polisen i Malmö och från 1964 i Göteborg.

*1955 – två man:* Den 1 januari 1955 avdelades två man i statspolisen för narkotikabekämpning på deltid; de skulle samtidigt bl a övervaka sprit- och guldsmuggling. Denna arbetsstyrka var oförändrad fram till 1958.

*1958 – tio man:* En rusgiftsektion om fyra man bildades inom statspolisen. Uppgifterna avgränsades nu enbart till bekämpning av olaga narkotika- och sprithantering. Samtidigt avdelade kriminalpolisen i Stockholm en man för narkotikaspaning. För det utredningsarbete som spaningen medförde avdelades fem man.

*1959 – elva man:* Ytterligare en narkotikaspanare tillkom i Stockholm, och statspolisens fyra man arbetade från 1959 enbart med narkotikabrott. Personalstyrkan var oförändrad i Stockholm till utgången av 1964.

1965 bildades rikspolisstyrelsens narkotikakommission av statspolisens och kriminalpolisens tidigare sektioner, i Stockholm fortfarande samman-

Tabell 1. *Rikspolisstyrelsens resurser i årsarbetskrafter avdelade för bekämpning av den illegala narkotikahandeln i Sverige 1965–70*[1].

| År | Stockholm | Göteborg | Malmö | Övriga landet | Totalt |
|---|---|---|---|---|---|
| 1965 | 11 | 10 | 2 | 8 | 31 |
| 1966 | 12 | 10 | 4 | 18 | 44 |
| 1967 | 19 | 13 | 4 | 40 | 76 |
| 1968 | 25 | 23 | 4 | 65 | 117 |
| 1969 | 80 | 33 | 14 | 414 | 541 |
| 1970 | 73 | 33 | 14 | 392 | 512 |

[1] Enligt uppgifter från Rikspolisstyrelsens narkotikakommission.

lagt elva man. I Malmö hade två man varit verksamma med narkotikaspaning sedan 1963 och i Göteborg sju man sedan 1964. I samband med att rikspolisstyrelsen inledde en omfattande offensiv mot narkotikahandeln den 1 januari 1969 ökades resurserna drastiskt. De uppgick i början av 1969 till omkring 800 man, men har som årsarbetskrafter stannat vid omkring 500 man (tabell 1).

Endast en mindre del av de brottsomhändertaganden som utgör basmaterialet i denna undersökning gäller illegal befattning med narkotika. Huvudparten av omhändertagandena gäller tillgreppsbrott och andra typer av egendoms- och vinningsbrott. Även omhändertaganden med anledning av ifrågasatta våldsbrott, trafikbrott etc är talrika. Det är därför på sin plats att för Stockholms vidkommande också redovisa de totala polisresurserna under observationsperioden (tabell 2).

### 1.3.4. *Tullens narkotikabeslag*

Tullens verksamhet beträffande narkotikasmuggling har ökat kraftigt under observationsperioden, vilket givetvis påverkat beslagens antal och den sammanlagda mängden av beslagtagna preparat. Däremot bör de inbördes relationerna i beslagen av olika preparattyper påverkas mindre av den ökade verksamheten.

Av bilaga 2, där de totala beslagen 1965 – 72 redovisas, framgår att amfetamin och metylfenidat nästan helt ersatts av fenmetralin, vilket fram till 1968 mest förekom i tablettform, senare nästan uteslutande i form av ren substans. Detta sammanhängde med att välorganiserade internationella ligor 1967 – 68 slog ut småhandlarna inom den illegala narkotikahan-

Tabell 2. *Stockholmspolisens resurser i årsarbetskrafter avdelade för olika aktiviteter under observationstiden*[1].

| År | Narkotikapolis[2] | Kriminalpolis | Ordnings- och trafikpolis | Totalt |
|---|---|---|---|---|
| 1965 | 11 | 556 | 1 365 | 1 932 |
| 1966 | 12 | 404 | 1 492 | 1 908 |
| 1967 | 19 | 432 | 1 540 | 1 991 |
| 1968 | 25 | 467 | 1 691 | 2 183 |
| 1969 | 80 | 482 | 1 679 | 2 241 |
| 1970 | 73 | 504 | 1 709 | 2 286 |

[1] Enligt uppgifter från polismästarens kansli. Uppgifterna avser personalläget den 1 januari respektive år. Vakanta tjänster har exkluderats.

[2] Underställda rikspolisstyrelsens narkotikakommission.

deln (Åkerman 1970). Från 1970 till 1971 inträdde en markant nedgång i beslagen av cannabis, fenmetralin och LSD, vilket enligt tullkriminalen intimt hängde samman med att de danska myndigheterna under 1971 började ägna den illegala narkotikahandeln väsentligt större intresse än tidigare; den helt övervägande delen av till Sverige insmugglad narkotika passerar nämligen via Danmark.

Beträffande beslagen av opium är tendensen anmärkningsvärd: här har den beslagtagna kvantiteten mer än fördubblats från 1970 till 1971. Då beslagen av andra viktiga narkotika samtidigt minskade skulle detta kunna tolkas som ett tecken på en ökning av opiummissbruket i Sverige de senaste åren. Denna tolkning styrks av iakttagelser från läkare och socialarbetare som är kliniskt verksamma i missbrukarkretsarna (Eriksson 1972). Det blygsamma opiumbeslaget 1972 (som utgjordes av 20 beslag) visar dock hur nyckfull denna statistik är.

Frånsett något enstaka större beslag tydde 1973 ingenting på att heroin då hade fått någon större spridning i Sverige. Under 1974 har betydande beslag av heroin gjorts i Sverige, och heroinmissbruket omfattar detta år redan stora grupper i Stockholm, uppskattningsvis mellan 500 och 1 000 personer (Klamm 1974).

### 1.3.5. *Domar i narkotikamål*

Ett gripande såsom misstänkt för brott innebär givetvis inte alltid att brott kan styrkas eller ens att ett sådant verkligen begåtts. Gripandena representerar endast en första selektion i en process som inte är närmare känd. Den polisiära inriktningen av arbetet spelar en central roll, både den enskilde polismannens arbetssätt och ledningens intentioner och prioriteringar av uppmärksamheten på viss typ av brottslighet etc.

Nästa steg i selektionsprocessen blir utredningsarbetet: om detta frambringar skäl för fortsatta juridiska åtgärder eller om brottsligt förfarande inte kunnat styrkas och förundersökningen således nedlägges. Därtill kommer att styrkt brott i vissa fall inte föranleder vidare åtgärder (1) om brottet är "ringa" (i fråga om narkotika kan det gälla missbrukare som innehar några enstaka tabletter/kapslar eller några få gram cannabisharts), (2) om brottet inte är ringa men vederbörande ännu inte fyllt 15 år eller (3) om vederbörande redan är föremål för åtgärder enligt barnavårdslagen (där åldersgränsen är 20 år). I sådana fall sker ofta åtalsunderlåtelse. Dessa ingår inte i den aktuella statistiken.

De första domarna i narkotikamål i landet avdömdes i Stockholm 1954 mot en grupp jazzmusiker. Som framgår av tabell 3 var domarna få i

Tabell 3. *Domar i narkotikamål 1955 – 1964.*

| Område | 1955 | 1956 | 1957 | 1958 | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Stockholm | 1 | 2 | 2 | 18 | 46 | 83 | 109 | 71 | 73 | 152 |
| Övriga landet | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 | 16 | 11 | 11 | 83 |

Stockholm fram till 1958, i landsorten fram till 1960 (Rexed och Wickberg 1972). För perioden 1965 – 70 redovisas domarna separat för de tre största städerna samt landet i övrigt (tabell 4) och sätts i relation till antalet årsarbetskrafter polisen disponerat för narkotikabekämpning inom respektive område (redovisade i tabell 1, s 35). Anmärkningsvärt är att antalet narkotikadomar föll 1966, mindre i Stockholm men kraftigt utanför storstadsområdena ("landet i övrigt"), där antalet domar sjönk till hälften jämfört med 1965.

Av Rexeds och Wickbergs undersökning framgår bl a att opiaterna dominerade i domarna ännu fram mot slutet av 1950-talet; att centralstimulantia sedan blev starkt förhärskande men att cannabisdomarna blev de talrikaste från 1968; att Stockholms dominans i fråga om narkotikadomar bröts 1965; att männen övervägde mycket kraftigt – med 89 % av de dömda 1970; att kvinnornas andel dock var relativt hög i domar som gällde centralstimulantia – 16 % – och lägst i cannabisdomarna, 6 %; att det ofta förelåg en koppling till annan brottslighet, när domarna berörde centralstimulantia, och att domarna i stor utsträckning var fria från annan kriminalitet när de berörde cannabis.

Tabell 4. *Domar i narkotikamål 1965–1970: Antal (N) för de tre största städerna och landet i övrigt samt antalet narkotikadomar per aktiv narkotikapolis och år (R) inom respektive område.*

| | *Stockholm* | | *Göteborg* | | *Malmö* | | *Landet i övrigt* | | *Totalt* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *År* | N | R | N | R | N | R | N | R | N | R |
| 1965 | 140 | 12.7 | 85 | 8.5 | 9 | 4.5 | 80 | 10.0 | 314 | 10.1 |
| 1966 | 132 | 11.0 | 87 | 8.7 | 17 | 4.3 | 43 | 2.4 | 279 | 6.3 |
| 1967 | 192 | 10.1 | 99 | 7.6 | 42 | 10.5 | 200 | 5.0 | 533 | 7.0 |
| 1968 | 509 | 20.4 | 149 | 6.5 | 118 | 29.5 | 617 | 9.5 | 1 393 | 11.9 |
| 1969 | 713 | 8.9 | 248 | 7.5 | 238 | 17.0 | 1 952 | 4.7 | 3 151 | 5.8 |
| 1970 | 599 | 8.2 | 310 | 9.4 | 299 | 21.4 | 1 063 | 2.7 | 2 271 | 4.4 |
| 1965–70 | 2 285 | 10.4 | 978 | 8.0 | 723 | 17.2 | 3 955 | 4.2 | 7 941 | 6.0 |

Undersökningen visar också att de yngre var starkt överrepresenterade i cannabisdomarna: 1969 hade 82 % av gruppen 15 – 17 år enbart dömts för befattning med cannabis, 1970 80 %. I de båda yngsta grupperna, 15 – 17 och 18 – 20 år, förekom centralstimulantia i 16 resp 32 % av domarna 1969 och i nio resp 16 % 1970, d v s en kraftig minskning som i stickmärkesundersökningen motsvaras av en starkt reducerad debuttakt i intravenöst missbruk bland de yngsta första halvåret 1970.

1.3.6. *Växlingar i svensk narkotikapolitik*

Några systematiska undersökningar över sambandet mellan narkomanifrekvens och narkotikapolitik synes inte föreligga i litteraturen, men problemet har diskuterats ingående av Lindesmith (1965) och belysts i redogörelser från USA (Harney och Cross 1961, Jaffe och Hughes 1971, DuPont och Greene 1973), från Japan (Brill och Hirose 1969, Higuchi 1974) och från England (Bewley 1969). Tolkningen av sambandet mellan en mera liberal och permissiv kontra en mera restriktiv och repressiv narkotikapolitik å ena sidan och utvecklingen av missbrukets incidens och prevalens å den andra är utomordentligt kontroversiell men i sista hand den avgörande punkten i fråga om hur ett samhälle skall möta ett omfattande narkotikamissbruk. Då den svenska narkotikapolitiken undergått flera markanta förändringar under observationsperioden och trots den intensiva uppmärksamhet och pressdebatt som ägnats frågan givit upphov till vad som närmast kan betecknas som en experimentell situation skall ett antal hypoteser angående dessa samband prövas. Här skall de olika perioderna endast avgränsas och beskrivas.

A. *Perioden före april 1965: Traditionellt restriktiv narkotikapolitik.* Såsom framgått av den tidigare presenterade historiken var den svenska narkotikapolitiken traditionellt restriktiv fram till våren 1965. Förordningar och motåtgärder mot det ökade missbruket hade under en lång rad år successivt skärpts.

B. *Perioden april 1965 – juni 1967: Permissiv (liberal) narkotikapolitik.* Före april 1965 hade ambulant förskrivning av narkotika till missbrukare endast förekommit i ett fåtal fall och på medicinalstyrelsens särskilda medgivande i varje enskilt fall; det hade "vanligen gällt morfinister, som trots ett stort antal vårdtillfällen på sjukhus alltid återfallit i sitt missbruk" (SOU 1967:25, sid 122).

I april 1965 inleddes som tidigare nämnts en intensiv förskrivningsverksamhet som berörde ett tiotal läkare och drygt 200 narkomaner, varav

nästan alla injicerade sig intravenöst, huvudparten med enbart centralstimulantia men en betydande andel med både centralstimulantia och opiater. Enbart några få använde uteslutande opiater (Bejerot 1968*a*, 1970*a*). Den kriminella och sociala belastningen i gruppen var betydande även före missbruksdebuten (Lindberg, J. 1969, Bergsman och Koffner 1971). Gruppen skilde sig markant från den lilla grupp morfinister, som tidigare erhållit förskrivningar av narkotika, och accepterandet av förskrivningar av stora mängder centralstimulantia för intravenös administration – visserligen på försök – *markerade en ny inställning från medicinalstyrelsens sida.*

Stora kvantiteter opiater och särskilt centralstimulantia förskrevs under denna permissiva period (Bejerot 1970*a*). Flertalet berörda läkare hade andast ett fåtal patienter eller avvecklade snart sin verksamhet. Den mest aktive läkaren, vilken svarade för huvudparten av verksamheten, avbröt efter ingripande från medicinalstyrelsen förskrivningsverksamheten helt i maj 1967. Under 1966 hade han förskrivit mer än 2,25 milj doser centralstimulantia, vilket var mer än en tredjedel av den totala förskrivningen av denna preparattyp i Sverige detta år (SOU 1967:41). Patienterna slussades över till en nyöppnad narkomanvårdsenhet för successiv nedtrappning av förskrivningarna.

Narkotikapolisens arbete under denna tid försvårades av den rikliga förekomsten av legalt förskriven narkotika som lånades och överläts inbördes mellan personer med ambulant förskrivning och mellan dessa och andra missbrukare. En betydande del av dem som erhöll narkotikaförskrivningar fanns heller inte upptagna på de listor över patientgruppen, som tillställts medicinalstyrelsen och polismyndigheten (Bejerot 1968*a*, 1970*d*). De ofta mycket stora kvantiteter narkotika, som åtskilliga av dessa s k "legala" narkomaner hade med sig då de greps för olika typer av egendomsbrott under förskrivningsperioden, hade de full rätt att ta med sig då de lämnade häktet igen.

C. *Perioden juli 1967 – dec 1968: Traditionellt restriktiv narkotikapolitik.* Avvecklingen av den omfattande förskrivningsverksamheten skedde successivt i ny regim från juni 1967. Särskilt förskrivningen av centralstimulantia, som tidigare hade varit synnerligen omfattande, avvecklades snabbt. Ett år senare överfördes de sista opiatmissbrukarna ur förskrivningsgruppen till ett fåtal läkare (Bergman och Järpe 1969), som därefter fortsatte och i vissa fall alltjämt (1974) fortsätter med viss förskrivning av opiater. Centralstimulantia belades som nämnts med licenstvång från den 1 juli

*Tabell 5. Översikt över narkotikapolitiken i Sverige under olika perioder.*

| | Förändringar i narkotikapolitiken | | | |
|---|---|---|---|---|
| Instrument och åtgärder | 1. Traditionellt restriktiv narkotikapolitik (före april 1965) | 2. Permissiv narkotikapolitik (från april 1965 till och med juni 1967) | 3. Traditionellt restriktiv narkotikapolitik (från juli 1967 till utgången av 1968) | 4. Extra restriktiv narkotikapolitik (från jan 1969 till undersökningperiodens slut juni 1970) |
| Tillsynsmyndighetens inställning till förskrivning av narkotika för självadministration | *Mycket försiktig* Accepterades i några enstaka fall, vanligen beträffande morfinister som trots upprepade vårdtillfällen återfallit, mera sällan beträffande amfetaminister. Intravenös administration accepterades knappast. | *Positiv* "På försök" fick ett antal läkare skriva ut narkotika till narkomaner på ett sätt som tidigare inte accepterats. Centralstimulantia dominerade och självadministrationen var i de flesta fall intravenös. | *Mycket försiktig* "Försöksverksamheten" avvecklades snabbt och man återvände väsentligen till den bedömningspraxis som gällde före våren 1965. Peroral metadonblockad accepterades men centralstimulantia fick från den 1/7 1968 endast förskrivas på licens, "principiellt inte på indikationen narkomani". | *Mycket försiktig* Förskrivningspraxis väsentligen oförändrad efter skärpningen den 1/7 1968. |
| Vissa ansvarsbestämmelser m m | Narkotikaförordningen trädde i kraft den 1/1 1964. Straff: Fängelse högst 2 år, vilket den 1/1 1965 sänktes till 1 år genom brottsbalkens promulagationslag. Narkotikabrott bedömt som ocker fängelse högst 4 år och som grov varusmuggling högst 2 år. | Inga förändringar | Narkotikastrafflagen trädde i kraft den 1/4 1968. Tre grader: Narkotikaförseelse med endast bötespåföljd, narkotikabrott fängelse högst 2 år, grovt narkotikabrott högst 4 år. Straff för förberedelse, stämpling och medverkan till narkotikabrott. Straff för grov varusmuggling av narkotika fängelse högst 4 år. | Straffskärpning den 1/4 1969 för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling av narkotika fängelse högst 6 år. Lag om telefonavlyssning vid förundersökning angående grovt narkotikabrott mm antogs den 7/3 1969. |
| Polisresurser i kampen mot den illegala narkotikahanteringen | Före polisens förstatligande den 1/1 1965 var 20 man verksamma som narkotikapoliser; efter den 1/1 1965 31 man. | 1965 31 man<br>1966 44 man<br>1967 76 man | 1968 117 man | Den 1/1 1969 inleddes en riksomfattande kampanj mot den illegala narkotikahandeln:<br>1969 541 man<br>1970 512 man |

1968, och förskrivning på indikationen narkomani accepterades inte principiellt.

Återgången till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken sammanfaller således i det närmaste med halvårsskiftet 1967.

D. *Perioden januari 1969 – juni 1970: Extra restriktiv narkotikapolitik.* De lagskärpningar beträffande narkotikabrott, som genomfördes den 1 april såväl 1968 som 1969, markerar en fortsatt utbyggnad av de samhällsreaktioner som i princip inleddes redan 1906 (bilaga 1).

Den 1 januari 1969 inleddes som nämnts rikspolisstyrelsens kampanj mot den illegala narkotikahandeln. Polisresurserna förstärktes drastiskt. Aktionen resulterade i en dramatisk stegring av beivrade och avdömda narkotikabrott. Även om aktionen hade sin största intensitet under 1969 bibehölls dock, som framgår av de personella insatserna, en hård press på den illegala narkotikahandeln även under första halvåret 1970, som utgör det sista hittills bearbetade avsnittet av stickmärkesundersökningen.

Sammanfattningsvis kan man således notera *att* den svenska narkotikapolitiken under årens lopp växlat längs skalan permissiv – restriktiv (tabell 5), *att* observationsperiodens början sammanfaller med en grundläggande förändring i permissiv riktning i svensk praxis beträffande förskrivning av narkotikaklassade preparat, särskilt centralstimulantia till missbrukare för intravenös självadministration, *att* man efter två år återgick till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken och *att* inledningen av polisoffensiven mot den illegala narkotikahandeln i början av 1969 markerar en skärpning av den traditionella politiken. I och med att förändringarna i narkotikapolitiken är så drastiska och klart avgränsade i tiden blir problemet med klassificering av narkotikapolitiken så enkel att felbedömningar i detta avseende kan anses uteslutna. Därtill kommer att uppmätta differenser i missbruksförekomst mellan de olika perioderna skulle bli mindre än de reella om gränserna mellan de olika perioderna skulle vara mera flytande och svårdefinierbara.

Den samhälleliga kontrollen över befattning med narkotika har – med undantag för den permissiva perioden 1965 – 67 – successivt skärpts sedan de första bestämmelserna infördes 1906. Genom brottsbalkens promulgationslag sänktes t o m straffmaximum för narkotikabrott i början av 1965 från två till ett år utan att detta medförde någon ytterligare lagändring. Först 1967 (SOU 1967:25) föreslogs en straffskärpning som genomfördes den 1 april 1968. Tre månader senare tog medicinalstyrelsen principiellt avstånd från förskrivning av centralstimulantia på indikationen narkoma-

ni. *Perioden från våren 1965 till våren 1967 markerar således ett särdeles intressant avsnitt i officiell svensk attityd till befattning med narkotika i samband med missbruk och beroende.*

## 1.4. Undersökningens syfte

Denna undersökning har metodologiska syften liksom epidemiologiska av såväl deskriptiv som analytisk natur. Uppgifterna kan preciseras i följande sju punkter:

att inventera vilka olika metoder som använts eller är lämpliga att använda för att studera utbredningen av drogmissbruk i ett samhälle,

att presentera en metod att via stickmärkesobservationer systematiskt studera utbredningen av intravenöst missbruk i en population,

att med hjälp av stickmärkesobservationer fortlöpande studera förekomsten av intravenöst missbruk i polisklientelet i Stockholm 1965 – 70 och missbrukets relationer till ålder, kön, nationalitet, brottstyper etc,

att undersöka sambandet mellan arresttillfällen och berörda individer och undersöka hur relevant en speciell snabbmetod – analysen av flödet av arresttillfällen – är för att belysa förändringar i utbredningen av intravenöst missbruk i polisklientelet,

att på basen av uppgifter om debutår och debutplats göra vissa skattningar av minimiincidens och minimiprevalens av intravenöst missbruk före och under observationsperioden,

att på basen av missbruksstatus vid skilda observationstillfällen undersöka hur vanligt det är i polisklientelet att fortsätta med injicerandet under åratal, att injicera i perioder eller att upphöra med injicerandet, och slutligen

att undersöka hur växlingar mellan permissiva och restriktiva perioder i den svenska narkotikapolitiken återspeglas i förändringar i injektionsmissbruket i den undersökta populationen.

För att belysa vad en fortlöpande flödesanalys av arresttillfällena kan ge utan ytterligare datakompletteringar har frågeställningarna avsiktligt begränsats till vad som kan studeras enbart genom observationer av stickmärken och uppgifter om injektionsdebuten. För länder med mindre väl utbyggda sociala registerssytem än Sverige är dessa aspekter av särskilt stor praktisk betydelse, men de är generellt av undersökningsekonomiskt intresse.

## 1.5. Frågeställningar och hypoteser

I diskussionen om undersökningens syfte betonades att sambandet mellan förändringar i narkotikapolitik och missbruksläge (incidens och prevalens) är av särskilt intresse. Då narkotikapolitiken under observationsperioden undergått flera markanta förändringar är det möjligt att särskilt studera dessa samband.

På grundval av de analyser och teorier jag ursprungligen framförde i en programmatisk översiktsartikel (Bejerot 1965*b*) och senare utvecklade i några monografier (Bejerot 1968*a*, 1970*a*, *c*, 1972*b*, *c*) kan följande hypoteser ställas upp.

*Hypotes 1:* Om man liberaliserar narkotikapolitiken bör frekvensen missbrukare accelerera avläst i a) incidensen, b) prevalensen och c) flödet av arresttillfällen.

*Hypotes 2:* Om man avbryter en liberal narkotikapolitik och övergår till en mera restriktiv politik bör ökningstakten avläst i a), b) och c) ovan dämpas.

*Hypotes 3:* Om en restriktiv narkotikapolitik skärps ytterligare bör detta medföra att frekvensen enligt a), b) och c) ovan dämpas ytterligare och eventuellt faller.

Hypoteserna 1 – 3 berör missbrukarfrekvsenser, som i denna undersökning mäts med den relativa andelen intravenösa missbrukare i det kontinuerliga flödet av arresttillfällen och med försök till rekonstruktion av debuttakten utifrån uppgivet debutår för intravenöst missbruk (retrospektivt rekonstruerad minimi-incidens), som också möjliggör en motsvarande skattning av minimiprevalensen.

Den individuella missbruksintensiteten kan undersökas på motsvarande sätt: Andelen personer med färska respektive enbart gamla stickmärken bör variera på ett lagbundet sätt. Av bearbetningstekniska skäl och utrymmesbrist har dessa förhållanden inte studerats närmare i denna rapport.

Det är av en rad skäl intressant att studera hur lång tid som förflyter mellan injektionsdebut och diagnostisering av missbruket. Förhållandet är av vikt ur terapeutisk och prognostisk synpunkt (fallen bör komma under behandling så tidigt som möjligt), ur preventionssynpunkt (missbrukarna bör nås så tidigt som möjligt för att dämpa spridningsdynamiken kring dem) och slutligen ur juridisk synpunkt (för utformningen av den lagstiftning som berör dessa tillstånd och områden). Följande hypoteser faller sig naturliga:

*Hypotes 4:* Tiden mellan uppgiven debut i intravenöst missbruk och första diagnostiseringstillfället bör vara längre under en liberal än under en restriktiv period.

*Hypotes 5:* Tiden mellan uppgiven debut i intravenöst missbruk och första diagnostiseringstillfället bör förkortas ytterligare om en traditionellt restriktiv narkotikapolitik skärps ytterligare.

Dessa hypoteser skall prövas på grundval av missbrukarnas uppgifter om debutår i kombination med diagnostiseringstakten i undersökningen. Hypoteserna 1 – 5 berör förmodade skillnader i missbruksförhållanden över lag under permissiv, restriktiv och extra restriktiv narkotikapolitik.

Materialet ger också möjligheter att testa vissa *individuella* förhållanden.

Missbruk av intravenös typ har relativt sent fått en omfattande spridning i landet (SOU 1967:25). Ett avancerat normbrott av den typ som injektionsdebut representerar bör i första hand förekomma hos unga, omogna och instabila människor med sviktande social normbildning, medan äldre personer med likartad personlighetsmässig och social insufficiens längre bör hålla sig avvaktande (Inghe 1960) inför en ny missbrukstyp.

*Hypotes 6:* Injektionsmissbrukarnas medelålder är lägre än icke-missbrukarnas medelålder.

Initieringen av injektionsmissbruk går praktiskt taget uteslutande via kamratkontakter (Chein 1964, Bejerot 1965*a*, Brill 1966, de Alarcón 1969, Cronholm 1969, Johnson 1973), som tenderar att vara jämnåriga. Man bör därför förvänta sig att medelåldern för incidensen – debuten i intravenöst missbruk – bör vara relativt stabil över långa perioder. Allt eftersom redan etablerade missbrukare åldras bör de förväntas genomsnittligt initiera något äldre noviser än tidigare. Den därav betingade tendensen till ökning av medelåldern i incidensen motverkas av att yngre generellt är mera mottagliga för ett avancerat normbrott och att huvudparten av nybörjarna i injektionsmissbruk därför kan förmodas bli rekryterade bland ungdomar.

Medelåldern i prevalensen – för tillfället aktiva missbrukare – bör därför förväntas öka successivt när en missbruksepidemi åldras, allt eftersom den stora gruppen redan etablerade missbrukare åldras. Denna åldersökning i prevalensen bör på mycket lång sikt tendera att minska asymtotiskt och slutligen stabiliseras, då jämvikt uppstår mellan nyrekrytering och avgång ur missbrukarpopulationen. Ju färre nya som dras in desto snabbare bör medelåldern för prevalensen stiga. Om å andra sidan nyrekryteringen för en tid är mycket intensiv och främst drabbar yngre kan

dock medelåldern för prevalensen öka mycket långsamt eller till och med minska för en kortare tid. Medelålderns variation över tid bör således ge en viss uppfattning om huruvida en missbruksepidemi expanderar starkt, däms upp eller är på retur. Medelåldersvariation över tid skall därför ägnas ett särskilt intresse.

Om missbruksmedlen görs mera svåråtkomliga i samhället bör man förvänta att yngre potentiella missbrukare blir mindre riskexponerade för debut.

*Hypotes 7:* Medelåldern för missbruksdebuten bör förväntas stiga vid övergång från en liberal till en restriktiv narkotikapolitik.

Den manliga dominansen i narkomani av epidemisk typ är ofta omvittnad i litteraturen (Bejerot 1965*b*, Brill 1968, Brill och Hirose 1969, Ball och Chambers 1970). Det sammanhänger med den generella dominansen för män vid gravt normbrytande aktiviteter (Törnqvist 1966, Brill 1968). Då missbruk av denna typ regelmässigt innebär ett brytande av generella normer bör man förmoda att den manliga dominansen är störst när missbruksepidemin är ung och begränsad och att kvinnorna proportionellt ökar när missbruket blir mera spritt i samhället.

*Hypotes 8:* Den manliga dominansen bör vara mera uttalad under missbruksepidemins tidigare skede och avta med epidemins tilltagande expansion.

Även denna frågeställning skall undersökas på detta material. Narkomaniserade kvinnor upptäcks som regel senare av sociala organ än manliga narkomaner (Winick 1965), eftersom dessa kvinnor i stor utsträckning drar sig fram på prostitution eller underhålls av män. De narkomaniserade männen däremot är tvingade till en mera aktiv och riskexponerad asocialitet för att skaffa pengar till sitt uppehälle och sina droger. För kvinnor bör därför tiden mellan uppgiven injektionsdebut och första arresterings- eller diagnostillfälle vara längre än för jämnåriga män.

*Hypotes 9:* I stickmärkesundersökningen bör männen diagnostiseras snabbare efter injektionsdebuten än kvinnorna.

Det är av intresse att närmare analysera missbrukarnas överrepresentation i flödet av arresttillfällen och studera detta för olika huvudtyper av brottsomhändertaganden.

Sedan de väl börjat injicera sig bör missbrukarna av en rad skäl löpa ökad risk att gripas av polisen: Det är känt att centralstimulerande droger i sig har kriminogena effekter därför att hämningsfunktionerna dämpas och omdömet avtrubbas (Borg 1960, 1961, Rylander 1966*a*). Missbrukarna har ofta redan före missbruksdebuten dålig arbetsanpassning. Den

försämras i snabb takt ytterligare efter missbruksdebuten, och missbrukarna blir därför i ökad utsträckning hänvisade till egendomsbrottslighet för sitt uppehälle och sina droginköp. Därtill kommer att de tenderar att tillbringa avsevärd tid i de missbruksmiljöer, som polisen kontinuerligt ägnar skärpt uppmärksamhet. Missbrukarna blir så småningom välkända för polisen, vilket också bidrar till att öka risken för förnyade gripanden. Mot dessa tendenser till frekventare omhändertaganden efter missbruksdebuten verkar förhållandet att kriminellt högaktiva missbrukare i större utsträckning än icke-missbrukare blir intagna på kriminalvårdsanstalter och i anslutning till detta för en tid blir undandragna risken att exponeras i stickmärkesundersökningen.

*Hypotes 10:* Missbrukarna bör uppvisa en högre arresteringsfrekvens än icke-missbrukarna i a) tillgreppsbrott och b) narkotikabrott.

För våldsbrotten spelar även alkohol en framträdande roll, för narkotikabrotten cannabis.

*Hypotes 11:* Missbrukarna bör efter missbruksdebuten uppvisa högre arresteringsfrekvens än före debuten.

*Hypotes 12:* Missbrukarnas medeltid mellan observationerna är mindre än icke-missbrukarnas medeltid mellan observationerna.

För dem som upphör med injektionsmissbruket bör den sociala anpassningen förbättras och arresteringsfrekvensen dämpas.

*Hypotes 13:* Hos dem som en eller flera gånger varit diagnostiserade som intravenösa missbrukare men därefter inte någon gång uppvisat injektionsmärken bör den genomsnittliga tiden mellan sista verifierade missbrukarstatus och påföljande gripande utan tecken på missbruk vara längre än för dem som diagnostiseras som missbrukare även i fortsättningen.

Etniska barriärer skyddar ofta länge mot drogmissbruk av epidemisk typ som är frekvent bland andra folkgrupper inom samma område i samma land (Chein 1964, Winick 1965, Bejerot 1968*a*, 1970*a*). Detta sammanhänger med den nära personliga kontakt som är vanlig vid initieringen av missbruket (Chein 1964, Bejerot 1965*a*, Brill 1966, de Alarcón 1969, Cronholm 1969, Hughes et al 1971, Johnson 1973). Av utrymmesbrist skall denna frågeställning inte analyseras i föreliggande rapport. Däremot skall ett liknande barriärförhållande belysas – inbrytningen av en ny missbruksform i en traditionell, endemisk (Bejerot 1968*a*, 1970*a*) missbrukargrupp. I Sverige har det traditionella, endemiska giftmissbruket under århundraden dominerats av alkohol, men en del alkoholister i Stockholm har dragits in i den aktuella narkotikaepidemin och börjat

injicera sig intravenöst. Då ett väsentligt antal alkoholister omhändertas av polisen enligt nykterhetsvårdslagen bör man kunna få en viss uppfattning om injektionsmissbrukets inbrytning och utbredning bland avancerade alkoholmissbrukare.

Frågeställningarna skall belysas och hypoteserna testas i direkt anslutning till resultatredovisningen.

# 2. Metoder

## 2.1. Metoder för studium av drogkonsumtion i ett samhälle; en översikt

### 2.1.1. *Inledning*

Att kartlägga drogkonsumtionen i ett samhälle är alltid ett komplicerat problem, och svårigheterna ökar snabbt om drogkonsumtionen inte är socialt accepterad och speciellt om den är förbjuden i lag. I vissa länder, som exempelvis Sverige, omfattar lagstiftningen förbud mot illegal befattning med vissa droger, medan drogkonsumtionen som sådan inte är olaglig (Lagerbielke 1970). I många andra länder är även själva konsumtionen illegal (Rexed 1973).

Oberoende av hur man definierar begrepp som bruk, missbruk och beroende (Bejerot 1970*a*, 1972*c*) kommer man att möta utomordentligt svåra problem när det gäller att göra vederhäftiga skattningar av såväl prevalensen som incidensen.

Redan för sådana medel, där tillsynsmyndigheterna har en god uppfattning om konsumtionens totala omfattning i landet, som t ex beträffande den socialt accepterade och legala drogen alkohol, är det som vi snart skall se vanskligt att få fram vederhäftiga skattningar av konsumtionens aktuella omfattning och individuella fördelning.

För att sätta in den nya metod, som lanseras i denna studie, stickmärkesmetoden, i ett större sammanhang skall en kortfattad översikt lämnas över andra metoder som använts för skattning av drogkonsumtionens omfattning i ett samhälle.

### 2.1.2. *Hälsoundersökningar*

Omfattande hälsoundersökningar av hela befolkningsgrupper, av betydande värde vid kartläggning av flertalet kroppsliga sjukdomar, är en dålig metod att spåra drogmissbruk och narkomani. Inghe (1958) har påpekat att familjemedlemmar mycket väl kan vara ovetande om vissa sjukdomstillstånd hos andra familjemedlemmar "och det kan förekomma ett avsiktligt förtigande av veneriska och psykiska sjukdomar, aborter

etc". Mechanic (1968) har generaliserat kring rapporteringsproblem i hälsoundersökningar: "God rapportering förekommer när sjukdomssymtomen är påfallande för individen och det inte föreligger några sociala eller psykologiska spärrar för att rapportera förhållandena ... Spärrar för rapportering innefattar känsla av stigmatisering, hot eller skam."

Trots de beskrivna vanskligheterna kan hälsoundersökningstekniken användas med framgång, om drogmissbruket är så massivt utbrett att det inte längre uppfattas som ett avvikande beteende. Jonas (1972) rapporterade att Yolles genom att gå från hus till hus i Harlem fann 18 000 narkomaner ("hard drug addicts") i en population av 60 000 invånare.

En specialform av hälsoundersökningar är massanalyser av urinprov för droger. Tekniken har använts på sjukhusklientel (Gunne och Sandberg 1969, Blumberg et al 1971, Biase 1972), polispersonal, militärer (Baker 1972) och poliskliental (Allgén et al 1971, Eckerman et al 1971). Enkla och billiga metoder har utvecklats (Baden et al 1972, Dole et al 1972).

Urinanalysen är en objektiv metod men begränsas av att drogkonsumtionen måste ha skett de senaste dygnen för att kunna påvisas. Därtill kommer att urinprovstagning uppfattas som ett betydande ingrepp i den personliga integriteten och att vederbörande i många situationer har rätt att avböja medverkan. Så har man exempelvis inom den svenska kriminalvården inte rätt att kräva urinprov från interner och frivårdsklientel för droganalys.

### 2.1.3. *Medicinalstatistik*

Bland de äldsta metoderna att försöka få en uppfattning om antalet drogberoende personer är förfrågningar till a) läkare (Marshall 1878, The Special Committée of Investigation appointed by the Secretary of the Treasury 1918), b) till sjukhus och narkotikakliniker (Terry och Pellens 1928 och 1970, Krook och Lindgren 1956, Parreiras 1965, Håkansson och Hoffman 1969), c) till apotek (Earle 1880, Hull 1885, Grinnell 1900) eller kombinationer av dessa (Hartwell 1889, Hynson 1902, Eberle 1903, Kielholz 1970).

Dessa metoder, som har använts på många olika sätt, har bestämda fördelar och nackdelar. Innan Harrison Act infördes i USA 1914 kunde alla slags narkotiska medel köpas fritt på apotek (drugstores), och någon egentlig illegal handel förekom inte. Under dessa förhållanden var förfrågningar till apotek och läkare en ganska god metod att uppskatta antalet narkomaner i samhället. När det gäller missbruk av illegala droger blir däremot uppgifterna från olika typer av medicinska rapporte-

ringskällor som regel mycket osäkra. De fall som rapporteras från sjukhus och läkare är visserligen vanligen väl dokumenterade, men det är bara en mindre del av narkomanerna som söker vård för sin beroendesjukdom (Meiselas 1965, Kolb 1962, Eckerman et al 1971, Bejerot et al 1974).

Många vårdas på sjukhus för tillfälliga komplikationer eller överdoseringar utan att den korrekta diagnosen blir ställd (Edland 1972). Därtill kommer en viss motvilja från läkarnas sida att klassificera även dokumenterade fall som narkomani eller missbruk (abusus). Bergsman och Järpe (1966) fann således i en journalstudie att endast hälften av de patienter, som vårdats vid en psykiatrisk universitetsklinik och företett tecken på läkemedelsberoende, fått detta noterat i vårddiagnosen.

Många studier har gjorts på basen av receptanalyser av expedierade läkemedel (Smedby 1966, Bergström och Westerholm 1971, Cooperstock och Sims 1971, Štika och Winař 1971, Jöldal och Halvorsen 1972, Berfenstam och Smedby 1973, Hemminki 1974). Under förutsättning att identitetsförhållandena är säkrade ger dessa metoder en relativt god uppfattning om en viss typ av narkomani, nämligen den terapeutiskt initierade formen (Bejerot 1965*a*, 1967*c*). Identiteten vållar dock stora vanskligheter i studier av detta slag; den är nämligen ofta mycket bristfällig i kontakten läkare–narkoman. Ett fall har beskrivts, där en ung dansk kvinnlig narkoman under loppet av några år kommit över legalt förskrivna preparat under mer än 300 olika identiteter (Bejerot 1967*c*,1970*a*).

Det är främst två typer av felkällor som medverkar till att göra kliniska skattningar av narkomani osäkra och vilseledande. Vanskligheterna att diagnostisera beroendetillståndet hos undersökta individer är för många typer av narkomani betydande och ställer stora krav på undersökaren. Vidare tenderar en väsentlig del av narkomanerna att ingå i bortfallet vid epidemiologiska studier och förbises lätt i vårdmaterial, därför att de många gånger inte söker vård för sin narkomani utan endast för komplikationer, ospecifika insufficienser eller pseudoåkommor.

### 2.1.4. *Case-finding-tekniker*

En rad olika case-finding-metoder har kommit till användning; målsättningen har nästan alltid varit skattningar av prevalensen.

En av de vanligaste metoderna har varit att kombinera uppgifter om arresteringar för narkotikabrott med information från medicinska och sociala källor (Chein et al 1964, de Alarcón och Rathod 1968, Le Fevre 1971, Nucro och Lerner 1972, Andima et al 1973, DuPont och Greene

1973). De Alarcón och Rathod (1968) kombinerade fem screeningmetoder i en intensivstudie av ett begränsat geografiskt område med en befolkning av drygt 60 000 och jämförde källornas informationsvärde. De fann att missbrukarna själva var den bästa informationskällan. Kosviner et al (1968) använde sig också huvudsakligen av uppgifter från missbrukarna själva i en liknande studie. I Storstockholm genomfördes på initiativ av narkomanvårdskommittén 1967 en mycket omfattande case-finding-studie (Frej 1969). En detaljredovisning för denna skall lämnas i ett senare avsnitt i samband med en undersökning av representativiteten för den missbrukargrupp, som diagnostiserats i stickmärkesundersökningen.

Studier av domar i narkotikamål kan användas som case-finding-metod (Rexed och Wickberg 1972) men kan utan representativitetsstudier mera bli ett uttryck för polisaktiviteten inom området än för missbrukets omfattning och intensitet (Bejerot 1973). På ett inledande stadium har systematiska studier i missbrukarmiljöerna ett betydande värde (Stålberg 1969, Goldberg 1971, Hughes och Parker 1971). En värdefull variant av denna teknik är att i detalj följa narkotikaförsäljningen i sista ledet inom ett distributionsområde, en s k "copping area" (Hughes et al 1971).

De Alarcón (1969) har lanserat en metod för kontaktanalys enligt gängse metoder för smittsamma sjukdomar; den ger inte bara data av prevalenskaraktär utan visar också tidpunkten för missbrukets spridning från individ till individ och därmed viktiga incidensdata.

Friedman och Peer (1968) använde kontaktanalys för att studera narkotikamissbruk bland prostituerade och deras beskyddare – och därmed av tre olika illegala aktiviteter – med utgångspunkt från ett enda startfall.

Case-finding-studier har ibland inriktats på specialgrupper. DuPont (1971) undersökte interner i ett fängelse i Washington medan Eckerman et al (1971) undersökte missbruksförhållandena vid sex fängelser i olika regioner i USA. Fox (1957), Putnam och Ellingwood (1966) samt a'Brook et al (1967) studerade narkomani bland läkare. Narkomaniserade läkare och sjuksköterskor representerar en speciell typ av narkomani, den autoetablerade formen (Bejerot 1970*a*, 1974*d*), och de företer andra psykiska och sociala karakteristika (Pescor 1942) än narkomaner av epidemisk och terapeutisk typ.

Betydande information kan vinnas genom att jämföra fynden i en case-finding studie med redan existerande register över diagnostiserade narkomaner (de Alarcón och Rathod 1968, Kosviner et al 1968, DuPont 1971).

Nackdelen med case-finding-studier är att de diagnostiska kriterierna ofta är mycket osäkra och varierar från fall till fall och från rapportör till

rapportör. Chein et al (1964) utgick exempelvis från fall som varit invecklade i narkotikamål, utan andra indicier på drogmissbruk. Många case-finding-studier har genomförts i ett mycket begränsat område, och sådana fynd kan inte utan vidare generaliseras till ett större område. Om redovisningen anger missbrukarnas andel av den totala populationen i olika åldersklasser inom området kan dock meningsfulla jämförelser bli möjliga med andra områden och perioder.

### 2.1.5. *Registermetoder*

Fortlöpande och kumulativa register över narkomaner och missbrukare är den viktigaste basen för skattningar av problemets omfattning. Man kan särskilja två huvudtyper av register, nämligen sådana som gäller missbruk av legala respektive illegala droger.

Information om missbruk av förskrivna läkemedel erhålles främst via granskning av receptförskrivningar, i viss mån också direkt från läkare och apotek. Den danska Sundhedsstyrelsen startade redan i början av 1950-talet ett sådant register (Bejerot 1967*c*) och synes enbart med hjälp av detta administrativa instrument ha stoppat ett begynnande massmissbruk av amfetaminer. Norge införde 1970 en central dataregistrering av alla receptexpedieringar av narkotikaklassade preparat (Jöldal och Halvorsen 1972). Man fann snabbt ett antal missbrukare som besökte olika läkare för att komma över missbruksdroger; likaså fann man ett antal läkare med påfallande omdömeslös förskrivningspraxis.

När det gäller missbruk av illegala droger blir en lång rad rapporteringskällor aktuella: läkare och sjukhus (utom i de fall där vederbörande i förtroende söker hjälp just för sin beroendesjukdom; i dessa fall måste sekretessen vara självskriven, analogt med vad vi i Sverige praktiserar beträffande fall av alkoholism och veneriska sjukdomar), socialvårdsorgan, polis- och rättsväsende, skolor etc. Register av denna typ är The File of Active Addicts of the Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs (BNDD) (Ball et al 1970*a*), och New York City Narcotics Register (Richards och Carroll 1970, Ball et al 1970*a*, Fishman et al 1971).

Svårigheterna med dessa register är att få en hög grad av enhetlighet i rapporteringen och att fastställa diagnostiseringens reliabilitet och validitet. Identiteten vållar också här stora problem, likaså att hålla registret aktuellt och avlägsna inaktuella fall.

BNDD och New York City Narcotics Register räknar fallen som aktuella fem år efter senast inkomna rapport, det officiella canadensiska regi-

stret (Richman 1966) tio år. Lapouse (1967) har även diskuterat begreppet livstidsprevalens vid psykiska sjukdomar.

I den mån studier görs för att beräkna tiden från den första injektionen till den första diagnostiseringen eller arresteringen för narkotikabrott ökas möjligheterna till goda skattningar av den aktuella prevalensen missbrukare. Enligt Winick (1965) rör det sig i USA om ungefär två år.

Kumulativa register av denna typ är av stort värde trots att de alltid är mer eller mindre ofullständiga. Sitt största värde får de vid inbördes jämförelser mellan olika register inom samma geografiska område (Ball et al 1970*a*, Richards och Carroll 1970). Olika av varandra oberoende register ger goda bedömningspunkter för totalskattningar. Ball och Chambers (1970) har visat hur man på basen av olika register kan bearbeta differenserna matematiskt och interpolera skattningar av problemets totala omfattning. Registren är också av utomordentligt värde som bas för en lång rad vetenskapliga studier och skattningar, som samplingsramar för olika intensivstudier, för att värdera vårdresultat, spontanförlopp, dödlighet etc. Fishman et al (1971) fann t ex att hälften av dödsfallen bland narkomaner i New York var kända i New Yorks City's narkomanregister, där man kände till dubbelt så många som BNDD i området (Ball et al 1970*a*), medan DuPont (1971) fann att endast 27 % av de narkomaner han diagnostiserade i en fängelsepopulation i Washington var kända i BNDD. Det förelåg således en god överensstämmelse mellan Fishman et al och DuPont visavis BNDD.

Även kumulativa register i små, avgränsade områden är värdefulla. De Alarcón och Rathod (1968) fann att endast åtta av 58 heroinister i deras register för Crawley var kända av Home Office.

Officiella register över narkomaniserade läkare har visat sig särskilt värdefulla (Bejerot 1967*c*, Garb 1969), både när det gällt behandlingen av läkarna själva (Quinn 1959) och för att begränsa deras tendens att handskas vårdslöst med narkotika bland sina patienter (Brown 1915).

### 2.1.6. *Mortalitetsstudier*

På basen av dödsfall i narkomani liksom andra typer av dödsfall bland narkomaner kan man göra många viktiga beräkningar beträffande den totala populationen narkomaner och missbrukare.

Om dödsfallen i samma narkomaniform inom samma område följs noggrant under en längre tidsperiod erhåller man ett värdefullt jämförelseindex över förändringar i missbrukets omfattning (Helpern och Rho 1967). Helpern (1972) har på detta sätt följt dödsfallen i opiatmissbruk

(heroin, morfin, metadon etc) i New York City under 35 år. Tillfälliga komplikationer, som t ex en genom orena injektioner överförd malariaepidemi i början av 1930-talet, kan påverka serien.

Jämförelser av samma typ av dödsfall i olika delar av landet ger en uppfattning om tillståndets spridning i olika regioner. Det föreligger dock risk för att många fall av narkomani blir förbisedda i områden där obducenterna ännu inte blivit observanta på karakteristiska fysiska stigmata vid narkomani (t ex stickmärken, pigmenteringar längs kärlsträngarna på armarna, subcutana blödningar etc) eller där man vid våldsam död i dödsbeviset inte noterat samtidigt förekommande tecken på narkomani (Baden 1972*b*) eller grundat diagnosen enbart på toxikologiska undersökningar (Helpern 1972).

Särskilt värdefull är en analys av narkomandödsfallen enligt ålder, kön, ras och socialgrupp under en längre tidsperiod. En analys av ålder och könsproportioner avslöjar om det främst är frågan om narkomani av terapeutisk typ eller av epidemisk typ. Således kan man av dödsfallsstatistiken för narkomaner i USA 1918–1940 (Baden 1972*a*) se att gamla, terapeutiska narkomaner från tiden före tillkomsten av Harrison Act dominerade bilden under denna tid. Medelålderns liksom narkomanins duration steg med tidsserien. Först från 1940 började narkomaner av epidemisk typ dominera, medelåldern för dödsfallen föll starkt, från 45 år 1940 till 23 år 1969, och männen dominerade markant över kvinnorna (7:1). Wetli et al (1972) fann 1968–70 i Florida en genomsnittsålder av 26,1 år för dödsfallen i narkomani ("narcotic-related deaths"), och männen dominerade med 4:1. Tidigare hade bilden varit en annan. Hull (1885) skrev att kvinnorna dominerade numerärt bland narkomanerna. I Browns rapport från 1915 kan man spåra den begynnande heroinepidemin: Han fann 66,9 % kvinnor bland opiatnarkomanerna i Tennesse. Endast i åldergruppen under 25 år och bland de 1,3 % av opiatmissbrukarna som använde herion dominerade männen. Lerner och Nurco (1970) fann att 60 % av dödsfallen bland narkomaner i Baltimore gällde åldrar över 40 år, vilket direkt talar för att inslaget av narkomaner av terapeutisk typ då ännu var betydande där.

Viktig information kan erhållas genom att jämföra mortaliteten i samma typ av narkomani i olika länder med olika typer av narkotikapolitik. I USA beräknas mortaliteten för heroinister till 1 % per år (Baden 1970). I England fann James (1967) en dödlighet av 2,7 % för manliga heroinister, medan Bewley och Ben-Arie (1968) uppmätte omkring 6 % i en grupp om 100 unga engelska narkomaner med legal tilldelning av heroin.

Ett studium av dödligheten kan också belysa olika typer av behandling. Baden (1970) fann samma dödlighet för heroinister som behandlades med metadon i blockeringsdoser som för obehandlade gatunarkomaner.

Genom att kombinera mortalitetsstatistiken med andra data, främst ur narkomanregister, kan man beräkna mortaliteten för kända narkomaner. Det är vidare av värde att jämföra anamnestiska variabler för dödsfall bland narkomaner ur sjukhuspopulationer och officiella register med motsvarande data för avlidna men i dessa sammanhang okända narkomaner. Gardner (1970) fann att gruppen tidigare okända hade en väsentligt högre dödlighet i överdos än äldre, kända narkomaner.

### 2.1.7. *Intervjuer och enkäter*

Ett otal intervju- och enkätundersökningar har genomförts sedan mitten av 1960-talet. Två huvudtyper av tekniker har använts, dels standardiserade intervjuer till representativa urval, dels anonyma enkäter till stora, enhetliga grupper, vanligen skolbarn, studenter och militärer.

Skolbarnsenkäterna (Wiener 1970, Wright 1970, Gossett et al 1971, Ulff-Møller 1971, Herulf 1972) har två huvudbrister; dels omfattar de som regel yngre årskullar än de som dominerar i missbrukssammanhang, dels blir missbrukarna genom sin högre skolfrånvaro överrepresenterade i bortfallet.

Studentenkäter (Ahrens et al 1969, Berg 1970, Blum 1969, Manheimer et al 1970, Mizner et al 1970, Smart et al 1971) omfattar en mycket speciell selektion av ungdom. Mellinger et al (1971) riktade även en enkätundersökning till ett representativt urval av vuxen stadsbefolkning (San Francisco) men fann inga nämnvärda skillnader i konsumtionsmönstret för marihuana mellan studenter och övriga. Abelson et al (1972) fann mycket höga procenttal för cannabisrökning bland amerikansk collegeungdom. Medan missbruk av cannabis, i viss mån också andra hallucinogener, fått vid spridning i studentkretsar i många länder, är de avancerade missbruksformerna med injektioner av opiater, centralstimulantia och barbiturater mycket sällsynta i dessa grupper.

I undersökningar av värnpliktiga (Agrell 1972) och soldater (Black et al 1970) saknas en betydande del av de avancerade missbrukarna, som antingen befinner sig på ungdomsvårdsskolor eller kriminalvårdsanstalter eller helt enkelt driver omkring i missbruksmiljöerna. Då militärmyndigheterna inte är intresserade av att få in sprutnarkomaner bland soldaterna avföres sådana fall ofta utan formell inställelse, och dessa återfinns följaktligen inte i redovisningen för de värnpliktigas drogvanor.

Sitt största värde får intervjuer och enkäter om de upprepas med jämna mellanrum på samma eller korresponderande grupper, exempelvis militärer (Agrell 1972) eller skolbarn (Herulf 1972).

Berg (1970) har granskat 69 intervjuundersökningar och kritiserat samplingsmetoder, bortfallsanalyser och andra bristfälligheter. En svaghet vid alla anonyma enkäter är att fallen inte kan spåras och följas. Ahrens et al (1969) jämförde anonyma och numrerade formulär i en enkät till studenter och visade att ingen differens förelåg i denna grupp (som nästan uteslutande hade viss cannabiserfarenhet). Wright (1970) jämförde intervju- och enkätteknik på en grupp om 471 skolungdomar varav han intervjuade 10 %; ingen skillnad framkom mellan metoderna.

Standardiserade intervjuer till representativa urval av befolkningen är mycket ovanliga men har utförts av bl a Bergersen (1968). En av de mest ambitiösa representativa studier som gjorts beträffande en viss typ av drogkonsumtion i ett land är "Svenska folkets alkoholvanor" (SOU 1971:77), utförd för Alkoholpolitiska utredningen. Uppgiften var här således att kartlägga konsumtionen av ett socialt accepterat rusmedel. En pilotstudie visade att postenkät var den bästa metoden, man hade ett stort sampel om 3 200 individer, bortfallet analyserades noga och man visade att det inte kunde påverka resultatet mer än 2 %, man kontrollerade reliabiliteten via studium av fylleriomhändertaganden och visade att rapporteringsvilligheten var mycket god etc. Trots det fick man endast fram uppgifter som täckte 50 % av den legalt försålda kvantiteten alkohol i landet. Om hänsyn även hade tagits till den illegala alkoholtillverkningen och till den i samband med utlandsresor införda skattefria alkoholen, skulle diskrepensen ha blivit något större. Detta visar hur oerhört svårtillgängligt forskningsområdet är.

Svårigheterna att få tillförlitliga uppgifter om den tillfrågades egen drogkonsumtion har lett fram till att vissa modifieringar av intervjutekniken prövats. Rogers (1970) frågade således endast hur många narkotikamissbrukare vederbörande kände personligen. Han hävdade att detta är en god metod när det gäller missbruk av "soft drugs" (uttrycket används vanligen som samlingsnamn för cannabisprodukter och psykoaktiva men internationellt inte narkotikaklassade läkemedel), som polisen i allmänhet har mycket bristfälliga informationer om. Ulff-Møller (1971) och Johnson (1973) visade att ju större individens egen drogkonsumtion är, i desto större utsträckning uppger han att hans vänner använder droger.

Generellt kan man om intervju- och enkätundersökningar inom detta område säga att man ofta inte når de massiva riskgrupperna, bortfallet

ofta är betydande och att man som regel vet mycket litet om detta. Därtill kommer att frågebatteriet i nästan alla undersökningar av denna typ varierar starkt och att undersökningarna därför som regel är ytterst svårjämförbara.

### 2.1.8. *Övriga metoder*

Förutom de nämnda har många andra metoder använts för att skatta omfattningen av drogmissbruk och drogberoende. Några av de viktigaste skall nämnas.

Freyhan (1971) har följt den legala totalproduktionen av psykoaktiva droger i USA under en rad av år (den fördubblades mellan åren 1967 och 1970). Beräkningar av opiumimporten till USA i gamla tider användes på samma sätt (Marshall 1878, Kolb och Du Mez 1924), men metoden blev betydelselös sedan den illegala handeln uppstått. Tullbeslag utgör alltid ett mycket osäkert mått på den illegala handelns omfattning.

Brill och Hirose (1969) har refererat till frekvensen arresteringar med droganknytning, och Spear (1969) kartlade en mindre epidemi enbart genom polisiärt utredningsarbete.

Vid skattningar av problemets omfattning i Japan använde sig Tatetsu av tidningarnas spaltutrymme åt drogmissbruket (Brill och Hirose 1969), och detsamma gjorde senare Madeddu och Malagoli (1970) i Italien.

För att studera uppkomsten av bland annat alkoholism och narkomani följde Vaillant et al (1970) under 25 år en grupp studenter selekterade efter god hälsa och goda studieprestationer. En prospektiv studie av denna typ är tyvärr tidskrävande och dyrbar, och mycket stora utgångsgrupper måste följas för att de successivt formerade problemgrupperna inte skall bli alltför små.

Goldberg (1971) genomförde en antropologisk studie som deltagande observatör, och Hughes och Parker (1971) använde en antropologisk metod på invånarna i ett litet begränsat distrikt.

Ball et all (1970*b*) studerade frekvensen återintagningar på Lexington-sjukhuset för att få en uppfattning om narkomaniernas duration. Smart et al (1971, 1972) har visat att illegalt och legalt drogmissbruk är logaritmiskt normalfördelat och hävdar att en allmän reduktion av den legala drogkonsumtionen skulle följas av en liknande reduktion av den illegala.

Man har också följt förekomsten av vissa somatiska komplikationer till drogmissbruk. Förekomsten av tetanus eller stelkramp (Cherubin 1967 *a* och *b*, Helpern 1972) och särskilt utbredningen av serumhepatit (Cheru-

bin et al 1972, Ström 1972) har givit värdefulla informationer om incidensen av nya injektionsfall.

Inom djurekologin använder man sig av en s k capture-recapture-metod, t ex ringmärkning, för att skatta beståndet av olika djurarter i naturen. Greenwood (1971) har introducerat metoden inom narkomaniforskningen. Den kräver dock mycket speciella förutsättningar (Southwood 1966).

Sammanfattningsvis kan sägas att huvudproblemen vid studier av drogkonsumtionen i ett samhälle är följande:
(1) Svårigheten att få en god diagnostik och reliabilitet beträffande konsumtionens karaktär och omfattning;
(2) Svårigheten att säkerställa missbrukarnas identitet;
(3) Svårigheten att nå de massiva missbrukarna, som vid många undersökningstekniker hamnar i bortfallsgruppen;
(4) Slutligen kräver många förfinade tekniker förutsättningar som i praktiken är ytterst svåra att uppfylla.

Vid den metod som introduceras i nästa avsnitt kommer dessa problem i ett nytt läge.

## 2.2. Stickmärkesmetoden

### 2.2.1. *Metodens innebörd*

Vid varje venpunktion uppstår ett stickmärke, som är krustabelagt några dagar till en vecka innan det försvinner helt om det är fråga om en enstaka, steril venpunktion som vid gängse medicinska provtagningar etc. Detta har studerats med en mindre provserie på ett vårdklientel, som observerats olika antal dagar efter venpunktion. Vid intravenöst missbruk är det som regel fråga om frekventa injektioner med osterila lösningar, sprutor och spetsar. Injektionerna tas vanligen inom små gebit i armbågsvecken eller längs de ytliga venerna på över- och underarmarna eller på händernas dorsalsidor. Huden blir rodnad av en kronisk inflammation och så småningom ärrifierad och ofta även pigmenterad eller rättare sagt tatuerad av olösta partiklar, bland annat sot från primitivt flamberade sprutspetsar (Bejerot 1974*b, c*). Fyndet är karakteristiskt och ett säkert tecken på intravenöst missbruk (Helpern 1972); utbredda ärrifieringar och djupa pigmenteringar kan kvarstå livet ut.

Diagnostiken kan med fördel drivas längre med sikte på att söka särskilja "färska stickmärken" (blodimbiberade eller krustabelagda) från "gamla stickmärken" (där enbart rodnad, induration, ärrifiering eller pigmentering kvarstår). Även dessa "gamla stickmärken" kan med hög grad av säkerhet separeras i "gamla – ej färska men emanerande från aktuellt missbruk" (rodnad och induration) och "gamla = kvarstående ärr efter ett tidigare missbruk" (enbart ärrifiering och/eller pigmentering utan tecken på lokal inflammatorisk process). Denna metod har använts för att studera det intravenösa missbruket bland stockholmspolisens arrestanter sedan våren 1965. En validering av den okulära diagnostiken mot arrestanternas egna utsagor har utförts med fem samtidiga och oberoende observatörer. Den okulära diganostiken har kompletterats med några frågor. De som företedde stickmärken tillfrågades *när* deras första narkotikainjektion ägde rum och *var* detta skedde. Indelningsgrunderna var Stockholm, Göteborg, landsorten och utomlands. Årtalet för den uppgivna injektionsdebuten och debutplatsen har noterats i direkt anslutning till undersökningen liksom datum för undersökningen och observatörens signum. Svarsprocenten på alla dessa frågor är hög och redovisas separat. Beträffande uppgifter om debutår och debutplats lämnade vid olika undersökningstillfällen har reliabilitetsprövning utförts.

I de fall där vederbörande företett enstaka stickmärken och uppgivit att dessa härstammat från blodgivning eller medicinsk provtagning har uppgift noterats om var och när venpunktionen ägt rum. Till ifrågavarande läkare eller sjukhus har sedan skriftlig förfrågan utgått (bilaga 3) med anhållan om att uppgiften verifieras eller vederlägges. Resultatet av denna utredning redovisas i avsnittet "Venpunktion av uppgivet medicinskt ursprung".

I några enstaka fall har personer trots svårt sönderstuckna armar uppgivit att de inte injicerat någon form av narkotika, sömnmedel eller andra psykotropa droger utan att de "brukar ta vitaminer intravenöst ibland". I dessa fall har det synts riktigt att klassificera dem som missbrukare av intravenös typ, och så har också skett. Vid jämförelse med deras status vid andra tillfällen har de också praktiskt taget undantagslöst varit intravenösa missbrukare, vilket de då också tillstått.

Av utrymmesskäl har klassificeringen i alla redovisningar i denna rapport begränsats till förekomsten av tecken på intravenöst missbruk eller inte, oberoende av om de observerade stickmärkena är "färska" eller "gamla". Andra skäl för denna begränsning i redovisningen är att färska och gamla stickmärken mycket ofta förekommer samtidigt hos samma

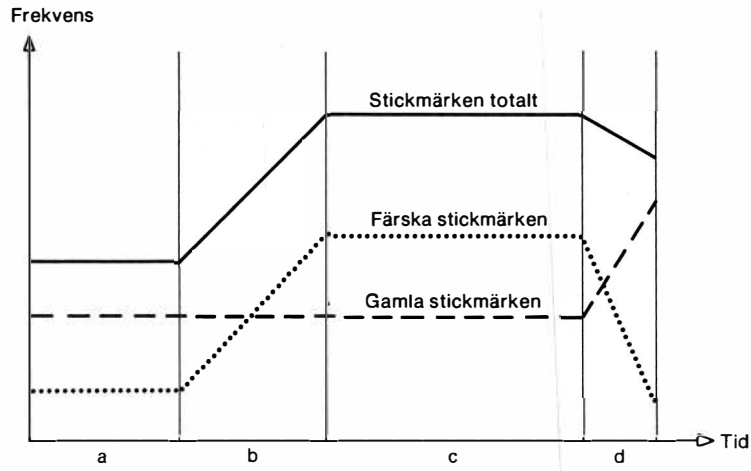



*Fig. 1. Additionseffekten av "färska" och "gamla" stickmärken under perioder med ökande respektive fallande frekvens av noterat missbruk i undersökningspopulationen.* Period a) visar stabila förhållanden; b) en markant ökning av färska stickmärken ger relativt sett en mindre ökning i totalförekomsten av stickmärken om frekvensen gamla stickmärken fortfarande är stabil; c) visar åter stabila förhållanden, nu på en högre nivå. Under period d) faller frekvensen av färska stickmärken snabbt och markant med en åtföljande stegring av gamla stickmärken. Den avlästa totalförekomsten av stickmärken faller därigenom endast obetydligt.

individ samt att intravenöst missbruk av centralstimulantia i stor utsträckning är periodiskt (Gunne 1970), varför differentiering på färska och gamla stick är av mindre betydelse.

Man bör observera att en grupp individer med enbart kvardröjande, gamla stickmärken från tidigare missbruksperioder medför att en observerad stegring av förekomsten av stickmärken i ett fortlöpande arrestantflöde är relativt lägre än den aktuella och faktiska stegringen av missbruket (fig 1). Durationen av gamla stickmärken medför likaså att en observerad minskning av förekomsten av stickmärken av alla kategorier blir relativt mindre än den faktiska och aktuella minskningen av missbruket i samma populationsflöde. Detta innebär alltså att en bristfällig diagnostisk separation mellan färska och gamla stickmärken eller en underlåtenhet att redovisa dem separat medför att observerade växlingar i andelen missbrukare (oberoende av stickmärkenas ålder och typ) blir mindre än de faktiska växlingarna i andelen arrestanter med aktuellt missbruk (och färska stickmärken). I sin tur medför detta att faktiska differenser är större än de beräknade.

Stickmärkesmetoden är i motsats till kemiska analyser och screeningar mycket enkel, snabb och billig. Därtill kommer att blod- och urinanalyser endast utsäger något om drogmissbruket under de senaste dygnen, medan man med stickmärkesmetoden kan påvisa missbruk dagar, veckor och stundom månader efter den sista missbruksdosen. Metoden har sin givna begräsning i att den är användbar endast beträffande intravenöst missbruk, men detta är den allvarligaste formen av drogmissbruk. Intravenöst missbruk av centralstimulantia har ifråga om karaktär och malignitet jämnställts med kokainism (Bejerot 1970*d*), en karaktäristik som senare accepterats av WHO (Isbell och Chruściel 1970).

Stickmärkesmetoden är också genom sin höga objektivitet säkrare än intervjuundersökningar, vilket belyses av följande citat från narkomanvårdskommitténs slutbetänkande: "All sannolikhet talar för att inte så få missbrukare lyckats dölja sitt missbruk och sina relationer till andra missbrukare och att därför ovan redovisade frekvenstal är för låga. Detta torde särskilt gälla frivårdsklientelet. Inte minst ovan redovisade stickmärkesundersökningar bland arrestanter talar för att det verkliga missbruket bland de kriminiella ligger på en betydligt högre nivå. Att märka är att arrestanterna som population är mindre belastade än omhändertagna respektive övervakade inom kriminalvården. De senare borde därför rimligtvis också förete högre belastning av drogmissbruk än de förra" (SOU 1969:52, s 64–65).

När metoden användes på en arrestpopulation vinner man en väsentlig fördel förutom att man når en grupp med massiva missbruksförhållanden: identiteten, som är ett stort osäkerhetsmoment i många metoder och inte alls kan säkerställas i andra (anonyma enkäter etc), är här fastställd med hög grad av säkerhet genom den polisiära utredningen.

Metoden att avläsa intravenöst missbruk genom att studera förekomsten av stickmärken har veterligen tidigare endast använts tillfälligt av Tatetsu, som enligt Brill och Hirose (1969) observerade armarna på besökarna i några offentliga badinrättningar i ett japanskt slumområde. I juli 1954, då missbruksepidemin kulminerade i Japan (Bejerot 1970*a*) fann Tatetsu att 10,2 % företedde stickmärken, men i mars 1955 fann han endast 1,1 %. En mera noggrann undersökning av en grupp i ett annat område skulle ha visat stickmärken i 35 %, men närmare detaljer saknas.

2.2.2. *Rapporteringsteknik*

2.2.2.1. *Protokoll.* Två olikfärgade kopior av det reguljära registerkortet för arrestanter har iordningsställts särskilt för denna undersökning. På

kortets framsida finns uppgift om den gripnes namn, födelsedatum, nationalitet, tidpunkten för gripandet och införandet på arresten, anledningen till gripandet och vilken rotel som handlägger ärendet. Kortets baksida är utformad som besiktningsprotokoll med utrymme för noteringar om allmäntillståndet (om vederbörande är starkt påverkad, förvirrad etc), om förekomsten av "färska" respektive "gamla" stickmärken, om tid och plats för den första injektionen och tid och plats för eventuellt medicinskt betingade stickmärken.

Ungefär en gång i timmen avhämtar tjänstgörande sköterska besiktningsprotokollen, går runt till de nyinförda och noterar undersökningsfynden i direkt anslutning till undersökningen.

2.2.2.2. *Identitet.* Att säkerställa en korrekt indentitet är ett komplicerat tekniskt problem inom den narkomaniforskning som arbetar med stora material. Särskilt besvärliga blir problemen i folkrika länder där man ännu inte infört folkbokföringsnummer (Acheson 1967). Men även i Sverige, som har en liten och relativt homogen population, där varje medborgare har ett givet registreringsnummer, vållar identiteten bekymmer och detta även då undersökningspopulationen omhändertagits av polisen.

En del arrestanter uppger falsk identitet vid gripandet och den korrekta identiteten kan fastställas först dagar eller veckor senare. I denna studie har alla senare tillkommande korrigeringar och kompletteringar av identitet, förändrad brottsrubricering etc införts från arrestantliggarna.

Då arresteringskort och arrestantliggare inte upptar fullständigt folkbokföringsnummer och då polisen tidigare inte haft elektronisk dataregistrering över gripna har hela materialet (över 25 000 individer) kollats upp manuellt i folkbokföringsmatrikeln för att folkbokföringsnumret skall bli komplett och identiteten entydig. Omkring 3 000 identitetskorrigeringar (bland närmare 55 000 arresttillfällen) gjordes i anslutning till denna manuella kontroll: En del personer, främst kvinnor, hade bytt namn; i åtskilliga fall hade namnen på arresteringskorten varit ofullständiga eller felstavade eller siffror i födelsedatum felaktiga eller omkastade. Huvudparten av identitetskorrigeringarna gällde dock nationaliteten, där främst finländska medborgare med svenska namn initialt hade uppfattats som svenska medborgare. I ett fall vållade könsbyte ett tekniskt identitetsproblem, men personen har hela undersökningen igenom fått behålla sitt ursprungliga kön.

2.2.2.3. *Register.* Besiktningsprotokollet har överförts till kopian varefter korten lagts upp i två register, ett i löpande nummerordning och ett efter födelsedatum, uppdelat på kön och individ. Dessförinnan har identitetskorrigeringar och folkbokföringsnummer påförts liksom en intern identitetsbokstav för att särskilja utlänningar som saknar svenskt folkbokföringsnummer. Likaså har sjukhusbesked om karaktären av eventuellt uppgivna medicinska venpunktioner påförts korten.

2.2.2.4. *Klassifikationer.* Klassning av missbrukarstatus och kodning av brottstyper enligt officiella indelningsgrunder (Statistiska Centralbyråns "Anvisningar" 1970) har genomgående utförts av undersökningsledaren för att undvika skiftande praxis. Uppgifterna har överförts till blanketter för optisk läsning med ett flertal inbyggda kontroller och stansats på hålkort.

2.2.2.5. *Kontrollmoment.* Den stansade kortmassan har genomgått ett flertal kombinerat maskinella och manuella kontrollmoment.

*Löpnummerlistor.* Hela kortmassan har listats efter löpande nummer per kalenderår enligt arrestantliggarna. Felande nummer och dubblettnummer har kontrollerats manuellt och korrigerats.

*Klassifikationssymboler.* Såväl brottskoder som missbrukarstatus har matchats mot tio olika klassifikationssymboler, som påförts de ursprungliga besiktningsprotokollen som ett inbyggt kontrollmoment. Alla divergenser har listats maskinellt och korrigerats.

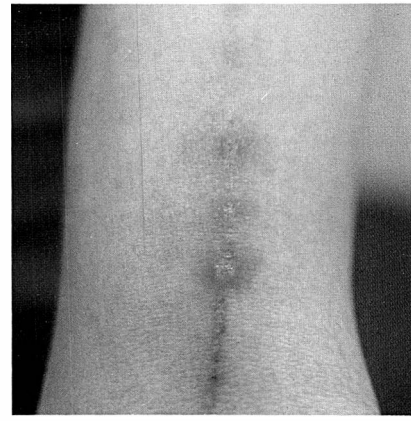
*Rimlighetskriterier.* Födelsedatum, debutålder för intravenöst missbruk samt markering för utländskt medborgarskap vid åtgärd enligt utlänningslagen har testats maskinellt enligt rimlighetskriterier, varefter påträffade avvikelser korrigerats.

*Nationalitetskontroll.* En maskinell kontroll har genomförts av att en individ noterats för samma nationalitet vid alla undersökningstillfällen. De utlänningar, som erhållit svenskt medborgarskap efter första omhändertagandet under undersökningsperioden behåller av tekniska skäl undersökningen igenom sin ursprungliga nationalitet.

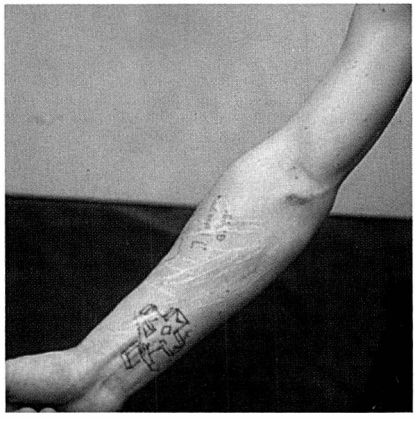
2.2.3. *Reliabilitet*

Avläsningsteknikens reliabilitet definieras enklast som armvensbesiktningens förmåga att motstå slumpinflytelser. Mer förfinat kan slumpvariationerna indelas i objektivitetsfel, exakticitetsfel och konstansfel.

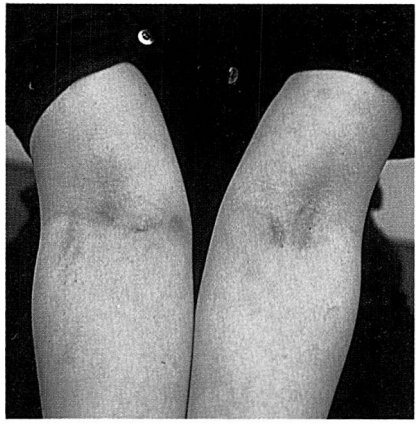
*Särtryck ur:*
BEJEROT, N.: Somatiska komplikationer vid narkotikamissbruk.
(Astra Läkemedel 1974.)



Översikt och närbild av utbredd distribution av injektionsmärken vid missbruk av intravenös typ. Närbilden visar inlagrade sotpartiklar från primitivt flamberade kanyler.



Översikt och närbild av samlad distribution av stickmärken. Därtill karakteristiska tatueringar och gamla ärr efter "skärningar".



Översikt och närbild över flera samlade lokalisationer av stickmärken.

(T.v.) Karakteristisk, bestående ärrifiering och pigmentering över vengebit efter långvarigt injicerande.

(T.h.) Enstaka, spridda, krustabelagda, veckofärska stickmärken samt ett större, rodnat, äldre injektionsområde.

*Objektivitetsfelen* orsakas dels av att bedömarnas avläsningssätt fluktuerar mellan olika tillfällen (*bedömarmobilitet*), dels av att varje bedömare har sitt unika sätt att bedöma (*bedömardivergens*) samt av att rena *noteringsfel* aldrig kan uteslutas även om de i praktiken är negligerbara. Att undersöka bedömarmobiliteten skulle ha krävt ett förfaringssätt som är oförenligt med rutinarbetet på arrestavdelningen. Däremot har vid två tillfällen bedömardivergensen studerats (se nedan).

*Exakticitetsfelen,* som uppstår då en observatör av en lycklig slump gissar rätt, kan aldrig beräknas separat. Sådana fel har i undersökningen i möjligaste mån eliminerats genom att i klassificeringarna inkludera klassen "misstänkt missbruk". Därigenom undviker man i viss mån att bedömarna medvetet strävar efter att gissa rätt för att t ex framstå som en god bedömare.

*Konstansfel,* d v s stabilitetsfel över tid hos stickmärkena, kan inte ha inverkat vid studierna av bedömardivergensen, då alla bedömarna såg samma arrestant inom loppet av några minuter.

2.2.3.1. *Bedömardivergens.* Vid två tillfällen, januari 1972 och februari 1973, gjordes kontrollbesiktningar av befintliga arrestanters armvener av fem observatörer. Tre av dessa var med vid båda tillfällena. De fem bedömarna hade till uppgift att var och en oberoende av varandra klassificera arrestanter enbart utifrån armvensbesiktning som antingen miss-

Tabell 6. *Antalet felaktiga klassificeringar för varje bedömare.*

| | Tillfälle I | | | Tillfälle II | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bedömare | Miss brukare ($N$=28) | Icke miss-brukare ($N$=48) | Total effekt | Miss brukare ($N$=24) | Icke miss-brukare ($N$=47) | Total effekt |
| 1 | 1 | 3 | + 2 | – | – | – |
| 2 | 0 | 6 | + 6 | 0 | 3 | +3 |
| 3 | 1 | 2 | + 1 | – | – | – |
| 4 | 0 | 2 | + 2 | 0 | 1 | +1 |
| 5 | 1 | 0 | − 1 | 1 | 0 | −1 |
| 6 | – | – | – | 2 | 1 | −1 |
| 7 | – | – | – | 0 | 0 | 0 |
| Summa | 3 | 13 | +10 | 3 | 5 | +2 |

brukare eller ej missbrukare. Ingen utfrågning av arrestanten fick förekomma innan alla bedömarna hade protokollfört sina klassificeringar. Därefter fick arrestanten tala om de faktiska förhållandena på vanligt vis. Antalet felaktiga klassificeringar för varje bedömare återfinns i tabell 6.

Ingen nämnvärd skillnad förekom mellan bedömarna vid någotdera av tillfällena med undantag för bedömare 2. Denna har vid båda tillfällena korrekt diagnostiserat alla missbrukare men klassat en del icke-missbrukare som missbrukare. Detta beror på att hon är den enda som ordagrant tagit fasta på instruktionen att söka efter injektionsmärken (såväl gamla som nya) snarare än att kategorisera personerna som missbrukare/icke-missbrukare. En överdiagnostisering av mycket gamla ärr efter enstaka provtagningar har således gjorts av bedömare 2. Under normala undersökningsbetingelser skulle dessa personer inte ha klassificerats som missbrukare utan ärrens natur skulle ha klarlagts genom utfrågning och eventuella sjukhusförfrågningar. Mellan-bedömarreliabiliteten i den använda besiktningstekniken har således varit tillfredsställande.

### 2.2.4. *Validitet*

Validiteten, d v s hur relevant armvensbesiktningen är för ändamålet att mäta intravenöst missbruk, uppdelas här i innehållsvaliditet och samtidig validitet.

*Innehållsvaliditeten* gäller frågan hur väl armvensbesiktningen överensstämmer med och täcker definitionen av intravenöst missbruk. Det är ju fullt möjligt att injicera på andra ställen än i armvenerna, men dels är dessa fall ytterst sällsynta och dels företer de narkomaner, som injicerar på andra lokaler, så många gamla och/eller färska stickmärken på armarna att de ändå inte undgår att bli klassificerade som missbrukare.

En fullständig kroppsbesiktning utfördes sommaren 1969 av 100 konsekutiva arrestanter, som också undersöktes med blod- och urinprov (Allgén et al 1971). Av dessa var 44 intravenösa missbrukare. Ingen av dessa företedde stickmärken på andra ställen än de övre extremiteterna. Injicering på andra lokaler föranleds ytterst sällan av att man försöker dölja sitt missbruk (det koketterar man i stället ofta med) utan av att man helt enkelt inte kommer in i de mycket sönderstuckna och ärrifierade armvenerna.

*Den samtidiga validiteten* är samvariationen mellan ett test och en kriterievariabel där mätningarna utföres ungefär samtidigt. Testet, armvensbesiktningen, används i stället för dyrbarare, mer opraktiska och tidsödande och i många fall också mer otillförlitliga procedurer. Men för att ett

test skall accepteras måste det valideras mot konventionellt erkända kriterievariabler. Armvensbesiktningen har validerats mot urinprov, blodprov, sjukhusförfrågningar och arrestanternas egna utsagor. Det sistnämnda gjordes i samband med undersökningarna av bedömardivergensen.

2.2.4.1. *Blod- och urinprov.* Av de 100 arrestanterna i denna delundersökning (sommaren 1969) lyckades man inte erhålla urinprov från 29, men från dessa erhölls blodprov (Allgén et al 1971).

I 21 fall förekom centralstimulerande aminer i urinen, varav fenmetraralin i 17 fall och amfetamin i tolv samt metylfenidat, fentermin respektive amfepramon i ett fåtal fall. Endast i tre av dessa 21 fall saknades stickmärken, d v s dessa hade intagit medlen peroralt. Inte i något fall påvisades alkaloider av morfintyp eller syntetiska analgetika i urinen (tabell 7).

Tabell 7. *Sammanställning över fynd av missbruksmedel bland 100 konsekutiva arrestanter sommaren 1969 vid analys av blod- och/eller urinprov. (Efter Allgén et al 1971.)*

| Antal påvisade preparatgrupper | Preparat (grupp) | Blod (B) + Urin (U) B | U | Enbart B | U | Summa | Stickmärken |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Intet påvisbart | 17 | | 21 | 2 | 40 | 17[a] |
| 1 | Etanol (> 0,03 promille) | 14[b] (2)[c] | | 3 (1)[c] | 0 | 17 | 3 |
| | Barbiturat (> 1,0 mg-procent) | 7[d] | | 1 | 0 | 8 | 5[e] |
| | CNS-stim. medel, ett eller flera | 9 | | – | 2 | 11 | 10 |
| 2 | Etanol + barbiturat | 9 (2)[c] | | 3 | 0 | 12 | 1 |
| | Etanol + meprobamat | 0 | | 1 | 1[f] | 2 | 0 |
| | CNS-stim.medel + etanol | 5 (2)[c] | | 0 | 0 | 5 | 3 |
| | CNS-stim.medel + barbiturat | 3 | | 0 | 0 | 3 | 3 |
| 3 | CNS-stim.medel + etanol + barbiturat | 1 | | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | CNS-stim.medel + etanol + meprobamat | 1[f] | | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Summa | 66 | | 29 | 5 | 100 | 44 |

a Varav 15 i gruppen urin saknas!

b Tre fall med klometiazol (metaboliter) i urin i terapevtisk koncentration som bifynd.

c Fall med alkoholkoncentration understigande 0,2 promille.

d Ett fall med amitriptylin (metaboliter) i urin i terapevtisk koncentration som bifynd.

e Barbituratkoncentration = 3,2 (max!) 3,1, 1,4, 1,3 och 1,0 mg-procent respektive.

f Meprobamat i låg terapevtisk koncentration. Ett fall där CNS-stimulerande medel enbart utgjordes av amfepramon (dietylpropion). Ett fall med hydroxyzinmetaboliter i urin som bifynd.

I 28 fall förelåg blodalkohol över 0,5 promille, i 22 fall över 1,0 promille, i 14 fall över 2,0 promille och i 8 fall över 3,0 promille. Den högsta uppmätta koncentrationen var 4,6 promille.

Ett fall av peroralt meprobamatmissbruk diagnostiserades. Endast i två fall förelåg en barbituratkoncentration över gängse terapeutisk nivå; båda företedde stickmärken. I 40 fall påvisades inga droger; 17 av dessa företedde stickmärken och av dessa hörde 15 till gruppen där urinprov saknades.

Det höga bortfallet av urinprov förklaras av att samtliga undersöktes i direkt anslutning till införandet på häktet, eftersom man önskade få en så god bild som möjligt av vederbörandes intoxikationstillstånd vid själva gripandet. Det är välkänt att missbrukare av centralstimulerande medel blir dehydrerade under missbruksperioderna beroende på att centralstimulantia dämpar såväl törst som hunger (Gunne 1971). Vederbörande får därför ett otillräckligt vätskeintag under de ofta veckolånga, kontinuerliga intoxikationsperioderna. Det är därför inte förvånansvärt att så många av missbrukarna av intravenös typ inte kunde prestera något urinprov.

Häktesavdelningen har ett hundratal arrestanter i ständig omsättning och en personal om ett 70-tal personer som avlöser varandra i olika pass. Därför har det inte varit möjligt att bevaka att vi senare fått urinprov i samband med arrestantens första toalettbesök i de fall där urinprov inte kunnat erhållas initialt. Undersökningar av denna typ får inte försvåra rutinarbetet på avdelningen, förhörsledarnas verksamhet, förpassningar och transporter som går enligt speciella turlistor, domstolsinställelser etc. Vid provtagningen skedde urinkastningen under medicinskt överinseende.

2.2.4.2. *Venpunktioner av uppgivet medicinskt ursprung.* Vid 1 182 av totalt 34 346 undersökningstillfällen har svenska arrestanter förklarat att förekommande stickmärken – eller vanligare ett enstaka stickmärke – härstammat från medicinsk provtagning (tabell 8). Fallen har varit jämnt fördelade över observationsperioden. I samtliga fall där uppgift om sjukhus eller behandlande läkare lämnats har skriftlig kontakt tagits med uppgiven sjukvårdsinstans (bilaga 3), som i 59 % av fallen (beträffande 619 män och 72 kvinnor) kunde verifiera att uppgiven venpunktion vid den aktuella tidpunkten företagits på medicinska grunder. För "misstänkt missbruk" klassades 38 % av dessa arrestanter (454), antingen därför att vederbörande inte kunnat ange vilken sjukvårdsinstans som skulle ha utfört

Tabell 8. *Klassifikation av uppgivet medicinskt betingade stickmärken*

| | *N* | % | *N* | % |
|---|---|---|---|---|
| Medicinskt betingade stickmärken | | | 691 | 59 |
| Misstänkt missbruk | | | 454 | 38 |
| Enligt svar från sjukvårdsinstans | 266 | 22 | | |
| Uteblivet svar från sjukvårdsinstans | 21 | 2 | | |
| Sjukvårdsinstans ej uppgiven | 167 | 14 | | |
| Missbruk | | | 37 | 3 |
| Totalt | | | 1 182 | 100 |

venpunktionen (14 %) eller därför att uppgiven medicinsk instans inte kunde verifiera venpunktionen (24 %). För huvudparten av dem som klassats för "misstänkt missbruk" har angivelsen om sjukvårdsinstans inte varit tillräckligt preciserad för att rätt enhet säkert skulle kunna spåras (angivelser av typen "Karolinska sjukhuset", "privatpraktiker i Lund" etc). Gruppen "misstänkta missbrukare" analyseras närmare i nästa avsnitt. Endast 37 fall (3 %) kunde med säkerhet klassas som missbrukare (t ex uppgiven venpunktion på viss ungdomsvårdsskola förnekas bestämt från skolan etc).

Ett mått på relevansen i klassningen "medicinskt betingade stickmärken" erhålles genom att studera status vid undersökningstillfället närmast före och/eller efter det då konstaterat stickmärke klassades som medicinskt betingat (tabell 9).

I 164 eller 24 % av fallen kunde man vid undersökning såväl före som efter det tillfälle då venpunktionen klassades som medicinskt betingad konstatera att vederbörande inte var missbrukare. Endast i 21 fall (3 %) klassades individen som missbrukare vid undersökningen både före och efter. I denna grupp kan man utgå från att diagnosen "medicinskt betingat stickmärke" var felaktig i åtskilliga fall och att vederbörande verkligen var intravenös missbrukare. I 82 % (564) av de 691 fallen med stickmärken klassade som medicinskt betingade förelåg aldrig tecken på eller misstanke om intravenöst missbruk under observationsperioden.

2.2.4.3. *Arrestanternas egna utsagor.* Validering av armvensbesiktningen mot arrestanternas egna utsagor gjordes i samband med den tidigare nämnda undersökningen av bedömardivergensen. Vid kontrollbesiktning I var 98 % (137/140) av klassificeringarna av missbrukargruppen korrekta. Av de fem bedömarna sammantagna diagnostiserades de 28 missbrukarna korrekt i 137 fall och felaktigt i tre fall fördelade så att tre av bedömarna

Tabell 9. *Arresttillfällen med noterade stidkmärken klassade som medicinskt betingade och status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle.*

| Status vid undersökningstillfället | | Närmast efter | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ej undersökt senare | Ej missbruk | Misstänkt missbruk | Vägrar undersökning | Missbruk | Summa |
| Närmast före | Ej undersökt tidigare | 188 | 88 | 3 | 1 | 19 | 299 |
| | Ej missbruk | 124 | 164 | 7 | 1 | 28 | 324 |
| | Misstänkt missbruk | 6 | 8 | 0 | 0 | 2 | 16 |
| | Vägrar undersökning | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Missbruk | 25 | 5 | 0 | 0 | 21 | 51 |
| | Summa | 343 | 265 | 10 | 3 | 70 | 691 |

vid var sitt tillfälle gjorde en felklassificering. Chansen att inte upptäcka ett pågående missbruk var således 2 % (3/140). De 48 icke-missbrukarna klassades korrekt vid 227 observationer och felaktigt vid 13 observationer. För denna grupp var således proportionen korrekta klassificeringar 95 % (227/240). Chansen att klassificera en icke-missbrukare som missbrukare, vilken uppgick till 5 % (13/240), verkar större än den omvända risken. Detta är dock skenbart och beror på att felen i själva verket motsvarar den del av arrestpopulationen, som företer svårdiagnostiserade stickmärken och därför vid den vanliga rutinkontrollen på arresten skulle ha föranlett ett kompletterande samtal i diagnostiskt syfte och eventuellt förfrågan till sjukhus. Vid den genomförda "blinda" klassificeringen får vi således ett minimimått på validiteten, och den faktiska validiteten underskattas något vid detta förfarande.

Vid kontrollbesiktning II var 98 % (117/120) av klassificeringarna korrekta för missbrukargruppen och 97 % (228/235) korrekta för icke-missbrukarna.

2.2.4.4. *Misstänkt missbruk.* Vid 454 undersökningstillfällen har stickmärken hos svenska arrestanter (394 män och 60 kvinnor) klassats som misstänkt emanerande från intravenöst missbruk (tabell 10). I 7 % (32 fall) förelåg missbruk vid närmaste undersökningstillfälle såväl före som efter det för "misstänkt missbruk" klassade undersökningstillfället, men i 17 % (76 fall) förelåg inga stickmärken vid de ömsesidigt närliggande undersökningstillfällena. I 16 % (71 fall) konstaterades missbruk före det misstänkta tillfället, medan inga tecken på missbruk förelåg i 36 % av fallen (164). Då missbruket ökat starkt under observationsperioden är det av större intresse att notera att missbruk förelåg i 22 % (98) av fallen närmast efter det suspekta undersökningstillfället men att 31 % (140) då inte företedde tecken på missbruk. Arresteringstillfällen med "misstänkt missbruk" har ökat något över tid. De är dock så få att de är negligerbara för resultatdiskussionen.

En viss överdiagnostisering av "misstänkt missbruk" har således förekommit, vilket sammanhänger med en medveten strävan att hålla de

Tabell 10. *Arresttillfällen med noterade stickmärken klassade som misstänkt emanerande från intravenöst missbruk och status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle.*

| Status vid undersökningstillfället | | Närmast efter | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ej undersökt senare | Ej missbruk | Misstänkt missbruk | Vägrar undersökning | Missbruk | Summa |
| Närmast före | Ej undersökt tidigare | 114 | 46 | 5 | 0 | 41 | 206 |
| | Ej missbruk | 58 | 76 | 4 | 2 | 24 | 164 |
| | Misstänkt missbruk | 3 | 6 | 1 | 0 | 1 | 11 |
| | Vägrar undersökning | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Missbruk | 25 | 12 | 1 | 1 | 32 | 71 |
| | Summa | 202 | 140 | 11 | 3 | 98 | 454 |

viktiga hvudugrupperna "missbruk" respektive "ej missbruk" så diagnostiskt rena och säkra som möjligt. Analyser och trendberäkningar har gjorts på dessa huvudkategorier, och fallen av "misstänkt missbruk" inverkar inte på dessa beräkningar.

2.2.5. *Slutord till metoden*

Metodstudien visar att en stickmärkesundersökning av armvener är en säker metod att diagnostisera intravenöst missbruk. Mätmetoden är mycket tillförlitlig (reliabel, sensitiv). Chansen att inte upptäcka ett aktuellt missbruk bland de undersökta uppgår endast till någon procent. Tekniken uppvisar mycket god validitet (specificitet) vid valdering mot gängse kliniska kriterier som blod- och urinanalys samt mot arrestanternas egna utsagor.

## 2.3. Statistiska metoder

För undersökningens båda populationer – arresttillfällen och individer – har missbruket relaterats till kön, ålder, nationalitet, brottstyp och andra variabler. Förutom den relativa frekvensen missbruk har för många subgrupper medelålder, medelålderns medelfel samt könsproportioner beräknats.

Beträffande grupper som är av speciellt teoretiskt intresse har direkta jämförelser gjorts och differenserna signifikansprövats. Test av skillnaden mellan två proportioner (t ex könsproportioner, andelen missbruk etc) har gjorts med (Chi-två-test). Test av skillnaden i medelålder har gjorts med t-test (dubbelsidigt).

Följande symboler har använts för att illustrera använda signifikansnivåer:

| | | | |
|---|---|---|---|
| — | 0.05 | $<p$ | (ej signifikant) |
| * | 0.01 | $<p\leqslant 0.05$ | (svagt signifikant) |
| ** | 0.001 | $<p\leqslant 0.01$ | (signifikant) |
| *** | | $p\leqslant 0.001$ | (höggradigt signifikant) |

Här betecknar $p$ sannolikheten att en skillnad minst lika stor som den observerade uppstår av ren slump.

De konventionella statistiska metoder som använts i denna undersökning har beskrivits av Brandford Hill (1961) och Dixon och Massey (1957).

# 3. Material

## 3.1. Arrestpopulationen

3.1.1. *Rekryteringsgrunder*

De personer som införs till Allmänna häktet i Stockholm emanerar från a) den population av människor som vid den aktuella tidpunkten uppehållit sig inom Stockholms kommun, b) varav en okänd andel begått aktuella brottsliga handlingar och c) en inte närmare känd andel av dessa gripits av polisen. Därtill införes ett mindre antal personer som inte omhändertagits för brott utan enligt nykterhetsvårdslagen, lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall etc. Huvudparten av undersökningens svenska medborgare bor varaktigt i Stockholm, men en avsevärd del bor i förortsområden som administrativt inte tillhör Stockholm. Åtskilliga är hemmahörande i landsorten och har gripits under tillfälligt uppehåll i Stockholm, andra har vistats längre perioder i stockholmsområdet utan att mantalsskrivningen flyttats dit. En betydande grupp socialt havererade människor uppehåller sig som kringdrivande och bostadslösa i Stockholm.

Frågan om narkotikamissbrukets ekologi är utomordentligt viktig och intressant (Lewin 1931, 1964, Chein et al 1964, Hughes et al 1972*b*) men har inte studerats närmare i denna undersökning, som ur metodologisk synpunkt tagit fasta på vad som direkt har kunnat studeras i det kontinuerliga arrestantflödet på basen av vissa enkla, objektiva data som omedelbart varit tillgängliga eller lätta att kontrollera.

Selektionsmekanismerna har inte närmare undersökts för dem som blivit omhändertagna av stockholmspolisen och exponerade i denna studie, som av tids- och utrymmesskäl begränsats till en totalstudie av tecken på intravenöst missbruk bland personer som förts till de centrala arrestavdelningarna, det s k Allmänna häktet, i Polishuset från april 1965 t o m juni 1970 (21 kvartal). Personer omhändertagna för fylleri, vissa lindrigare brott eller förseelser blir förda till distriktsstationerna och ingår inte i undersökningen. Personer som misstänks vara skyldiga till förseelser eller mindre brott, där straffmaximum är böter eller fängelse högst sex månader, och som blivit hämtade till förhör erhåller ett löp-

nummer i arrestliggaren. De förs dock upp på arrestavdelningen endast när det är fråga om utlänning som inte bor stadigvarande i Stockholm eller svensk medborgare som saknar fast bostad. Dessa fall betecknas officiellt som "ej arrest", de är mycket få och ingår inte i undersökningen.

I den inledande pilotstudien under april 1965 fann vi inte någon missbrukare av intravenös typ som var 40 år eller äldre. Då vi vid denna tidpunkt endast disponerade en sköterska som skulle utföra armvensbesiktningarna vid sidan av sjukvårdsarbetet på häktet, var det nödvändigt att begränsa det extraarbete som undersökningen innebar. Sedan pilotstudien genomförts beslöts därför att endast personer under 45 år skulle undersökas. Under 1967 utvidgades sköterskekapaciteten, och vi har därefter undersökt även de relativt fåtaliga äldre arrestanterna. Då mycket få injektionsmissbrukare hittats i åldrarna 45 år och äldre har denna åldersgräns bibehållits vid bearbetningen av materialet för att hela undersökningsperioden skall vara jämförbar.

Under hela observationsperioden har sköterskepersonal saknats nattetid (kl 22–08). Den del av materialet som därigenom inte blivit undersökt redovisas i bortfallsanalysen.

Naturligtvis finns det en rad faktorer som påverkar jämförelser av missbrukets utbredning över tid och mellan grupper i arrestpopulationen. Narkotikalagstiftningen och polisresursernas omfattning har tidigare nämnts. Även annan brottmålslagstiftning och rättspraxis kan ha påverkat rekryteringen till arrestpopulationen liksom den indirekta narkotikabrottsligheten, d v s den brottslighet som inte berör narkotikalagstiftningen men på olika sätt är förbunden med avancerat narkotikamissbruk. Likaså kan kriminalvårdspolitiken i stort liksom sjukvårdspolitiken beträffande narkomaner påverka genereringen av arrestantflödet. Dessa faktorer och deras betydelse skall närmare analyseras i diskussionsavsnittet.

De som införts till arrestavdelningarna kan ha omhändertagits av vitt skilda anledningar, och materialet kan på sådana grunder indelas i åtta huvudkategorier.

### 3.1.2. *Huvudkategorier*

3.1.2.1. *Omhändertaganden enligt brottsbalken* är av tre typer. Vanligast är att vederbörande gripits för misstanke om brott eller medverkan till brott enligt *brottsbalken.* Andra viktiga grupper är personer som tidigare dömts för brott men erhållit *villkorlig frigivning* från viss del av straffet (som regel en tredjedel av den utdömda strafftiden) och personer som dömts till *skyddstillsyn:* För båda dessa grupper har det förnyade omhänderta-

gandet i allmänhet föranletts av grov misskötsamhet och brott mot ålagda föreskrifter. I ett flertal fall är dessa personer efterlysta för återförpassning till kriminalvårdsanstalt eller för inställelse hos övervakningsnämnd.

3.1.2.2. *Omhändertaganden enligt brottsbalken näraliggande lagar.* En betydande del av vinningsbrotten faller under andra lagar än brottsbalken. Även vissa grövre förseelser kan leda till att vederbörande införes till arrestavdelningen. Aktuella lagar är här varusmugglingslagen, narkotikastrafflagen, checklagen, skattestrafflagen, trafikbrottslagen (under särskilt försvårande omständigheter; annars förs dessa fall till distriktsstationerna), förordningar om tillverkning av sprit och vin, rusdrycksförsäljningsförordningen, lagen om samhällsfarlig asocialitet etc.

3.1.2.3. *Omhändertaganden enligt barnavårdslagen.* Den övre gränsen för ingripanden är 20 år men kan utsträckas till 23 år för den som redan är föremål för åtgärd. De fall som införs till arresten gäller undantagsvis inställelse till barnavårdsnämnd. Huvudparten av fallen gäller förpassning till skolhem eller ungdomsvårdsskola, vanligen sedan vederbörande avvikit från skolan eller inte återvänt dit efter permission, stundom sedan försök med vård utom skola misslyckats.

3.1.2.4. *Omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen.* Det gäller inställelse hos nykterhetsnämnd eller förpassning till nykterhetsvårdsanstalt. Fylleriomhändertaganden ingår som nämnts inte i undersökningen.

3.1.2.5. *Omhändertaganden enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.* Dessa omhändertaganden har vanligen föranletts av fara för eget eller annans liv. Personerna blir omgående föremål för psykiatrisk undersökning och antingen med stöd av vårdintyg inlagda på psykiatriskt sjukhus eller hemsända. De kvinnor som omhändertas enligt detta lagrum förs till den kvinnliga arrestavdelningen och ingår i stickmärkesundersökningen, medan männen handlägges vid distriktsstationerna och således inte observerats för stickmärken.

3.1.2.6. *Omhändertaganden enligt utlänningslagen* berör utländska medborgare eller statslösa personer. Omhändertagandena gäller turister som saknar medel till sitt uppehälle och vagabonderar, invandrare vilkas uppehålls- och arbetstillstånd har gått ut, personer som tidigare dömts till förvisning på grund av kriminell verksamhet i landet men olovligen återvänt till Sverige etc.

3.1.2.7. *Omhändertaganden för identifiering.* Det gäller främst personer som anträffas i missbruksmiljöer, hos kända hälare etc och som inte kan legitimera sig. De medtages stundom för identifiering och kontroll av att de inte är efterlysta för brott, avvikna från kriminalvårdsanstalt eller ungdomsvårdsskola etc.

3.1.2.8. *Frivilligt omhändertagna.* Det är personer som ber att få stanna på häktet, vanligtvis över en natt. En del har varit offer för brottslig verksamhet (stöld, rån, misshandel) och saknar medel eller egen bostad i Stockholm, andra kan begära skydd eller be att få bli återförpassade till ungdomsvårdsskola eller kriminalvårdsanstalt därför att de inte anser sig kunna reda upp sin situation i frihet.

Ovanstående grupper har bearbetats separat. Det intravenösa missbruket är massivt bundet till de tre första kategorierna, d v s omhändertaganden enligt brottsbalken och näraliggande lagar samt barnavårdslagen. Dessa tre grupper flyter i praktiken mer eller mindre i varandra (samma individ omhändertas vid olika tillfällen ofta omväxlande enligt någon av dessa tre anledningar). Denna grupp, som väsentligen motsvarar kriminalvårdsklientelet, är den stora och intressanta och den som skall beskrivas och analyseras i detalj. Då vi ofta återkommer till dessa grupper införes förkortningen "brott m m" för dessa sammantagna. De andra kategorierna är små och berörs i mycket ringa utsträckning av den intravenösa missbruksformen. Detsamma gäller utländska medborgare oavsett anledningen till omhändertagandet. Av utrymmesskäl kommer därför i denna rapport endast vissa översiktsuppgifter att lämnas om dessa kategorier, då de inte är nödvändiga för prövning av de uppställda hypoteserna och den avslutande diskussionen. Omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen och den psykiatriska vårdlagen ingår dock i de individuella förloppsstudier som gjorts. Anledningen till omhändertagandet är i den delen av undersökningen av underordnad betydelse jämfört med missbrukarstatus vid olika omhändertaganden.

3.1.3. *Redovisningsgrunder*

Anamnestiska variabler är kön, ålder, nationalitet, brottstyp eller anledning till omhändertagande, arresttillfällen och individer. Redovisningsvariabler är missbruksstatus, debutår, debutplats, incidens, prevalens, arresttillfällen per individ och individuella missbruksförlopp.

Dataprogrammen har byggts upp kring enhetliga åldersindelningar (femårsklasser) och alla beräkningar har gjorts utifrån exakt ålder vid

varje undersökningstillfälle. Den deskriptiva redovisningen centreras kring följande förhållanden.

1. *Arresttillfällen* och arrestanternas status i missbrukshänseende utgör en form av flödesanalys, där varje tidsavsnitt är jämförbart med varje annat tidsavsnitt av samma längd. Detta utgör ett mått av typen periodprevalens (under perioden aktuella) i populationen arresttillfällen och har framtagits för kvartal, halvår, kalenderår och hela undersökningsperioden.

2. *Individer.* Då samma individ kan återkomma som arrestant med mycket varierande frekvens är det angeläget att studera antalet berörda individer med respektive utan tecken på intravenöst missbruk. Incidens och periodprevalens av aktuella individer har framtagits för samma perioder som för arresttillfällena, och arresttillfällen per individ har beräknats.

3. *Nytillkomna individer* i undersökningen har registrerats kronologiskt, likaså antalet nydiagnostiserade intravenösa missbrukare.

4. *Incidensen av intravenöst missbruk* har framtagits efter uppgift om debutår och debutplats och beräknas separat för de fyra lokalkategorierna (Stockholm, Göteborg, landsorten, utomlands).

5. *Prevalensskattningar* har utförts på basen av uppgiven debut.

6. *Individuella förloppsstudier* har gjorts för att följa missbruksstatus hos samma individ, dels vid de upp till sju första arresttillfällena oberoende av när dessa inträffat, dels vid det första undersökningstillfället varje kalenderår.

7. *Brottstyper.* Brottspanoramats sammansättning har studerats i relation till arresttillfällen, berörda individer och missbruksförhållanden, dels per kalenderår, dels för hela perioden.

Hela materialet har framtagits på listor för män respektive kvinnor och delats upp på olika nationaliteter för att möjliggöra kompletterande manuella studier. Därtill har de intravenösa missbrukarna listats separat, dels efter ålder och kön, dels efter uppgivet debutår och slutligen efter diagnostisk incidens.

### 3.1.4. *Maximering och minimering av förekomsten av intravenöst missbruk*

Då de aktuella individerna omhändertas av polisen med mycket varierande frekvens och då missbruksförhållandena ofta varierar över tid hos en och samma individ är det angeläget att ta fram en minimering och en maximering av missbruket under olika avsnitt av undersökningen och för hela undersökningsperioden. Detta har utförts för svenska män och kvinnor (gripna för "brott m m"; se s 76) i olika åldersgrupper (femårsklasser)

och för varierande periodlängd (kvartal, kalenderår och hela undersökningsperioden).

Vid *maximering av missbruket* har individerna selekterats enligt följande rangordning:

1. Missbrukare. Om vederbörande *någon gång* under redovisningsperioden (kvartal, år eller hela undersökningsperioden) varit *missbrukare* klassas han som sådan. Om individen inte kunnat klassificeras som missbrukare har vederbörande noterats i något av följande alternativ:
2. Misstänkt missbrukare
3. Vägrare (vägrar medverka vid armvensbesiktningen)
4. Ej missbrukare
5. Ej undersökt

Vid *minimering av missbruket* har endast de räknats som missbrukare som vid varje observation under perioden företett missbrukstecken. Individerna har selekterats i omvänd ordning frånsett att "ej undersökt" tagits som sista alternativ även här.

Beräkningar av medelåldern har gjorts på individens samtliga observationer som missbrukare respektive ej missbrukare under varje särskild redovisningsperiod.

Förutom maximering och minimering av missbruksförekomsten har beräkningar även utförts på medianvärdet, *den mellersta observationen* för varje individ. (Vid jämnt antal observationstillfällen har det kronologiskt

Tabell 11. *Översikt över de kriterier enligt vilka observationer av intravenöst missbruk maximerats respektive minimerats i undersökningsmaterialet oberoende av antalet observationstillfällen per individ.*

| Klassifikation av missbruksnivån i undersökningsmaterialet | Missbruk | Ej missbruk |
|---|---|---|
| Minimering | Diagnostiserade som missbrukare vid samtliga observationer | Någon gång diagnostiserade som icke missbrukare |
| Medianvärde | Missbrukare vid mellersta observationen | Ej missbrukare vid mellersta observationen |
| Maximering | Någon gång diagnostiserade som missbrukare | Aldrig diagnostiserade som missbrukare |

yngre valts för personer födda udda månad och det äldre för personer födda jämn månad.)

I tabell 11 har kriterierna vid maximering och minimering av missbruksförekomsten sammanställts översiktligt. Man bör observera att en person, som vid maximeringen inkluderas i kategorin "någon gång diagnostiserad som missbrukare", vid minimeringen kan ingå i gruppen "någon gång diagnostiserad som icke missbrukare".

Beräkningsperiodens längd spelar en viss roll för de värden som erhålles. Ju längre perioder som minimeras för missbruksförekomst desto flera personer, vilka debuterat i sitt missbruk under beräkningsperioden och tidigare setts som ej missbrukare, blir räknade som ej missbrukare. På samma sätt kommer även intensiva missbrukare som någon gång inte företett stickmärken – och den möjligheten ökar med minimeringsperiodens längd – här att räknas som ej missbrukare. Vid maximeringen av missbruksförekomsten spelar beräkningsperiodens längd mindre roll. Midianserien skall användas för en jämförelse mellan arresteringsfrekvensen bland missbrukare och icke-missbrukare.

## 3.2. Representativitet

### 3.2.1. *Inledning*

Stickmärkesundersökningen (fortsättningsvis förkortad SMU när det gäller undersökningen mera allmänt, som regel med indicering då speciella delmaterial avses, exempelvis $SMU_5$ för att beteckna hela femårsperioden, $SMU_{1/2}$ för att beteckna en viss halvårsperiod etc) täcker endast polisklientelet i Stockholm. Detta är uppenbarligen en snäv och speciell selektion av befolkningen i området. Naturligtvis bör det finnas missbrukare av intravenös typ vilka aldrig begått någon kriminell handling och inte ens i lagens mening befattat sig med de illegala drogerna: de kan ha blivit bjudna på injektionerna av andra missbrukare och detta medför enligt svensk lag inte juridiskt ansvar (Lagerbielke 1970). Detta är inte ovanligt bland kvinnliga missbrukare, som ofta blir bjudna av manliga partners. Bland de intravenösa missbrukare som själva skaffar sig sina droger bör det också finnas fall, som undgår upptäckt, särskilt om vederbörande injicerar sporadiskt och inte ägnar sig åt egendomsbrottslighet eller umgås i kretsar av kriminellt aktiva. Men även bland dem som mera frekvent

begår egendomsbrott etc bör det finnas åtskilliga intravenösa missbrukare som undgått att ertappas av polisen och följaktligen heller inte blivit exponerade i stickmärkesundersökningen.

Från en rad tidigare undersökningar är det välkänt att det förekommer en betydande samvariation mellan kriminell aktivitet och andra former av social missanpassning (Kolb 1962, Chein et al 1964, Törnquist 1966, Jonsson 1967, Ball et al 1970b, Bean 1971, Cockett 1971, Eckerman et al 1971, Maurer 1972). Ett så avancerat normbrytande som intravenösa injektioner representerar bör därför förväntas ha en hög samvariation med de traditionella former av kriminell aktivietet som man möter i polis- och kriminalvårdsklientelet. De socialt mer belastade och de kriminellt aktiva bör bli överrepresenterade liksom givetvis de som under en längre tid ägnat sig åt avancerat missbruk: de sedimenterar socialt och löper ökad risk att dras in i kriminella aktiviteter och de är också under längre tid exponerade för risken att arresteras. Därtill kommer att praktiskt taget varje befattning med missbruksmedlet är kriminaliserat. Det är av dessa skäl av största vikt att undersöka representativiteten för den missbrukargrupp som diagnostiserats genom stickmärkesundersökningen. Detta har gjorts enligt flera olika metoder.

### 3.2.2. *Rattfylleriklientel*

I samarbete med Rikspolisstyrelsen och de läkare som är verksamma med provtagningar vid misstänkt rattfylleri anordnades hösten 1969 en undersökning av 142 konsekutiva fall omhändertagna i Stockholm. Provtagningen inkluderade urin och tappat venblod. Elva vägrade att medverka. Åtminstone en av dessa företedde tecken på intravenöst missbruk. Av övriga 131 företedde elva (8 %) objektiva tecken på intravenöst missbruk (Allgén et al 1973).

Av de tolv fallen med tecken på intravenöst missbruk var elva kända i stickmärkesundersökningen. Dessa elva individer med stickmärken har under observationsperioden omhändertagits av polisen i Stockholm vid sammanlagt 93 tillfällen. Vid 67 tillfällen företedde arrestanterna stickmärken emanerande från missbruk av intravenös typ. I två fall hade vederbörande vägrat att visa armarna men diagnostiserades som missbrukare vid de båda angränsande observationstillfällena.

Vid tio tillfällen avgick vederbörande från arresten, vanligen nattetid, utan att undersökning hade kunnat utföras. Endast vid 14 tillfällen blev vederbörande klassad som ej missbrukare. Vid fem av dessa tillfällen förekom dock stickmärken, men dessa uppgavs emanera från medicinsk

provtagning vilket i dessa fall bekräftades vid sjukhusförfrågan. Vid sidan av verifierade medicinska stickmärken kan givetvis i dessa fall även ha förekommit stickmärken emanerande från missbruk.

### 3.2.3. *Psykiatriskt vårdade narkomaner*

I en pågående undersökning om vårdkonsumtionen beträffande personer som under 1968 förstagångsintogs för behandling av intravenöst missbruk vid någon av de psykiatriska sjukhusen eller klinikerna i Stockholm uppgår totalpopulationen till 116 män och 41 kvinnor. Av männen var 82 % (95) och av kvinnorna 93 % (38) kända som missbrukare i stickmärkesundersökningen fram till redovisningsperiodens slut den 30 juni 1970.

### 3.2.4. *Hepatitklientel*

Det första fallet av serumhepatit (hepatit B) i Sverige hos en intravenös missbrukare diagnostiserades 1962 (Agell et al 1965). Under tioårsperioden 1962–71 behandlades vid Roslagstulls sjukhus, det enda infektionssjukhuset i Stockholm, narkomanhepatit hos 2 216 personer (Ström 1972).

De hepatitfall, som diagnostiserades andra halvåret 1967, har kollats upp i stickmärkesundersökningen. Då detta är en del av en omfattande case-finding-studie redovisas detta hepatitmaterial i samband med denna, där jämförelser också görs beträffande ålder och kön. Senare skall en jämförelse göras mellan narkomanhepatitens incidens och skattningar av incidensen av debut i intravenöst missbruk för de i stickmärkesundersökningen diagnostiserade missbrukarna.

### 3.2.5. *En case-finding-studie*

Narkomanvårdskommittén lät under andra halvåret 1967 genomföra en case-finding-studie inom storstockholmsområdet beträffande alla former av drogmissbruk utom missbruk av alkohol och tobak; förutom missbruk av intravenös typ alltså även sniffning av lösningsmedel, cannabisrökning, peroralt missbruk av psykofarmaka etc. Undersökningen planerades av professor Gunnar Inghe och medarbetare. Den genomfördes vid Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, där det insamlade materialet sedermera bearbetades av Frej (1969), som också skrev slutrapporten.

Frej presenterade korstabelleringar över olika missbruksmedel, intagningssätt och vissa sociala bakgrundsvariabler, men någon särredovisning som gav möjlighet till ett detaljerat studium av injektionsmissbruket lämnades inte, och stickmärkesundersökningens fynd samredovisades med polismyndighetens rapportering av alla olika former av narkotikamiss-

bruk. Då denna case-finding-studie (fortsättningsvis förkortad CFS) ger unika möjligheter att jämföra fynden i stickmärkesundersökningen med fynden från denna samtidiga och mycket omfattande rapportering från de sociala och medicinska sektorerna i samhället, har en nybearbetning gjorts av injektionsfallen. På detta sätt får man möjlighet att studera stickmärkesundersökningens representativitet. Detta bör vara av särskilt värde om materialet analyseras i fall kända i SMU före, under och efter case-finding-perioden och jämförelser görs mellan medelålder och åldersspridning i de olika populationerna. Även jämförelser mellan könsproportionerna i de olika materialen är av betydande intresse. Vidare erhålles ett värdefullt mått på stickmärkesundersökningens effektivitet som diagnostiskt instrument beträffande intravenöst missbruk och därmed indirekt även på dess värde som indikator på fortlöpande förändringar i omfattningen av det intravenösa missbruket i olika åldersgrupper etc. Eftersom en så omfattande och ambitiös case-finding-studie som den som genomfördes i Stockholm 1967 hittills inte torde ha utförts någon annanstans i världen är det ett unikt metodologiskt tillfälle att företa en ingående jämförelse mellan de båda materialen. Avsnittets omfång motiveras därför inte enbart utifrån syftet att studera representativiteten utan även av önskemålet att redovisa en särskilt intressant case-finding-studie i ny belysning.

Ur Frejs rapport noteras att 98 % av de 3 027 rapporterade missbrukarna av alla kategorier var svenska medborgare: 25 % bodde i förortskommunerna och 75 % i Stockholm, till övervägande del i de södra stadsdelarna. Männen var tre gånger fler än kvinnorna och medianåldern var 23,6 år; endast 25 % var över 30 år. Injicering av centralstimulantia var den vanligaste missbruksformen och rapporterades för 69 % av samtliga. En fjärdedel av hela populationen uppgavs även vara alkoholmissbrukare. Mer än en tredjedel av alla hade haft hepatit: 87 % av dem som haft hepatit hade klassificerats som missbrukare av centralstimulantia; de som uppgavs ha haft hepatit utgjorde 51 % av samtliga rapporterade missbrukare av centralstimulantia.

3.2.5.1. *Studiens genomförande.* Efter samråd med berörda myndigheter utsändes i juni 1967 cirkulärskrivelser och rapporteringskort till samtliga läkare och en rad sociala befattningshavare i Stockholm och angränsande förortskommuner (Danderyd, Tyresö, Österhaninge, Huddinge, Botkyrka, Jakobsberg, Lidingö, Märsta, Nacka, Boo, Saltsjöbaden, Sollentuna,

Tabell 12. *Utländska medborgare varaktigt bosatta i Stockholms stad och särskilt angivet förortsområde den 1 november 1967 och dessas procentuella andel av hela befolkningen i området (den 1 januari 1968).*

| | Män | Kvinnor | Totalt | Procent av befolkningen |
|---|---|---|---|---|
| Stockholms stad | 10 474 | 8 491 | 18 965 | 2.47 |
| Förortsområdet | 12 278 | 10 104 | 22 382 | 5.35 |
| Totalt | 22 752 | 18 595 | 41 347 | 3.49 |

Solna, Sundbyberg och Täby). Ett förortsbälte av varierande bredd (10 till 30 kilometer) runt Stockholm täcktes på detta sätt.

Folkmängden uppgick den 1 januari 1968 till 767 606 i Stockholm (Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1968) och till 418 053 i berörda förortskommuner (enligt uppgifter från Statistiska centralbyrån), totalt alltså inemot 1,2 miljoner. Åldersfördelningen i denna population vid utgången av 1967 framgår av fig 2 (nästa sida), där de stora årskullarna från andra världskriget framträder markant.

De utländska medborgarna uppgick hösten 1967 enligt uppgifter från Statens invandrarverk till drygt 41 000 personer (tabell 12) eller omkring 3,5 % av befolkningen i Stockholms-området.

Inom skolväsendet tillställdes skolsköterskor, kuratorer och rektorer rapporteringskort direkt från undersökningsledningen, och detta var i princip också fallet för socialvårdens folk (i vissa fall skedde distributionen genom kontaktmän vid varje arbetsenhet). För polisens vidkommande distribuerades rapporteringskort och introduktionsmaterial internt genom polisledningens försorg. Polisen i Stockholm deltog endast under den senare hälften av case-finding-perioden.

Sammanlagt erhöll 5 628 personer (tabell 13) enkätmaterial, men 230 (6 %) returnerade materialet med uppgift att de inte hade kontakt med narkomaner i sitt arbete. Huvudparten (205) av dessa var läkare inom specialiteter utan direkt kontakt med patienter. Påminnelsebrev med förnyad information om undersökningens syfte utsändes den 27 september och den 15 december 1967. Undersökningen understöddes av en positiv publicitet i stockholmspressen och sammanföll med ett omfattande och intensivt intresse för missbruksproblematiken i press och etermedia.

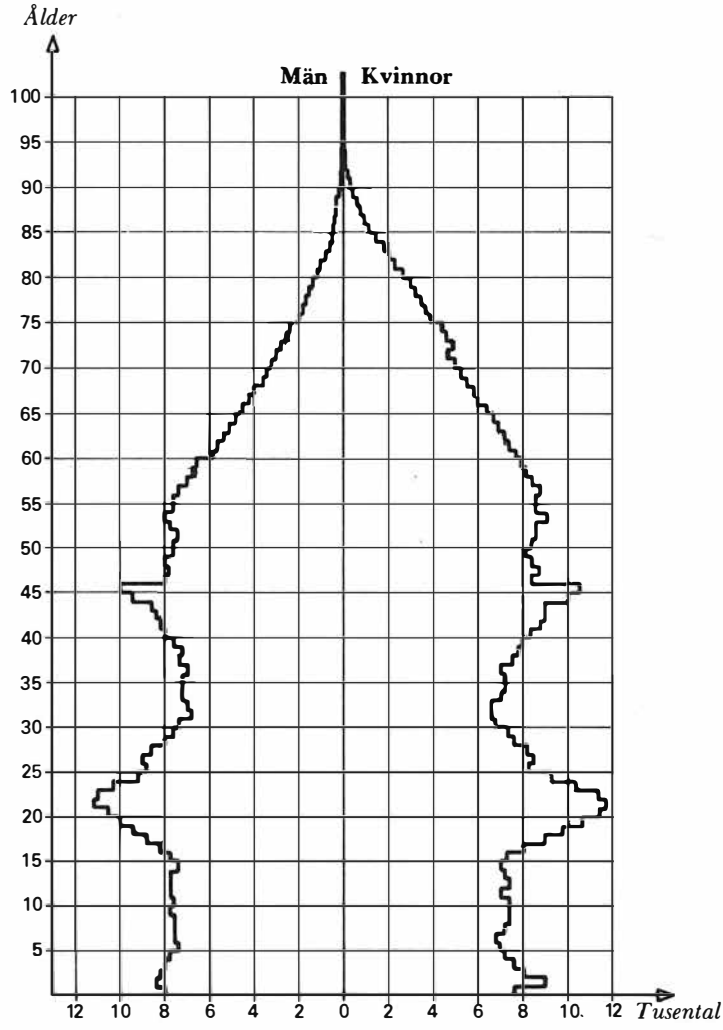



Fig 2. *Åldersfördelning i Stockholm och berört förortsområde vid utgången av 1967.*

Endast de rapporteringskort som anger att injektionsmissbruk förelåg har bearbetats. Korten har sorterats samman på individer sedan födelsedatum kompletterats med den fyrsiffriga kontrollkoden i folkbokföringsnumret. Efter den genomförda identitetskontrollen reducerades materialet med 149 fall, som tidigare hade blivit dubbelräknade. I 14 fall kunde identiteten inte säkerställas. Totalt kom CFS att omfatta 1 949 svenska

Tabell 13. *Antal personer i olika yrkeskategorier som erhöll rapporteringskort i case-finding-studien (CFS) 1967.*

| Yrkeskategori | Antal personer | Procent |
|---|---|---|
| Läkare | 2 440 | 43 |
| Socialvårdstjänstemän inklusive kuratorer | 654 | 12 |
| Sjuksköterskor | 221 | 4 |
| Psykologer | 81 | 1 |
| Rektorer, lärare | 80 | 1 |
| Poliser | 2 127 | 38 |
| Andra yrken | 25 | 1 |
| Totalt antal personer | 5 628 | 100 |

medborgare med rapporterat missbruk av intravenös typ: 75,8 % (1478) män och 24,2 % (471) kvinnor.

3.2.5.2. *Rapporteringskällor och undersökningsvariabler.* De olika rapporteringskällorna presenteras i rangordning efter antalet rapporterade fall av intravenöst missbruk under case-finding-perioden. Totalantalen, som anges inom parentes efter varje rapporteringskälla, återfinns i tabell 16 (s 99).

1. *Stickmärkesundersökningen,* för denna halvårsperiod betecknad som SMU1/2, (792) (se tabell 16) fortgick som vanligt under case-finding-perioden. Diagnostiserat missbruk rapporteras inte till polismyndigheten, varför polisen deltog som separat case-finding-källa.

2. *Roslagstulls sjukhus* (425) är specialsjukhus för infektionssjukdomar. All behandling av serumhepatit var under undersökningsperioden förlagd dit för dem som var hemmahörande i Stockholm.

3. *Centralfängelset Långholmen* (318) tjänstgör både som häkte och reguljärt fängelse. Huvudparten av dem som förts dit kommer från de centrala arrestavdelningarna i polishuset och har således redan undersökts av sköterskorna i SMU.

4. *Socialnämnden i Stockholm* (244) omfattade 1967 14 distriktsbyråer i olika stadsdelar samt en specialbyrå för bostadslösa män. Verksamheten omfattar ekonomiskt och socialkurativt stöd främst till personer som på eget initiativ vänt sig dit för hjälp. En viss uppsökande verksamhet förekommer dock, och personer som inte själva vänt sig till socialvården kan bli aktuella där på initiativ av anhöriga.

5. *Barnavårdsnämnden i Stockholm* (216) har till skillnad från socialnämnden haft huvudparten av sin utredningsverksamhet förlagd till en central enhet. Barnavårdsnämndens klientel utgörs till betydande del av ungdomar som inte själva vänt sig dit utan anmälts av föräldrar, skola, polis etc.

6. *Psykiatriska sjukhus och kliniker* (188). I Stockholm finns tre psykiatriska sjukhus (Beckomberga, Långbro och Rålambshov). Under denna rapporteringskälla redovisas även de fall som rapporterats från psykiatriska och barnpsykiatriska kliniker och polikliniker samt från läkare som uppgivit sig utöva främst psykiatrisk sjukvård. Även rapporter från alkoholpolikliniker har förts hit utom beträffande personer under 21 år; för dessa har uppgifterna inkommit via Stockholms barnavårdsnämnd och redovisas under den.

7. *Övriga sjukhus* (180) omfattar alla kliniker och polikliniker utom rapporteringskällorna 2 (Roslagstulls sjukhus), 6 (psykiatriska sjukhus och kliniker) och 13 (infektionskliniken vid Danderyds sjukhus).

8. *Kriminalvårdens frivård* (143) utgöres av skyddskonsulentorganisationen med övervakare och Skyddsvärnet, en stöd- och rehabiliteringsorganisation för frigivna fångar.

9. *Polisen i Stockholm* (133) deltog endast under den senare hälften av case-finding-perioden.

10. *Polisen i förortsområdet* (113) deltog i undersökningen under hela perioden.

11. *Nykterhetsnämnden i Stockholm* (109) är enligt lag endast skyldig att ägna sig åt personer som missbrukar etylalkohol. Intresset för andra missbruksformer har dock ökat i anslutning till det allt vanligare blandmissbruket av alkohol och andra droger. Nämnden befattar sig inte med ungdomar med alkoholproblem (åldersgränsen var 1967 21 år, numera 20 år) utan dessa faller inom barnavårdsnämndens ansvarsområde. De fall av intravenöst missbruk, som nykterhetsnämnden kommer i kontakt med, har således som regel ursprungligen blivit kända som alkoholmissbrukare.

12. *Socialvården i förortsområdet* (69). I förortskommunerna är socialvårdsenheterna betydligt mindre än i Stockholm och de olika grenarna (socialvård, barnavård, nykterhetsvård) är nära förbundna lokalt och organisatoriskt. Rapporter från dessa organ har därför sammanförts.

13. *Infektionskliniken vid Danderyds sjukhus* (58) är den enda infektionskliniken i förortsområdet. Behandling av inokulationshepatit har i berörda förorter centrerats till denna klinik.

14. *Privatläkare* (39). I Stockholm fanns 1967 totalt 495 utövande privatpraktiker (336 heltidsarbetande) men i förorterna relativt få, totalt 140 (81 heltidsarbetande) enligt uppgifter från Föreningen Privatpraktiserande Läkare.

15. *Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare, RFHL,* (14) är en privat organisation med viss socialkurativ verksamhet.

16. *Skolorna i Stockholm* (11) hade 1967 108 427 elever, därav ca 43 000 i åldrarna 15 – 19 år (Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1968).

17. *Arbetsnämnden i Stockholm* (10) är ett organ för utbildning, omskolning och rehabilitering av personer med svårigheter att skaffa sig lämplig anställning på den öppna arbetsmarknaden.

18. *Skolorna i förortsområdet (3).* Undersökningen omfattar de kommunala skolorna. De få privatskolorna i Stockholm och förortsområdet ingår inte i undersökningen.

19. *Övriga* (20). Hit har förts rapportörer som inte med säkerhet har kunnat hänföras till någon av ovannämnda grupper.

De undersökningsvariabler som upptogs på rapporteringskorten var:

*a) bakgrundsvariabler:* kön, ålder, civilstånd, nationalitet, yrke, kommun och för Stockholms vidkommande församling;

*b) missbruksvariabler:* preparat, intagningssätt, missbruksduration (tid sedan debuten; tillfälligt, periodiskt eller vanemässigt missbruk), hepatit, alkoholmissbruk;

*c) övriga undersökningsvariabler:* grund till uppgifterna (journal- eller aktuppgifter, personlig kännedom etc), uppgifternas tillförlitlighet, uppgiftsmyndighet och uppgiftslämnarens tjänsteställning.

Frej (1969) har redovisat dessa variabler för samtliga missbruksformer sammantagna. Då syftet med denna redovisning är att belysa stickmärkesundersökningens effektivitet och representativitet visavi case-finding-uppgifter från läkarkåren, sjukvården och ett batteri av sociala organ begränsas jämförelserna här till åldersdistribution och könsproportioner för totalmaterialet av intravenöst missbruk och bidragen från olika rapporteringskällor.

3.2.5.3. *Rapporteringskällornas case-finding-kvalitet.* I stickmärkesundersökning (SMU) och vid klinikerna för behandling av serumhepatit kan man med hög grad av säkerhet påvisa aktuellt missbruk av intravenös typ, och fall där diagnosen av någon anledning inte anses helt klar noteras inte som missbrukare. Även de psykiatriska sjukhusen och klinikerna i stock-

holmsområdet torde numera vara mycket observanta på denna avancerade missbruksform.

De diagnostiska kriterierna och den diagnostiska säkerheten bör ha varierat hos olika rapporteringskällor i CFS, men en undersökning av detta ligger utanför syftet med denna studie. Vid de olika sociala organen är det inte brukligt annat än i undantagsfall – och då främst inom barnavården och kriminalvården – att be klienterna att visa upp armarna för kontroll av eventuell förekomst av stickmärken. Uppgifter om missbruk av intravenös typ grundas inom socialvården därför som regel på upplysningar från vederbörande klient, från anhöriga, från andra missbrukare etc. Då behandlingsskyldighet inte föreligger för missbrukarna och då rapporteringsskyldighet till central medicinsk myndighet vid verifierat narkotikamissbruk inte heller föreligger för läkare och socialarbetare vågar klienterna i stor utsträckning tillstå sin belägenhet. Man kan därför utgå från att socialarbetarnas kännedom om förekomsten av en så avancerad missbruksform hos sitt klientel som den intravenösa är relativt god, och den bör öka med missbrukets intensitet och duration, sannolikt även med stigande prevalens av denna missbruksform i samhället.

Många fall bör dock ha förblivit oupptäckta, men för de fall som rapporterats till CFS synes uppgifterna ha varit väl underbyggda. I hela CFS betecknade rapportörerna sina uppgifter som "tillförlitliga" i 87 % och som "osäkra" i 8 % av fallen. I 5 % av rapporterna besvarades inte denna fråga. Uppgifterna uppgavs till 97 % vara grundade på en eller flera av källorna: personlig kännedom, intervju, akt- och journalmaterial. Allmänt bör man därför kunna hävda att tillförlitligheten i de lämnade uppgifterna om injektionsmissbruk synes vara god.

3.2.5.4. *Rapporteringskällornas case-finding-kapacitet.* I tabell 14 redovisas totalfynden av intravenöst missbruk i case-finding-studien (CFS) fördelade på kön och förekomst i stickmärkesundersökningen från dess start i april 1965 till utgången av juni 1969 (fyra år och tre månader och därför betecknad $SMU_4$).

I tabell 15 lämnas en översikt över fynden i case-finding-studien (CFS) och fallens förekomst i stickmärkesundersökningen (SMU) före, under och efter case-finding-perioden. Relationerna illustreras i fig 3 (s 91).

Av de i CFS rapporterade 1 949 fallen av missbruk av intravenös typ hade inte mindre än 70,3 % (72,6 % av männen och 63,3 % av kvinnorna) diagnostiserats som intravenösa missbrukare i $SMU_4$. Enbart under case-finding-perioden rapporterades 40,6 % av samtliga individer i ca-

Tabell 14. *Män och kvinnor rapporterade i case-finding-studien fördelade på fall kända i stickmärkesundersökningen och fall okända som missbrukare i stickmärkesundersökningen (SMU4).*

| | Män | | Kvinnor | | Totalt | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *N* | % | *N* | % | *N* | % |
| Kända i SMU4 | 1 073 | 72.6 | 298 | 63.3 | 1 371 | 70.3 |
| Okända i SMU4 | 405 | 27.4 | 173 | 36.7 | 578 | 29.7 |
| | 1 478 | 100 | 471 | 100 | 1 949 | 100 |

Proportionen män som är kända i SMU4 är signifikant (***) större än proportionen kvinnor som är kända i SMU4.

se-finding-studien (42,8 % av männen och 34,0 % av kvinnorna) från SMU1/2. 17,1 % av totalmaterialet i CFS (17,1 % av männen och 17,0 % av kvinnorna) rapporterades exklusivt från SMU1/2. Enbart dessa för SMU1/2 exklusiva fall var fler än vad 17 av övriga 18 källor rapporterade. Om man exkluderar de 333 enbart från SMU1/2 rapporterade fallen i CFS var 64,2 % (1 038) av de återstående 1 616 kända i övriga SMU4 fram till mitten av 1969. Av de 632 män som diagnostiserades i SMU1/2 var 40,0 % (253) okända som intravenösa missbrukare hos samtliga andra rapporteringskällor. Av de 160 kvinnorna i SMU1/2 var hälften (80) okända hos övriga rapporteringskällor.

Av totalmaterialet i CFS var 29,7 % (29,8 % av männen och 29,3 % av kvinnorna) inte kända i SMU1/2 men diagnostiserades som missbrukare i SMU före och/eller efter CFS. I tabell 15 har särredovisning lämnats för dem som var kända enbart före, enbart efter och såväl före som efter CFS-perioden.

Endast 29,7 % av fallen i hela CFS (27,4 % av männen och 36,7 % av kvinnorna) var den 1 juli 1969 ännu odiagnostiserade som missbrukare av intravenös typ i SMU4. Av dessa resterande 578 individer, vilka som vi senare skall se främst består av mycket unga missbrukare, kommer erfarenhetsmässigt en betydande del senare att återfinnas i den fortlöpande stickmärkesundersökningen.

Totalt inkom 3 085 rapporter om missbruk av intravenös typ, 2 380 beträffande manliga och 705 beträffande kvinnliga missbrukare. Antalet rapporter per missbrukare blev 1,58 totalt eller 1,61 för män och 1,50 för kvinnor.

Tabell 15. *Missbrukare av intravenös typ rapporterade i en case-finding-studie (CFS) omfattande Storstockholm*[1] *andra halvåret 1967 och fallens förekomst i stickmärkesundersökningen (SMU) före, under och efter case-finding-perioden.*[2] Bokstavsbeteckningarna anknyter till fig 3.

| Missbrukare av intravenös typ | Män | % | Kvinnor | % | Totalt | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B *Fall rapporterade under case-finding-perioden (andra halvåret 1967)* | | | | | | |
| B Samtliga i case-finding-studien funna fall av intravenös typ | 1 478 | 100 | 471 | 100 | 1 949 | 100 |
| C+D Därav från stickmärkesundersökningen rapporterade fall | 632 | 42.8 | 160 | 34.0 | 792 | 40.6 |
| C Fall från stickmärkesundersökningen samtidigt rapporterade från annan källa | 379 | 25.7 | 80 | 17.0 | 459 | 23.5 |
| D Fall exklusiva för stickmärkesundersökningen | 253 | 17.1 | 80 | 17.0 | 333 | 17.1 |
| E *Fall kända i stickmärkesundersökningen före och/eller efter case-finding-perioden* | 441 | 29.8 | 138 | 29.3 | 579 | 29.7 |
| Enbart före (27 månader) | 115 | | 41 | | 156 | |
| Enbart efter (18 månader)[3] | 165 | | 50 | | 215 | |
| Både före och efter[3] | 161 | | 47 | | 208 | |
| C+D+E. *Kända i stickmärkesundersökningen före, under och/eller efter case-finding-perioden*[3] | 1 073 | 72.6 | 298 | 63.3 | 1 371 | 70.3 |
| F *Ej kända i stickmärkesundersökningen*[3] | 405 | 27.4 | 173 | 36.7 | 578 | 29.7 |
| Därav fall med oklar identitet | 14 | 0.9 | 5 | 1.0 | 19 | 1.0 |

[1]) Beträffande geografisk omfattning och population se avsnitt 3.2.5.1 (s 81).

[2]) Jämförelsen omfattar enbart svenska medborgare. Endast ett fåtal utländska missbrukare av denna typ rapporterades i case-finding-studien. P g a oklar identitet i ett flertal av dessa fall har de exkluderats ur denna jämförelse.

[3]) Sista året av den aktuella observationsperioden (1/7 1969–30/6 1970, d v s SMU 5-4) ingår inte i denna jämförelse.

I tabell 16 (s 92) redovisas de från olika källor rapporterade fallen i CFS samt källornas case-finding-kapacitet i relation till SMU1/2. Roslagstulls sjukhus framstod som den näst efter stickmärkesundersökningen klart effektivaste källan med drygt hälften rapporterade fall jämfört med SMU1/2. Sex källor, däribland privatläkarna, hade en case-finding-kapacitet lägre än 5 % av stickmärkesundersökningens. Anmärkningsvärt är att

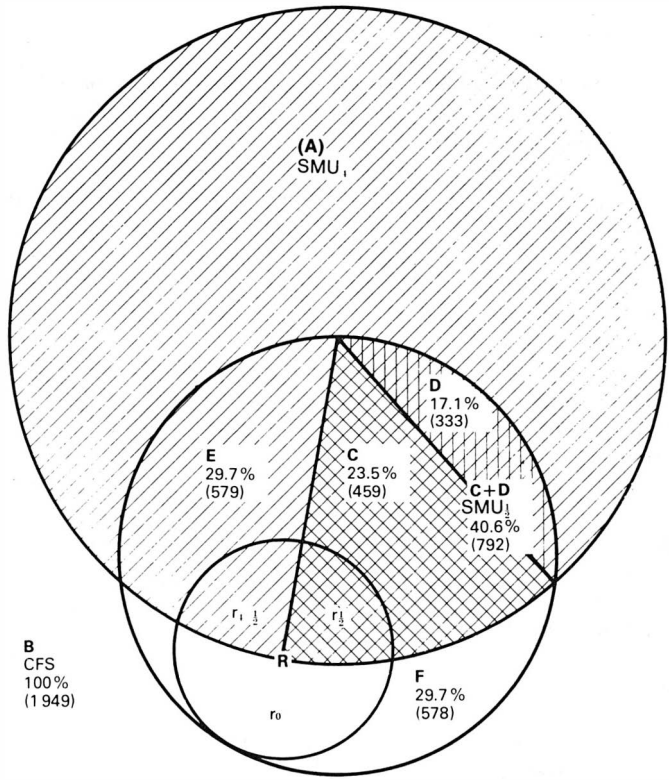



Fig 3. *Relationer mellan stickmärkesundersökningen (SMU) och case-finding-studien (CFS).*

**A.** Stickmärkesundersökningen: Individer diagnostiserade som intravenösa missbrukare under perioden april 1965 – juni 1969 = $SMU_4$.

**B.** Case-finding-studien juli 1967 – december 1967 = CFS.

**C.** Individer rapporterade både från SMU under den tid case-finding-studien pågick ($SMU^1/_2$) och annan källa i CFS.

**D.** Individer exklusivt rapporterade från $SMU^1/_2$.

**E.** Individer i CFS rapporterade från annan källa än $SMU^1/_2$ men kända som missbrukare av intravenös typ i $SMU_4$.

**F.** Individer diagnostiserade i CFS men okända i $SMU_4$.

**R.** En godtycklig rapporteringskälla i CFS med $r^1/_2$ individer rapporterade gemensamt med $SMU^1/_2$, $r_4$-$^1/_2$ individer kända i $SMU_4$ före eller efter case-finding-perioden och $r_0$ individer okända i $SMU_4$.

I den schematiska figuren har mängderna A och B och delmängderna C, D, E och F givits ytor som proportionellt svarar mot det faktiska antalet individer, som även angivits inom parentes för varje enhet. R motsvarar här den näst största case-finding-källan, Roslagstulls sjukhus, med 425 rapporterade individer varav $r^1/_2$ = 92 individer, $r_4$–$^1/_2$ = 138 individer och $r_0$ = 195 individer.

Absoluta och relativa frekvenser avser svenska medborgare, män och kvinnor sammantagna.

Tabell 16. *Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika källor i Storstockholm*[1] *andra halvåret 1967 samt källornas case-finding-effektivitet jämfört med fynden i stickmärkesundersökningen (SMU 1/2).*

| Sälla | Antal rapporterade fall andra halvåret 1967 | | | Olika källors fynd i % av fynden i SMU | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Män | Kvinnor | Totalt | Män | Kvinnor | Totalt |
| 1. Stickmärkesundersökningen (SMU 1/2) | 632 | 160 | 792 | 100 | 100 | 100 |
| 2. Roslagstulls infektionssjukhus | 320 | 105 | 425 | 50.6 | 65.6 | 53.7 |
| 3. Centralfängelset Långholmen | 299 | 19 | 318 | 47.3 | 11.9 | 40.2 |
| 4. Socialnämnden i Stockholm | 174 | 70 | 244 | 27.5 | 43.8 | 30.8 |
| 5. Barnavårdsnämnden i Stockholm | 151 | 65 | 216 | 23.9 | 40.6 | 27.3 |
| 6. Psykatriska sjukhus och kliniker | 136 | 52 | 188 | 21.5 | 32.5 | 23.7 |
| 7. "Övriga" sjukhus (andra än 2, 6, 13) | 132 | 48 | 180 | 20.9 | 30.0 | 22.7 |
| 8. Kriminalvårdens frivård | 109 | 34 | 143 | 17.2 | 21.3 | 18.1 |
| 9. Polisen i Stockholm | 100 | 33 | 133 | 15.8 | 20.6 | 16.8 |
| 10. Polisen i förortsområdet | 89 | 24 | 113 | 14.1 | 15.0 | 14.3 |
| 11. Nykterhetsnämnden i Stockholm | 95 | 14 | 109 | 15.0 | 8.8 | 13.8 |
| 12. Socialvården i förorts-området | 42 | 27 | 69 | 6.6 | 16.9 | 8.7 |
| 13. Infektionskliniken i Danderyd | 41 | 17 | 58 | 6.5 | 10.6 | 7.3 |
| 14. Privatläkare | 29 | 10 | 39 | 4.6 | 6.3 | 4.9 |
| 15. Riksförbundet för hjälp åt läke-medelsmissbrukare (RFHL) | 8 | 6 | 14 | 1.3 | 3.8 | 1.8 |
| 16. Skolorna i Stockholm | 7 | 4 | 11 | 1.1 | 2.5 | 1.4 |
| 17. Arbetsnämnden i Stockholm | 6 | 4 | 10 | 0.9 | 2.5 | 1.3 |
| 18. Skolorna i förortsområdet | – | 3 | 3 | – | 1.9 | 0.4 |
| 19. Övriga | 10 | 10 | 20 | 1.6 | 6.3 | 2.5 |

[1]) Beträffande geografisk omfattning och population se avsnitt 3.2.5.1 (s 82).

Tabell 17. *Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika källor i Storstockholm*[1] *andra halvåret 1967 och kända i stickmärkesundersökningen under tiden april 1965 – juni 1969 (SMU₄).*

| Källa | Antal rapporterade fall kända i SMU₄ | | | Procent av samtliga rapporterade fall | | | Rangordning från låg till hög överlappning |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Män | Kvinnor | Totalt | Män | Kvinnor | Totalt | |
| 2. Roslagstulls infektionssjukhus | 188 | 42 | 230 | 58.8 | 40.0 | 54.1 | 5 |
| 3. Centralfängelset Långholmen | 273 | 18 | 291 | 91.3 | 94.7 | 91.5 | 17 |
| 4. Socialnämnden i Stockholm | 130 | 41 | 171 | 74.7 | 58.6 | 70.1 | 12 |
| 5. Barnavårdsnämnden i Stockholm | 101 | 30 | 131 | 66.9 | 46.2 | 60.6 | 7 |
| 6. Psykiatriska sjukhus och kliniker | 93 | 39 | 132 | 68.4 | 75.0 | 70.2 | 13 |
| 7. "Övriga" sjukhus (andra än 2, 6, 13) | 90 | 25 | 115 | 68.2 | 52.1 | 63.9 | 9 |
| 8. Kriminalvårdens frivård | 95 | 31 | 126 | 87.2 | 91.2 | 88.1 | 16 |
| 9. Polisen i Stockholm | 88 | 28 | 116 | 88.0 | 84.8 | 87.2 | 15 |
| 10. Polisen i förortsområdet | 56 | 14 | 70 | 62.9 | 58.3 | 61.9 | 8 |
| 11. Nykterhetsnämnden i Stockholm | 61 | 10 | 71 | 64.2 | 71.2 | 65.1 | 11 |
| 12. Socialvården i förortsområdet | 29 | 20 | 49 | 69.0 | 74.1 | 71.0 | 14 |
| 13. Infektionskliniken i Danderyd | 12 | 5 | 17 | 29.3 | 29.4 | 29.3 | 1 |
| 14. Privatläkare | 17 | 8 | 25 | 58.6 | 80.0 | 64.1 | 10 |
| 15. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) | 5 | 3 | 8 | 62.5 | 50.0 | 57.1 | 6 |
| 16. Skolorna i Stockholm | 4 | 1 | 5 | 57.1 | 25.0 | 45.5 | 2 |
| 17. Arbetsnämnden i Stockholm | 1 | 4 | 5 | 16.7 | 100.0 | 50.0 | 3½ |
| 18. Skolorna i förortsområdet | 0 | 3 | 3 | – | 100.0 | 100.0 | 18 |
| 19. Övriga | 4 | 6 | 10 | 40.0 | 60.0 | 50.0 | 3½ |

[1]) Beträffande geografisk omfattning och population se avsnitt 3.2.5.1 (s 82).

skolorna inte rapporterade fler än 14 fall sammanlagt, varav 3 från förortsområdet. Det kan bero på att tillfälligt eller sporadiskt missbruk av intravenös typ i många fall sannolikt undgår upptäckt i skolorna om det inträffar under de långa intervallen mellan de regelbundna hälsoundersökningarna.

I tabell 17 (s 93) redovisas den andel av de olika källornas fynd som diagnostiserades som missbrukare av intravenös typ i stickmärkesundersökningen ($SMU_4$). Det är inte särskilt förvånande att över 90 % av de fall som rapporterades från Centralfängelset Långholmen var kända i $SMU_4$. Däremot är det anmärkningsvärt att inte mindre än 70 % av socialvårdens fall – och det gäller även socialvården i förorterna – var kända i $SMU_4$, liksom 70 % av de psykiatriska sjukhusens och klinikernas fall och inte mindre än 64 % av de fall privatpraktikerna rapporterade.

De lägsta andelarna av fall kända i $SMU_4$ har skolorna och infektionsklinikerna, de högsta har alltså kriminalvården och socialvården. Det kan också uttryckas så att skolorna och infektionsklinikerna som regel ser missbrukarna tidigt i deras missbrukskarriär, medan kriminalvården och socialvården främst ser dem sent i missbrukskarriären. SMU täcker som vi skall se både det tidiga och det sena stadiet i missbrukskarriären.

I fig 4 (s 95) demonstreras de olika rapporteringskällornas fynd i relation till SMU med fraktionerna a) samtidigt med $SMU_{1/2}$ rapporterade fall ($r_{1/2}$), b) före och/eller efter case-finding-perioden kända fall i SMU ($r_{4-1/2}$) och c) i $SMU_4$ okända fall fram till mitten av 1969 ($r_0$).

3.2.5.5. *Fall rapporterade från andra källor och nydiagnostiserade i stickmärkesundersökningen efter case-finding-perioden.* Vid Case-finding-periodens slut var 793 (578+165+50) av de 1 616 (1949–333) från övriga källor rapporterade missbrukarna okända som missbrukare i stickmärkesundersökningen. Av tabell 15 (s 90) framgår att under de sex efter case-finding-periodens slut resterande kvartalen av $SMU_4$ nydiagnostiserades som missbrukare 215 av de 793 tidigare okända missbruksfallen (165 män och 50 kvinnor).

Hur snabb nydiagnostiseringen av missbrukare kända från andra källor har varit illustreras utförligare i fig 5 (s 95), där inregistreringsförloppet kan följas för totalt tio kvartal, d v s även för de fyra senaste kvartalen av $SMU_5$. I tabell 18 (s 97) presenteras materialet åldersklassat på cohortgrupper om fem år. Vid halvårsskiftet 1970 hade sammanlagt 263 av de 793 fallen diagnostiserats i SMU. Det sista halvåret hade då endast 13 manliga och sex kvinnliga missbrukare ur denna restgrupp

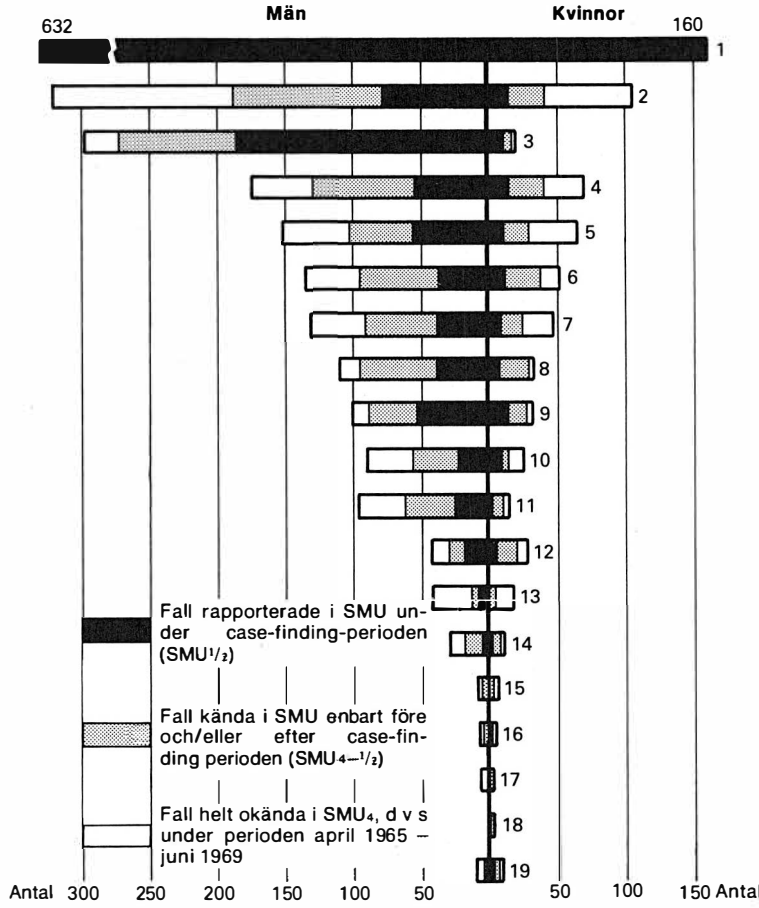



Fig 4. *Antal missbrukare av intravenös typ rapporterade från olika case-finding-källor i Storstockholm andra halvåret 1967 i relation till fynden i stickmärkesundersökningen.*

1. SMU1/2; 2. Roslagstull; 3. Långholmen; 4. Socialn i Sthlm; 5. Barnavården i Sthlm; 6. Psykiatriska sjh mm; 7. "Övriga" sjukhus (andra än 2, 6, 13); 8. Kriminalvårdens frivård; 9. Polisen i Sthlm; 10. Polisen utom Sthlm; 11. Nykterhetsnämnden i Sthlm; 12. Socialvården utom Sthlm; 13. Inf klin i Danderyd; 14. Privatläkare; 15. RFHL; 16. Skolorna i Sthlm; 17. Arbetsnämnden i Sthlm; 18. Skolorna utom Sthlm; 19. Övriga.

nydiagnostiserats i SMU. Nydiagnostiseringstakten hade då fallit så lågt att man kunde förutsäga att endast en mindre del av restgruppen skulle komma att ses senare i stickmärkesundersökningen.

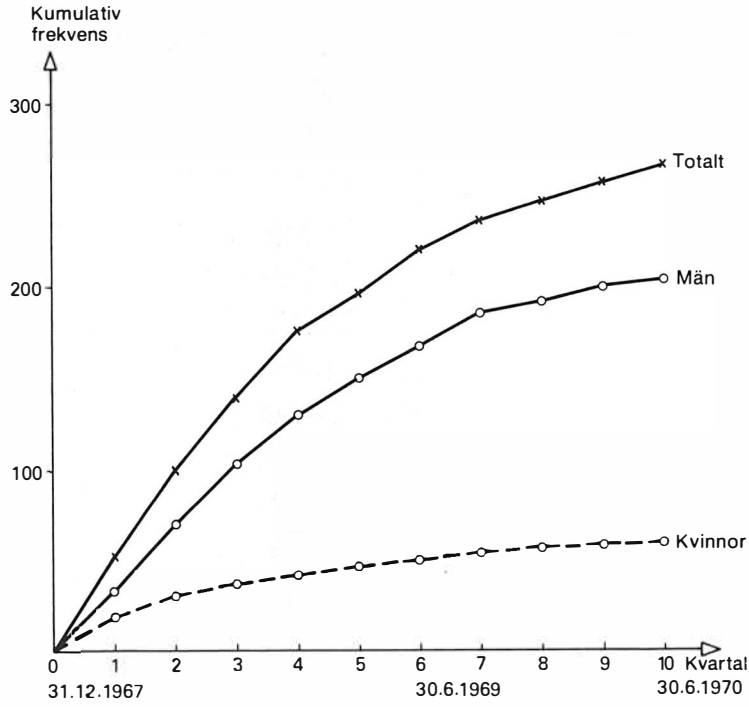



Fig 5. *Individer kända som missbrukare i CFS vid case-finding-periodens slut och nydiagnostiserade i stickmärkesundersökningen efter olika antal kvartal.*

Av de 530 fall som efter 30 månader fortfarande var okända som missbrukare i SMU var elva kända som misstänkta missbrukare alternativt vägrare och tio var kända under case-finding-perioden som icke-missbrukare vid flera tillfällen. Fyra tidigare i SMU kända som icke-missbrukare var döda och 19 hade en oklar identitet. Således återstår 486 fall som var oregistrerade i SMU5. Denna grupp är särskilt intressant, då den representerar en väsentlig del av mörkertalet i stickmärkesundersökningen. Man kan förmoda att gruppen till betydande del utgöres av lindrigare fall, av tillfällighetsmissbrukare och av personer som är mindre kriminellt aktiva än individerna i stickmärkesundersökningen. Likaså bör de i större utsträckning än övriga vara hemmahörande i förortsområdet, där eventuella polisiära omhändertaganden sker vid de lokala polisstationerna utanför stockholmsdistriktet. Gruppen utgöres också främst av yngre missbrukare. 417 (271 manliga och 146 kvinnliga) av de 486 i SMU5 okända var yngre än 30 år, d v s födda åren 1938–1952. Av de 486

Tabell 18. *Män respektive kvinnor okända i stickmärkesundersökningen och kända i annan källa vid case-finding-periodens slut men därefter nydiagnostiserade i stickmärkesundersökningen;fördelade på födelseår och diagnostiseringskvartal.*

| År och kvartal | Födelseår | | | | | | | | Frekvens | Kumulativ frekvens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1922 | 1923–1927 | 1928–1932 | 1933–1937 | 1938–1942 | 1943–1947 | 1948–1952 | 1953 | | |
| *Män* | | | | | | | | | | |
| 1968: I | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 13 | 10 | | 32 | 32 |
| II | | 1 | 1 | 5 | 4 | 9 | 17 | | 37 | 69 |
| III | | 1 | 1 | 4 | 8 | 10 | 8 | 1 | 33 | 102 |
| IV | | 1 | 1 | 1 | 4 | 7 | 11 | | 25 | 127 |
| 1969: I | | 2 | | 2 | 3 | 10 | 4 | | 21 | 148 |
| II | | | 1 | 3 | 2 | 8 | 3 | | 17 | 165 |
| III | | 1 | 1 | | 2 | 3 | 9 | | 16 | 181 |
| IV | | | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | | 8 | 189 |
| 1970: I | | | | | 2 | 4 | 2 | | 8 | 197 |
| II | | | | | 2 | 1 | 2 | | 5 | 202 |
| Frekvens | 1 | 7 | 8 | 17 | 33 | 66 | 69 | 1 | 202 | 202 |
| *Kvinnor* | | | | | | | | | | |
| 1968: I | | 1 | | 2 | 3 | 2 | 10 | | 18 | 18 |
| II | | | 1 | | | 3 | 6 | 1 | 11 | 29 |
| III | | | | 1 | | 3 | 3 | | 7 | 36 |
| IV | | | | 1 | | 3 | 1 | | 5 | 41 |
| 1969: I | | | | | | 2 | 2 | | 4 | 45 |
| II | | | 1 | 1 | 1 | | 2 | | 5 | 50 |
| III | | | | 1 | 1 | | | | 2 | 52 |
| IV | | | | | 2 | 1 | | | 3 | 55 |
| 1970: I | | | | | 1 | 1 | | | 2 | 57 |
| II | | | | | | 2 | 2 | | 4 | 61 |
| Frekvens | 0 | 1 | 2 | 6 | 8 | 17 | 26 | 1 | 61 | 61 |

fallen var inte mindre än 194 (116 män och 78 kvinnor), d v s 40 %, rapporterade från hepatitkliniken vid Roslagstulls sjukhus.

3.2.5.6. *Variabler.* Åldersfördelning och könsproportioner är mycket varierande men informativa parametrar beträffande narkomaner av olika genes. Brill (1966, 1968) påpekar att narkomaner av terapeutisk typ som regel är över 30 år, att de har en medelålder av omkring 40 år samt att

män och kvinnor är lika frekventa i denna grupp. Däremot är vad Brill kallar "nonmedical addicts" – med min terminologi narkomaner av epidemisk typ (Bejerot 1968*a*, 1970*a*) – huvudsakligen i åldrarna "18–30 år (medelålder 27), med (upp till) 6–8 män för varje kvinna i denna grupp". Narkomani av intravenös typ har veterligen aldrig dokumenterats som komplikation till medicinsk behandling men är någon enstaka gång självetablerad i medicinska yrken. Intravenöst missbruk initieras eljest undantagslöst av redan etablerade missbrukare.

Åldersfördelningen bland narkomaner av epidemisk typ kan undergå mycket snabba förändringar inom kort tidsrymd. Detta återspeglar olika faser i missbrukets utbredning. När en ny typ av missbruk börjar breda ut sig i ett samhälle och emanerar från samma initierande missbrukare eller grupp av missbrukare är åldersspridningen till följd av de personliga kontaktkedjorna snäv (de Alarcón 1969) och breddas först senare i anslutning till att missbruket blir mera allmänt (Bejerot 1970*a*).

Primärdata för andra intressanta variabler i case-finding-studien, exempelvis missbrukets varaktighet, är så ofullständiga och osäkra att de inte lämpar sig för jämförelser mellan olika grupper i materialet.

Av ovanstående skäl inriktas jämförelserna på medelålder, åldersfördelning och könsproportioner i material från olika källor och fraktioner av dessa material. Det ligger i sakens natur att skolor och barnavårdande organ kommer i kontakt med väsentligt yngre missbrukare än andra källor, men även här kan värdefull information erhållas ur studiet av könsproportionerna i olika fragment av materialen.

3.2.5.7. *Åldersfördelning.* Åldern har i denna jämförelse beräknats med utgångspunkt från födelseåret bortsett från exakt individuell födelsetid. Personer födda 1947 har således skattats till 20 år den 1 juli 1967. Då case-finding-studien omfattade andra halvåret 1967 och således centrerades kring den 1 oktober har 0,25 år adderats till alla presenterade värden.

Medelåldern är i hela case-finding-materialet 26,3 ± 0,2 år för de 1 478 männen och 23,3 ± 0,3 för de 471 kvinnorna. Åldersdifferensen svarar väl mot skillnaden i giftasålder vid första äktenskapet i Sverige: 25,9 år för män och 23,4 år för kvinnor (Statistisk Årsbok för Sverige 1968) och illustrerar den vanliga åldersdifferensen mellan kontrahenterna, såväl bland missbrukare som andra.

Medianåldern är för männen 24,9 och för kvinnorna 21,9 år. 21 % av männen och 38 % av kvinnorna är under 20 år, 74 % av männen och

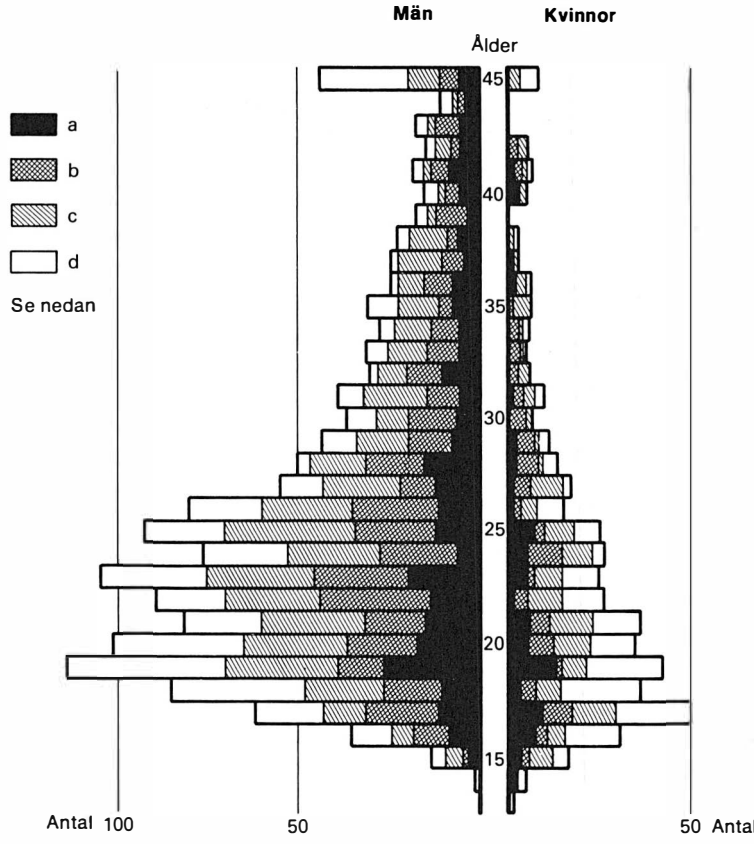



Fig 6. *Åldersfördelning i hela case-finding-materialet och dess relation till stickmärkesundersökningen.*
Fyra fraktioner har markerats: *a)* fall exklusivt rapporterade från SMU½, *b)* fall samtidigt rapporterade från SMU½ och annan källa, *c)* fall rapporterade från annan källa än SMU½ men kända i övriga SMU4, *d)* fall okända i SMU4.

86 % av kvinnorna under 30 år. Endast 8 % av männen och 3 % av kvinnorna är 40 år eller äldre. Den yngsta rapporterade intravenösa missbrukaren var 13 år, den äldsta 75 år.

Hela materialet fördelat på ålder och kön presenteras i ålderspyramiden i fig 6 med stickmärkesundersökningens olika fraktioner markerade. Det är främst i åldrarna upp till 25 år som en betydande del av missbrukarna ännu är okända i stickmärkesundersökningen.

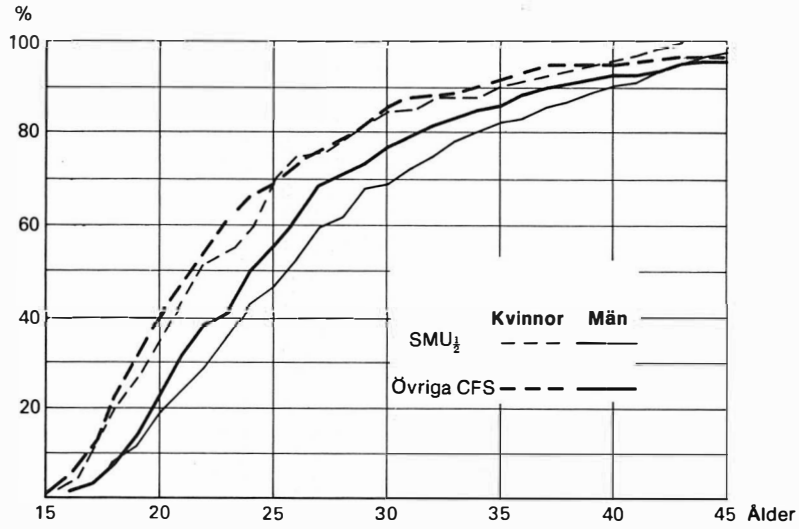



Fig 7. *Kumulativ procentuell åldersfördelning för individer diagnostiserade i stickmärkesundersökningen (SMU1/2) och för individer rapporterade från samtliga övriga källor i case-finding-studien (CFS).*

Med stigande ålder förlängs givetvis expositionstiden både för att begå brott och för att bli tagen av polisen. Därför bör äldre missbrukare i större utsträckning än yngre vara kända i stickmärkesundersökningen. Därtill kommer att de äldre intravenösa missbrukare, som debuterade när missbruket var mycket ovanligt, kan ha rekryterats bland mera avvikande, socialt missanpassade och kriminellt belastade personer än de yngre och att de senare således i viss mån kan utgöra en mindre belastad selektion än de äldre. Denna frågeställning har inte studerats men bör bli föremål för analys i det fortsatta arbetet med stickmärkesundersökningen.

Vid direkta åldersjämförelser mellan case-finding-studien (CFS) och stickmärkesundersökningen (SMU1/2) kan allmänt sägas att materialen följer varandra ganska väl. I fig 7 ovan, som illustrerar åldersrelationerna mellan SMU1/2 och övriga case-finding-källor, har stickmärkesundersökningens bidrag under case-finding-perioden separerats från fallen rapporterade från övriga case-finding-källor. De yngsta missbrukarnas underrepresentation i SMU1/2 kan här enkelt avläsas för olika åldersnivåer.

Medan 19 % av de män som diagnostiserades i SMU½ var under 20 år var motsvarande andel för männen i det övriga CFS-materialet 23 %. Bland kvinnorna var 35 % i SMU½ under 20 år mot 40 % i det övriga materialet.

En procentuell, kumulativ åldersfördelning av hela CFS-materialet och dess olika fraktioner och källor har studerats. 52 % av männen och 69 % av kvinnorna var under 25 år, 85 % av männen och 92 % av kvinnorna under 35 år.

Bland de fall som var okända som missbrukare i stickmärkesundersökningen (SMU½) var 29 % av männen och 50 % av kvinnorna under 20 år. 38 % av de män och 60 % av de kvinnor som rapporterades från hepatitkliniken vid Roslagstulls sjukhus var under 20 år.

Åldern för de intravenösa missbrukare, som rapporterades från socialvården i förortsområdet, var mycket låg. Inte mindre än 52 % av kvinnorna (av 27 individer) och 60 % av männen (av 42 individer) var under 20 år.

I hela materialet var 38 % av kvinnorna och 21 % av männen under 20 år. Överrepresentationen för missbrukare under 20 år i förortsområdet är signifikant (***) för männen men inte för kvinnorna.

Den stora andelen mycket unga manliga missbrukare kända i förortsområdet bör vara resultatet av en relativt sen missbrukspridning till dessa områden; debuten sker som regel tidigt och 1967 hade man i dessa områden helt enkelt inte hunnit få någon större grupp av äldre missbrukare.

Att de yngre kvinnliga missbrukarna i Stockholm utgör en större andel av totalgruppen missbrukare av sitt kön än männen i samma åldersgrupp bör ses mot bakgrunden av att de i regel umgås med – och ofta har initierats i missbruket av – manliga missbrukare som är några år äldre än de själva. När man så småningom får en stam äldre missbrukare också i förortsområdet bör åldersmönster och könsproportioner närma sig motsvarande för Stockholm.

En deskription av de olika case-finding-källornas material lämnas i tabell 19. Medelåldern i stickmärkesundersökningen är för både män och kvinnor praktiskt taget densamma som i hela CFS-materialet. Medan männen är några år äldre i majoriteten av rapporteringskällorna gäller det omvända förhållandet för centralfängelset på Långholmen och kriminalvårdens frivårdsklientel samt beträffande medianåldern även socialvården i förortsområdet. Materialet från vissa intressanta källor skall senare belysas närmare.

Tabell 19. *Case-finding-studien: Antal, medianålder, medelålder och medelfel för fall rapporterade från olika case-finding-källor, rangordnade efter källornas case-finding-kapacitet.* [1]

| Rapporteringskälla | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Median-ålder | Medel-ålder | Medel-fel | Antal | Median-ålder | Medel-ålder | Medel-fel |
| 1. Stickmärkesundersökningen (SMU[1/2]) | 632 | 24.8 | 26.9 | 0.3 | 160 | 21.1 | 23.4 | 0.5 |
| 2. Roslagstulls sjukhus | 320 | 20.7 | 22.8 | 0.4 | 105 | 18.3 | 20.1 | 0.4 |
| 3. Centralfängelset Långholmen | 299 | 25.8 | 28.4 | 0.4 | 19 | 27.8 | 31.3 | 2.1 |
| 4. Socialnämnden i Sthlm | 174 | 25.8 | 28.1 | 0.6 | 70 | 23.6 | 25.3 | 0.7 |
| 5. Barnavårdsnämnden i Stockholm | 151 | 18.2 | 18.6 | 0.1 | 65 | 17.3 | 18.4 | 0.2 |
| 6. Psykiatriska sjukhus och kliniker | 136 | 28.5 | 31.0 | 0.7 | 52 | 23.8 | 25.4 | 0.9 |
| 7. "Övriga" sjukhus (andra än 2, 6, 13) | 132 | 25.6 | 27.6 | 0.6 | 48 | 22.0 | 25.6 | 1.2 |
| 8. Kriminalvårdens frivård | 109 | 24.4 | 26.7 | 0.6 | 34 | 25.0 | 28.2 | 1.2 |
| 9. Polisen i Stockholm | 100 | 23.5 | 26.0 | 0.8 | 33 | 23.5 | 24.8 | 1.2 |
| 10. Polisen i förortsområdet | 89 | 23.8 | 26.5 | 0.7 | 24 | 23.8 | 27.0 | 2.1 |
| 11. Nykterhetsnämnden i Stockholm | 95 | 25.4 | 29.3 | 0.9 | 14 | 25.3 | 30.1 | 2.5 |
| 12. Socialvården i förortsområdet | 42 | 18.6 | 21.0 | 0.8 | 27 | 18.8 | 20.9 | 1.3 |
| 13. Infektionskliniken vid Danderyds sjukhus | 41 | 22.2 | 23.5 | 1.0 | 17 | 18.8 | 20.7 | 1.5 |
| 14. Privatläkare | 29 | 25.8 | 29.6 | 1.9 | 10 | 24.3 | 30.5 | 5.4 |
| 15. RFHL | 8 | 21.3 | 25.8 | 2.6 | 6 | 21.3 | 22.4 | 1.8 |
| 16. Skolorna i Stockholm | 7 | 16.8 | 18.1 | 0.9 | 4 | 14.8 | 16.0 | 1.1 |
| 17. Arbetsnämnden i Stockholm | 6 | 26.3 | 33.1 | 4.4 | 4 | 24.3 | 26.3 | 1.6 |
| 18. Skolorna i förortsområdet | | | | | 3 | 14.8 | 15.9 | 0.7 |
| 19. Övriga | 10 | 19.3 | 21.6 | 1.5 | 10 | 22.8 | 23.6 | 1.9 |
| Hela case-finding-studien | 1478 | 23.9 | 26.3 | 0.2 | 471 | 20.9 | 23.3 | 0.3 |

[1] Totalmaterial, alltså även fallen 45 år och äldre.

I fig 3 (s 91) demonstrerades grafiskt stickmärkesundersökningens bidrag till case-finding-studien och relationerna till andra rapporteringskällor. Antalet män och kvinnor i olika fraktioner av materialet samt medelålder och medelfel för fraktionerna har beräknats och presenteras i bilaga 4 A tillsammans med utförda signifikansprövningar. De viktigaste resultaten refereras nedan.

De manliga missbrukare som var okända i polisklientelet ($SMU_4$) hade en medelålder av 25,6 år och var signifikant (*) yngre än männen i bidraget från $SMU^1/_2$ (26,9 år). De män som exklusivt rapporterades från $SMU^1/_2$ var ännu äldre (27,4 år). De i $SMU_4$ okända männen var signifikant (*) yngre än samtliga av de i CFS rapporterade män som var kända i $SMU_4$.

För kvinnorna föreligger en signifikant (*) lägre medelålder för dem som rapporterades exklusivt från $SMU^1/_2$ (22,3 år) jämfört med dem som rapporterades samtidigt från $SMU^1/_2$ och annan källa (24,5 år). Anledningen till detta torde vara att ett relativt stort inslag av injicerande ungdomsvårdsskoleflickor diagnostiseras i samband med permissioner eller rymningar till Stockholm. Dessa fall är som regel inte längre aktuella vid barnavårdsnämnden, då vårdansvaret övergått till socialstyrelsen. Därtill kommer att flickorna brukar begäras återförpassade redan innan de påträffats av polisen (de är efterlysta) och följaktligen inte kommer i kontakt med de sociala organen. De i $SMU_4$ okända kvinnorna hade en signifikant (**) lägre medelålder (21,8 år) än de som rapporterades från $SMU^1/_2$ och annan källa samtidigt (24,5 år). Detta torde till stor del bero på det mycket unga klientel som rapporterades från hepatitklinikerna. De i polisklientelet kända kvinnorna ($SMU_4$) var signifikant (**) äldre (24,1 år) än de i polisklientelet okända (21,8 år).

3.2.5.8. *Könsproportioner.* När det gäller narkomani av terapeutisk typ brukar proportionen män till kvinnor som nämnts hålla sig mycket nära 1:1, medan männen alltid dominerar i missbruk av epidemisk typ (Brill 1966, 1968).

Graden av manlig dominans bör förväntas variera med viss lagbundenhet, dels med ålder, dels över tid och slutligen med graden av social belastning. En närmare analys av könskvoterna i CFS och SMU är således av stort intresse. I tabell 20 A (s 104) återges absoluta tal och könsproportioner för de intravenösa missbrukarna i CFS och SMU och i tabell 20 B (s 104) har de indelats i femårsklasser.

Tabell 20 A. *Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor i relation till stickmärkesundersökningen samt gjorda jämförelser och resultaten av dessa.*

| Källor och källfraktioner | | Könskvot män/kvinnor | Jämförelse | Signifikans |
|---|---|---|---|---|
| B.[1] | Case-finding-studien juli-december 1967 = CFS | 3.14<br>1 478/471 | — | — |
| C. | Fall samtidigt rapporterade från SMU½ och annan källa | 4.74<br>379/80 | C och D | * |
| F. | Fall okända i SMU₄ | 2.34<br>405/173 | C och F | *** |
| D. | Fall exklusivt rapporterade från SMU½ | 3.16<br>253/80 | D och F | — |
| C+D. | SMU½:s bidrag till CFS | 3.95<br>632/160 | (C+D) och F | *** |
| C+D+E. | Fall rapporterade i CFS och kända i SMU₄ | 3.60<br>1 073/298 | (C+D+E) och F | *** |

[1]) Beträffande bokstavsbeteckningen se fig 3 (s 91).

Tabell 20 B. *Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor uppdelade på åldersgrupper och källfraktioner i relation till stickmärkesundersökningen.*

| Källor och källfraktioner | Könskvot män/kvinnor | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ålder –14 | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45– |
| B.[1] | 0.20<br>1/5 | 1.78<br>311/175 | 3.13<br>457/146 | 4.03<br>322/80 | 5.96<br>161/27 | 7.01<br>113/16 | 4.60<br>69/15 | 6.29<br>44/7 |
| C. | –<br>0/0 | 3.79<br>72/19 | 3.59<br>115/32 | 5.67<br>85/15 | 6.86<br>48/7 | 11.67<br>35/3 | 4.75<br>19/4 | –<br>5/0 |
| F. | –<br>0/2 | 1.38<br>116/84 | 2.79<br>134/48 | 2.65<br>69/26 | 4.00<br>28/7 | 19.00<br>19/1 | 14.00<br>14/1 | 6.25<br>25/4 |
| D. | –<br>0/2 | 1.29<br>45/35 | 3.14<br>69/22 | 4.31<br>56/13 | 31.00<br>31/1 | 7.67<br>23/3 | 6.00<br>24/4 | –<br>5/0 |
| C+D. | –<br>0/2 | 2.17<br>117/54 | 3.41<br>184/54 | 5.04<br>141/28 | 9.88<br>79/8 | 9.66<br>58/6 | 5.38<br>43/8 | –<br>10/0 |
| C+D+E. | 0.33<br>1/3 | 2.14<br>195/91 | 3.30<br>323/98 | 4.69<br>253/54 | 6.65<br>133/20 | 6.27<br>94/15 | 3.93<br>55/14 | 6.33<br>19/3 |

[1]) Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 (s 91).

I totalmaterialet från case-finding-studien är proportionen män till kvinnor 3,14:1 och för fallen som rapporterades exklusivt från SMU$^1/_2$ var den 3,16:1. Fallen samtidigt rapporterade från SMU$^1/_2$ och annan källa hade könskvoten 4,74 och skiljer sig signifikant (*) från fallen exklusivt rapporterade från SMU$^1/_2$ och även signifikant (***) från fallen helt okända i SMU$_4$, vilka hade en så låg könskvot som 2,34. Likaså skiljer sig de i SMU$_4$ okända fallen signifikant (***) från könskvoten 3,95 i bidraget från SMU$^1/_2$ och signifikant (***) från fallen rapporterade i CFS och kända i SMU$_4$, där könskvoten var 3,60 (tabell 20 A).

Den manliga dominansen tilltar markant med ökad ålder i hela materialet och olika fraktioner av detta (tabell 20 B). Tolkningen av detta fenomen sönderfaller i många komponenter:

*a)* Att flickorna t o m överväger bland de yngsta missbrukarna bör främst ha sin grund i att de är tidigare utvecklade än jämnåriga pojkar och ofta umgås med och socialt korresponderar mot några år äldre manliga kamrater (eventuellt missbrukare).

*b)* Debuten i intravenöst missbruk representerar ett avancerat normbrott; männen dominerar erfarenhetsmässigt starkt i sådana sammanhang.

*c)* Andelen kvinnor bör förväntas öka över tid allteftersom en ny missbruksform breder ut sig; en missbruksdebut senare i epidemiförloppet representerar ett mindre normbrott än en debut då epidemin är ung och få är indragna.

*d)* En rad äldre manliga missbrukare, som debuterat för länge sedan, då det kvinnliga inslaget ännu var lågt, bör bidra till att öka den manliga dominansen i de högre åldersgrupperna.

*e)* Även om injektionsepidemin expanderat kraftigt i yngre åldrar och den manliga dominansen där bör ha minskat representerar injektionsdebut i medelåldern fortfarande ett mera avancerat normbrott än debut under ungdomsåren. Av den anledningen bör även nytillkomna missbrukare i de högre åldersgrupperna domineras av män.

Analysen av könsproportionerna talar också för att den manliga dominansen blir mera uttalad ju mer kriminellt och socialt belastad en population eller fraktion är.

*a)* Den lägsta proportionen män/kvinnor (2,34) förekommer bland dem som är okända i stickmärkesundersökningen under hela jämförelseperioden 1965–69 (SMU$_4$), d v s bland dem som inte observerats i polisklientelet.

*b)* Den näst lägsta könskvoten (3,14) återfinnes i case-finding-studiens totalmaterial.

*c)* Fall exklusivt kända i SMU½ – och således okända hos alla andra rapporteringskällor – har en könskvot av samma storleksordning (3,16) som case-finding-studiens totalmaterial.

*d)* Bland samtliga som diagnostiserats i SMU½ (632 män och 160 kvinnor) var könskvoten 3,95 (mot 3,14 i hela CFS-materialet).

*e)* Den högsta könskvoten (4,74) finns bland dem som kan förväntas vara socialt hårdast belastade: De som under den halvårslånga case-finding-perioden rapporterades både från stickmärkesundersökningen och annan källa.

3.2.5.9. *Olika rapporteringskällor versus stickmärkesundersökningen.* Jämförelser mellan stickmärkesundersökningen och andra rapporteringskällor och mellan dessa inbördes ger betydande information om injektionsmissbrukets omfattning och fördelning på ålder och kön samt olika myndigheters kännedom om missbrukarklientelet.

I tabell 19 (s 102) angavs medelåldern i materialet från samtliga källor. Medelåldern i stickmärkesundersökningen ligger mycket nära medelåldern i hela CFS-materialet, medan stora skillnader föreligger mellan olika rapporteringskällor. Förutom skolor och barnavårdsorgan är det som nämnts hepatitklinikerna som har ett stort inslag av unga injicerande missbrukare. De psykiatriska sjukhusen liksom "övriga sjukhus" och privatläkare når dem betydligt senare i missbrukskarriären än stickmärkesundersökningen.

I tabell 21 redovisas de olika case-finding-källornas kvantitativa relationer till stickmärkesundersökningen för olika fraktioner och överlappningar. Som synes är det hepatitkliniker, barnavårdsorgan och skolor, d v s källorna med det yngsta klientelet, som har de största andelarna av fall okända i SMU4.

Av utrymmesskäl skall den fortsatta särredovisningen av rapporteringskällorna inskränkas till jämförelser mellan stickmärkesundersökningens fynd och de ur representativitetssynpunkt mest intressanta källorna, vilka är de som har hög case-finding-kapacitet och samtidigt låg överlappning med SMU. Liksom tidigare koncentreras jämförelsen till medelålder och könsproportioner. Materialets fraktioner har presenterats grafiskt i fig 3 (s 91) och de aktuella jämförelserna presenteras i bilaga 4 B.

Tabell 21. *Individer redovisade från olika rapporteringskällor i case-finding-studien relaterade till fynden i stickmärkesundersökningen. Fraktionerna i procent av rapporterade fall från respektive källa.*

| Rapporteringskälla | Män | | | | | Kvinnor | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Överlappningsprocent | | | | Antal | Överlappningsprocent | | | |
| | $R$[1] | $r_{\frac{1}{2}}$ | $r_{4-\frac{1}{2}}$ | $r_4$ | $r_0$ | $R$ | $r_{\frac{1}{2}}$ | $r_{4-\frac{1}{2}}$ | $r_4$ | $r_0$ |
| 1. Stickmärkesundersökningen | 632 | 60.0 | – | – | – | 160 | 50.0 | – | – | – |
| 2. Roslagstulls sjukhus | 320 | 24.1 | 34.7 | 58.8 | 41.3 | 105 | 14.3 | 25.7 | 40.0 | 60.0 |
| 3. Centralfängelset Långholmen | 299 | 62.5 | 28.8 | 91.3 | 8.7 | 19 | 68.4 | 26.3 | 94.7 | 5.3 |
| 4. Socialnämnden i Stockholm | 174 | 31.0 | 43.7 | 74.7 | 25.3 | 70 | 22.9 | 35.7 | 58.6 | 41.4 |
| 5. Barnavårdsnämnden i Stockholm | 151 | 32.5 | 34.4 | 66.9 | 33.1 | 65 | 18.5 | 27.7 | 46.2 | 53.8 |
| 6. Psykiatriska sjukhus och kliniker | 136 | 26.5 | 41.9 | 68.4 | 31.6 | 52 | 25.0 | 50.0 | 75.0 | 25.0 |
| 7. "Övriga" sjukhus (andra än 2,6,13) | 132 | 28.0 | 40.2 | 68.2 | 31.8 | 48 | 18.8 | 33.3 | 52.1 | 47.9 |
| 8. Kriminalvårdens frivård | 109 | 33.9 | 53.2 | 87.2 | 12.8 | 34 | 35.3 | 55.9 | 91.2 | 8.8 |
| 9. Polisen i Stockholm | 100 | 51.0 | 37.0 | 88.0 | 12.0 | 33 | 42.4 | 42.4 | 84.8 | 15.2 |
| 10. Polisen i förortsområdet | 89 | 24.7 | 38.2 | 62.9 | 37.1 | 24 | 37.5 | 20.8 | 58.3 | 41.7 |
| 11. Nykterhetsnämnden i Stockholm | 95 | 25.3 | 38.9 | 64.2 | 35.8 | 14 | 7.1 | 64.3 | 71.4 | 28.6 |
| 12. Socialvården i förortsområdet | 42 | 40.5 | 28.6 | 68.0 | 31.0 | 27 | 22.2 | 51.9 | 74.1 | 25.9 |
| 13. Infektionskliniken i Danderyd | 41 | 17.1 | 12.2 | 29.3 | 70.7 | 17 | – | 29.4 | 29.4 | 70.6 |
| 14. Privatläkare | 29 | (17.2)[2] | (41.4) | (58.6) | (41.4) | 10 | (20.0) | (60.0) | (80.0) | 20.0 |
| 15. RFHL | 8 | (12.5) | (50.0) | (62.5) | (37.5) | 6 | (16.7) | (33.3) | (50.0) | (50.0) |
| 16. Skolorna i Stockholm | 7 | (14.3) | (42.9) | (57.1) | (42.9) | 4 | – | (25.0) | (25.0) | (75.0) |
| 17. Arbetsnämnden i Stockholm | 6 | – | (16.7) | (16.7) | (83.3) | 4 | – | (100.0) | (100.0) | – |
| 18. Skolorna i förortsområdet | 0 | – | – | – | – | 3 | (33.3) | (66.7) | (100.0) | – |
| 19. Övriga | 10 | (20.0) | (20.0) | (40.0) | (60.0) | 10 | (40.0) | (20.0) | (60.0) | (40.0) |

[1]) Beträffande bokstavsbeteckningen se fig 3 s 91.
[2]) Procenttal inom parentes baseras på extremt låga värden.

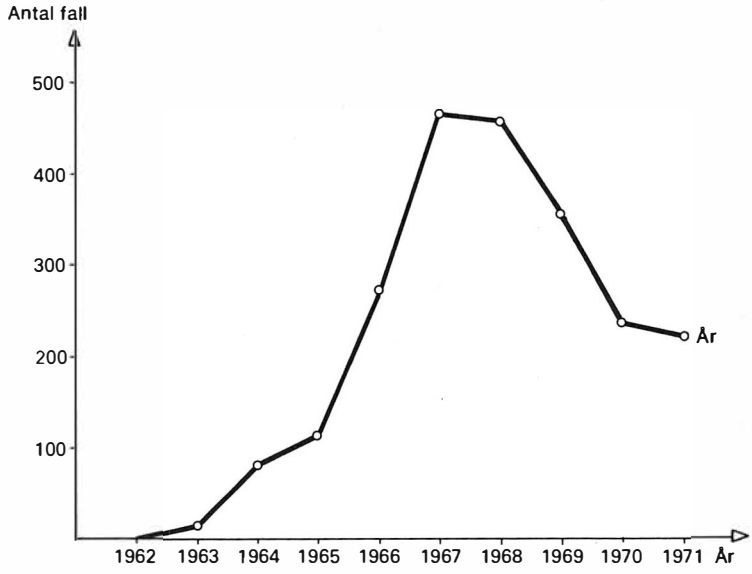



Fig 8. *Antal fall av narkomanhepatit vårdade vid Roslagstulls sjukhus 1962–1971 (efter Ström 1972).*

*a) Roslagstulls sjukhus.* Hepatitklientelet 1967 var i alla fraktioner signifikant yngre än de i stickmärkesundersökningen diagnostiserade missbrukarna (bilaga 4 C och D). Detta förhållande måste belysas ur ett tidsperspektiv för att helt förstås. Däremot finns det i hepatitmaterialet ingen signifikant skillnad i ålder varken för kvinnor eller män mellan dem som förblivit okända i SMU$_4$ och dem som blev kända både i CFS och SMU$^1/_2$.

I november 1962 diagnostiserades vid Roslagstulls sjukhus det första kända fallet i Sverige av serumhepatit (hepatit B) hos en intravenös missbrukare (Agell et al 1965). Vid utgången av 1971 hade 2 216 intavenösa missbrukare vårdats för hepatit vid detta sjukhus (Ström 1972). Fallens distribution i tiden återges i fig 8.

När de första hepatitfallen inträffade fanns det, som senare visas i kapitlet om incidensen av injektionsmissbruket, en betydande grupp intravenösa missbrukare i Stockholm. Dessa saknade immunitet mot serumhepatit. Även om incidensen av injektionsmissbruk ökade kraftigt under 1960–talet har hepatitfallen under en period ökat ännu kraftigare, allteftersom den stora, tidigare inte hepatitdrabbade missbrukarpopulationen inokulerats.

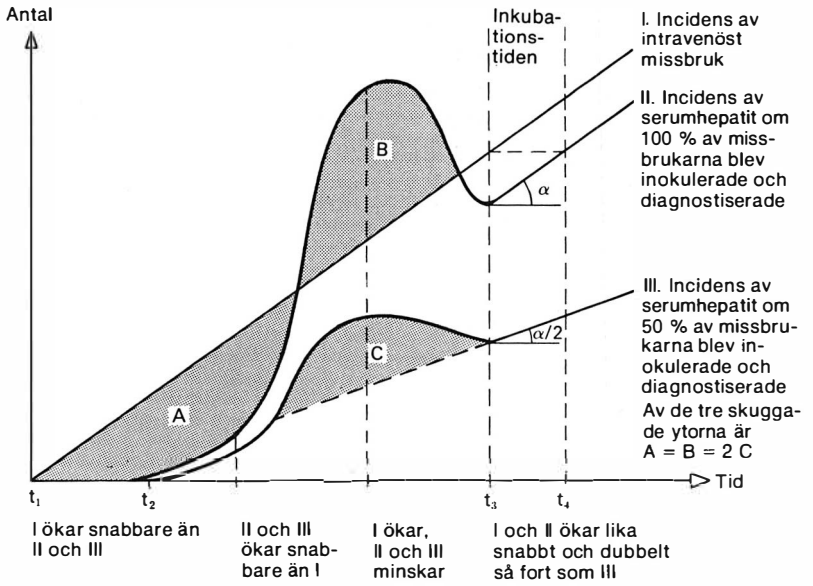



Fig 9. *Schematisk illustration av relationer mellan en simulerad konstant incidensökning av intravenöst missbruk och incidens av serumhepatit i en tidigare immunologiskt oskyddad missbrukarpopulation.*

När eftersläpningen i hepatitimmunitet på detta sätt hämtats in sjunker hepatitincidensen för att därefter följa den fortsatta incidensen av intravenöst missbruk. Dynamiken i detta växelspel visas schematiskt i fig 9.

Om man för enkelhets skull tänker sig en linjär ökning av det intravenösa missbruket från $t_1$ och ett inbrott av serumhepatit i missbrukarpopulationen vid $t_2$ skulle den immunologiskt oskyddade populationen A i princip motsvara den tidsförskjutna populationen B under förutsättning att alla missbrukare (100 %) blev inokulerade och diagnostiserade. Även om endast hälften (C = halva A) av missbrukarna drabbas av hepatiten ökar dock som synes hepatitincidensen under en period snabbare än injektionsdebuten.

Under det inledande skedet av inokulationsepidemin bör medelåldern bland hepatitfall förväntas vara relativt hög, då inslaget av veteraner utan immunologiskt skydd ackumulerats under många år. Sedan huvudparten av riskpopulationen drabbats av hepatit bör medelåldern bland de nya hepatitfallen förväntas bli extremt låg och närma sig den genomsnittliga

debutåldern ökad med summan av den genomsnittliga tiden till inokulationen och inkubationstiden (avståndet $t_3$-$t_4$ i fig 9, s 109).

Ström (1972) visade också att andelen tonåringar var mycket låg i de första årens hepatitmaterial. 1964 var bara 5 % av de kvinnliga och ca 15 % av de manliga hepatitfallen under 20 år, medan denna åldersgrupp 1967 svarade för 65 % av de kvinnliga och 46 % av de manliga hepatitfallen. Därefter skedde en minskning av tonåringarnas andel till 52 respektive 37 % 1970, korresponderande mot förändringar i injektionsmissbrukets incidens efter 1967.

Det är anmärkningsvärt att den manliga dominansen i detta hepatitmaterial under tioårsperioden hela tiden höll sig omkring 3:1. Man skulle ha förväntat sig en minskning av könskvoten för hepatitfallen med missbrukets ökade utbredning. Man kan förstås fråga sig om inte yngre missbrukare (där det kvinnliga inslaget varit markant) i större utsträckning än äldre (där männen dominerar kraftigt) söker för hepatit, då de äldre mer än de yngre bör känna till att det inte finns någon specifik behandling för tillståndet och att man p g a svårigheterna att vårda detta klientel på sjukhus sköter dem polikliniskt (Agell et al 1965, Ström 1972). Å andra sidan bör narkomaner av alla åldrar vara lika intresserade av att erhålla sjukintyg och sjukpenning vid hepatit. Ett avsnitt om förändringar i könsproportionerna under olika faser av missbruksepidemins utveckling skall diskuteras senare i resultatredovisningen.

Könsproportionerna i Roslagstulls bidrag till case-finding-studien har jämförts med SMU:s material enligt det schema som visas i bilaga 4 B och värdena återges i bilaga 4 E. Den manliga övervikten är inte signifikant större bland de fall som blev kända i SMU$^1/_2$ (3,77) än i materialet från Roslagstull (2,96). De i $SMU_4$ okända hepatitfallen har en extremt låg könskvot (2,00), lägre än för övriga i $SMU_4$ okända fall rapporterade i CFS (2,40), men skillnaden är inte signifikant. Den extremt låga könskvoten i materialet från Roslagstull sammanhänger intimt med den låga genomsnittsåldern och det betydande inslaget av tonårsflickor i denna grupp. Bland de fall som blev kända både i SMU$^1/_2$ och annan källa i CFS är proportionen män signifikant högre (**) än bland dem som under perioden inte blev kända annat än vid Roslagstull.

*b) Socialnämnden i Stockholm.* De intravenösa missbrukare som socialnämnden hade kontakt med var genomgående något äldre än de fall som ingick i SMU$^1/_2$; tendensen fanns för män och kvinnor i alla fraktioner även om alla differenser inte är signifikanta (bilaga 4 F och G). De män från denna rapporteringskälla som observerades i SMU före eller efter

case-finding-perioden var signifikant (***) äldre än motsvarande fall från övriga case-finding-källor sammantagna. De män som var okända i SMU4 är signifikant (*) yngre än de som samtidigt observerades i SMU1/2 och hos socialnämnden.

Å andra sidan är könskvoten signifikant (**) lägre i socialnämndens material (2,42) än i SMU1/2 (3,93) (bilaga 4 H). För fraktionen i SMU4 okända är könskvoten så exceptionellt låg som 1,38 och signifikant (*) skild från övriga i SMU4 okända fall, där kvoten är 2,43. Förhållandet sammanhänger med en stor ansamling tonårsflickor i denna fraktion av socialnämndens material, där medianåldern endast är 20,5 år. De fall som förblir okända i SMU4 har också signifikant (*) lägre könskvot än de som samtidigt observerades i SMU1/2 och socialnämnden.

*c) Psykiatriska sjukhus.* De manliga intravenösa missbrukarna kommer sent till de psykiatriska klinikerna och sjukhusen, där de i case-finding-materialet genomsnittligt är 3,2 år äldre (29,7 år) än i SMU1/2 (26,5 år) (bilaga 4 I och J). Skillnaden är signifikant (***). För kvinnorna är differensen 1,8 år (25,0 respektive 23,2 år) men inte signifikant. De i SMU4 okända, sjukhusvårdade männen är signifikant (***) äldre än de från andra källor rapporterade fallen som är okända i SMU4. Även för kvinnorna är motsvarande differens signifikant (*). Könskvoten i den psykiatriskt vårdade gruppen (2,49) är signifikant (*) lägre än kvoten i SMU1/2 (4,03) (bilaga 4 K). Differensen kan ha två delförklaringar, dels att kvinnliga missbrukare är något mer benägna än manliga att söka psykiatrisk vård för sitt missbruk, dels som tidigare påpekats att manliga missbrukare löper större risk än kvinnliga att hamna hos polisen och bli diagnostiserade i SMU.

Det finns ett par förhållanden som talar för att de kvinnliga narkomanerna verkligen är mera benägna att söka psykiatrisk vård; den nyss nämnda dubbelt så stora åldersdifferensen för männen (3,2 år) som för kvinnorna (1,8 år) mellan de psykiatriskt vårdade och de i polisklientelet diagnostiserade måste rimligtvis tolkas på detta sätt. Ännu starkare talar könskvoterna för detta: I hepatitmaterialet 1962–71 var könskvoten ganska exakt 3,0 (Ström 1972) och i Roslagstulls bidrag till CFS var den 2,96 (311/105). Denna könskvot skiljer sig inte signifikant från kvoten 2,49 (127/51) i den psykiatriskt vårdade gruppen.

### 3.2.6. *Slutord till representativitetsanalysen*

För att få en uppfattning om representativiteten av gruppen polisomhändertagna missbrukare av intravenös typ för hela populationen av in-

travenösa missbrukare i stockholmsområdet har överlappningen jämförts mellan stickmärkesundersökningen och ett tjugotal olika särpopulationer eller specialstudier, alltifrån rattfylleriklientel, psykiatriskt sjukhusvårdade injektionsmissbrukare och hepatitfall till case-finding-material från den övriga somatiska och psykiatriska vården i stockholmsområdet, de olika sociala nämnderna, polisen, kriminalvården och skolorna. Såvitt bekant har en så omfattande representativitetskontroll inte genomförts tidigare i studier av narkotikamissbruk.

Förläggningen av undersökningen till Allmänna häktet i Stockholm var synbarligen väl motiverad. Samvariationen mellan intravenöst missbruk och sådan kriminalitet som föranleder polisomhändertaganden är så hög, häktets upptagningsområde så omfattande och genomströmningen av arrestanter så stor att 792 missbrukare identifierades i stickmärkesundersökningen enbart under andra halvåret 1967 (tabell 15, s. 90). Under samma tid identifierade samtliga för en case-finding- studie mobiliserade rapporteringskällor inom skolor, barnavård, nykterhetsvård, socialvård, kriminalvård och sjukvård inom Stockholm och ett omfattande förortsbälte tillsammans 1 616 intravenösa missbrukare. 28,4 % (459) av dessa rapporterades samtidigt från stickmärkesundersökningen, där under detta halvår även diagnostiserades 333 fall okända vid samtliga övriga diagnostiseringskällor. Därtill kom att 22,5 % (156+208) av de övriga källornas fynd redan var kända i stickmärkesundersökningen. Under de närmaste 30 månaderna efter case-finding-studien hade ytterligare 16,3 % (263) av de övriga källornas fynd blivit kända. Trettio månader efter case-finding-studien var endast 32,8 % (530) av de övriga källornas eller 27,2 % av hela case-finding-studiens 1 949 fall fortfarande okända som intravenösa missbrukare i stickmärkesundersökningen.

Även fyndet att 82 % av de i Stockholm under 1968 psykiatriskt förstagångsvårdade manliga intravenösa missbrukarna och 93 % av de kvinnliga var kända i stickmärkesundersökningen är intressant, då det belyser att den positiva selektionen av missbrukare som sökt eller kommit under psykiatrisk vård och den negativa selektionen av dem som omhändertagits av polisen för brott i så hög grad lappar över varandra i denna riktning. Däremot var endast en tredjedel (9 av 29) manliga injektionsmissbrukare diagnostiserade i anslutning till polisrazzior i Humlegården 1973 psykiatriskt vårdade (samt tre av fem kvinnliga missbrukare), men nästan alla var tidigare kända i arrestklientelet (Bejerot et al 1974). Även om talen i denna specialstudie är få talar fynden för att man inom den

psykiatriska vården ser en väsentligt mindre andel av injektionsmissbrukarna än vid studier av polisklientelet.

I totalmaterialet för CFS är den manliga dominansen av samma storleksordning som när det gäller heroinmissbruk i USA (Brill 1968, Ball och Chambers 1970) och England (Home Office 1968), amfetaminmissbruk i Japan på 1950-talet (Brill och Hirose 1969) etc.

Sammanfattningsvis kan man hävda att stickmärkesundersökningen applicerad på polisklientelet i Stockholm med förhållandevis små personella och ekonomiska insatser synes ha givit en relativt tillförlitlig bild av injektionsmissbrukets förekomst i undersökningsområdet.

## 3.3. Bortfall

Det totala bortfallet under hela undersökningsperioden uppgår för svenska medborgare till 17,8 % av gripandetillfällena. 58,3 % av berörda män och 48,3 % av berörda kvinnor bland ej undersökta arresttillfällen har dock blivit undersökta vid något annat tillfälle. Materialets storlek och bortfallets fördelning på olika undergrupper framgår av tabell 22.

### 3.3.1. *Bortfall A: Avgångna nattetid utan undersökning*

De som inkommer till arrestavdelningen efter kl 22 och avgår före kl 08 påföljande morgon blir inte undersökta eftersom de sjuksköterskor som utför armvensbesiktningarna inte tjänstgör nattetid. Det är dock av intresse att redovisa denna grupp, som för svenska medborgare omfattade 2 405 manliga (89 %) och 306 kvinnliga (11 %) arresttillfällen eller totalt 6,9 respektive 4,6 % av samtliga arresttillfällen (tabell 22) och 37,6 % av hela bortfallet.

För bortfallsanalysen har de nattligt avgångna arrestanterna tabellerats efter ålder, kön och undersökningskvartal. De är påfallande jämnt fördelade under observationsperioden men visar en överrepresentation för ungdomar under 20 år (tabell 23). Det sammanhänger med att nattligt införda arrestanter brukar få lämna arresten efter ett inledande förhör, om de är identifierade och har stadigvarande bostad och om brottet dessutom huvudsakligen är klarlagt och inte kan betecknas som grovt.

Tabell 22. *Olika typer av bortfall från det totala flödet av arresttillfällen under hela observationsperioden.*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| Arresttillfällen | Antal | % | | % |
| Totalantalet arresttillfällen | 34 837 | 100.0 | 6 716 | 100.0 |
| *Bortfall A:* | | | | |
| Avgångna nattetid utan undersökning | 2 405 | 6.9 | 306 | 4.6 |
| *Bortfall B:* | | | | |
| Avgångna dagtid utan undersökning | 3 599 | 10.3 | 897 | 13.4 |
| *Bortfall C:* | | | | |
| Vägrar medverka vid undersökningen | 145[1] | 0.4 | 35[1] | 0.5 |

[1]) Egentligen individer som vägrat undersökning vid ett eller flera tillfällen.

Hälften av de individer som avgått nattetid har varit föremål för undersökning under dagtid vid något annat arresttillfälle. Det gäller 1 143 svenska män av 2 175 (53 %) och 140 svenska kvinnor av 288 (49 %). Dessa ingår i tabellerna 24 och 25 (s 131 och 132) som redovisar bortfall A tillsammans med bortfall B.

Tabell 23. *Bortfall A: Åldersfördelning för svenska arrestanter, alla kategorier, vilka inkommit till arresten efter kl 22 och avgått före kl 08 nästa morgon och därför inte blivit undersökta för stickmärken (hela undersökningsperioden).*

| Ålder | Manliga | Kvinnliga |
|---|---|---|
| 15–19 | 1 244 | 123 |
| 20–24 | 497 | 83 |
| 25–29 | 263 | 33 |
| 30–34 | 133 | 21 |
| 35–39 | 161 | 28 |
| 40–44 | 107 | 18 |
| 15–44 | 2 405 | 306 |

Tabell 24. *Manligt bortfall A och B: Första gången ej undersökt och status vid angränsande undersökningstillfällen.*

| Status vid undersökningstillfället / Närmast före | Närmast efter: Ej arresterad senare | Arresterad men ej undersökt (ånyo bortfall) | Ej missbruk | Misstänkt missbruk | Vägrar undersökning | Missbruk | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ej tidigare arresterad | 2 401 | 634 | 952 | 24 | 3 | 227 | 4 241 |
| Ej missbruk | 356 | 141 | 416 | 9 | 5 | 97 | 1 024 |
| Misstänkt missbruk | 10 | 2 | 8 | 0 | 0 | 5 | 25 |
| Vägrar undersökning | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Missbruk | 95 | 49 | 44 | 3 | 4 | 265 | 460 |
| Summa | 2 862 | 827 | 1 420 | 36 | 13 | 594 | 5 752 |

### 3.3.2. *Bortfall B: Avgångna dagtid utan undersökning*

Arrestanter som varit aktuella under dagtid men inte blivit undersökta utgjorde 11,5 % av dagfallen: 3 599 manliga och 897 kvinnliga arresttillfällen bland svenska medborgare eller 10,3 respektive 13,4 % av samtliga arresttillfällen för män respektive kvinnor.

Den främsta anledningen till att en del arrestanter inte blivit undersökta under dagtid är att de stannat på arresten endast en eller annan timmes tid. Som regel föranleds detta av att brottet varit ringa eller inte kunnat styrkas, varefter vederbörande släpps. I mindre utsträckning har arrestanter undgått undersökning därför att de införts i nära anslutning till vidarebefordran till annan institution, vanligen inom kriminalvårdens ram. I början av undersökningsperioden disponerades endast en sköterska för armvensbesiktningarna, från 1966 två och senare tre sköterskor som alternerade. Undersökningsronderna intensifierades därvid successivt från varannan timme till en gång i timmen. Trots detta har arrestanter anlänt och avgått mellan ronderna och således inte blivit undersökta.

Bortfallet är således inte slumpmässigt utan huvudsakligen knutet till ett mindre belastat klientel. Dessa förändringar i undersökningsbetingelserna har endast medfört ytterst små effekter och kan därför inte nämnvärt inverka vid jämförelser mellan grupper och perioder inom undersökningen.

### 3.3.3. *Analys av bortfall A och B*

Förutom tabelleringen efter ålder, kön och undersökningskvartal har ingen separat bearbetning gjorts av bortfall A. Däremot har bortfall A och B bearbetats tillsammans med avseende på undersökningsstatus vid arresteringstillfället närmast före och närmast efter första tillfället som ej undersökts (tabellerna 24 och 25, s 115 och 117). För att belysa populationen berörda individer snarare än populationen arresteringstillfällen har denna del av bortfallsanalysen alltså baserats på första tillfället då vederbörande inte blev undersökt.

Genom en inkonsekvens i programmeringen korresponderar tyvärr inte de ej undersökta arresttillfällena helt mot de ej undersökta individerna: De förra omfattar åldersintervallet 15–44 år, de senare även de mycket få fallen under 15 år. De i tabellerna 24 och 25 redovisade huvudgrupperna har analyserats närmare enligt en beräkningsmodell som illustreras i fig 10 (s 118).

Som ej undersökta noterades 5 752 män vid totalt 6 004 arresttillfällen (tabell 24). Av dessa män förekom 2 401 (41,7 %) bara vid detta tillfälle under observationsperioden. Bland de 461 (356+10+95) män (talen inom parenteserna hänvisar till cellerna i tabellerna), som ej observerats senare men setts tidigare, var 95 (20,6 %) missbrukare vid det tidigare tillfället. För 1 840 (634+952+24+3+227) män som ej undersökts tidigare noterades 227 (12,4 %) som missbrukare vid undersökningstillfället närmast efter. Av de återstående 1 050 (5752−2401−461−1840) männen som setts vid de båda angränsande arresttillfällena hade 467 (97+5+49+44+3+4+265) eller 44,5 % stickmärken vid ettdera eller båda tillfällena. I och med att andelen stickmärken ökar bland arresttillfällena med ökat antal omhändertaganden i undersökningen kan man med visst fog påstå att de 2 401 engångsfallen till mycket stor del består av icke-missbrukare. Bortfallstekniskt sett förlorar man visserligen en del individer men således relativt få aktuella missbrukare. Ur en annan synvinkel kan detta tas som stöd för samvariationen mellan kriminalitet och narkomani av intravenös typ. De som inte är missbrukare av intravenös

Tabell 25. *Kvinnligt bortfall A och B: Första gången ej undersökt och status vid angränsande undersökningstillfällen.*

| Status vid undersökningstillfället / Närmast före | Närmast efter: Ej arresterad senare | Arresterad men ej undersökt (ånyo bortfall) | Ej missbruk | Misstänkt missbruk | Vägrar undersökning | Missbruk | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ej tidigare arresterad | 642 | 111 | 104 | 0 | 1 | 67 | 925 |
| Ej missbruk | 69 | 26 | 45 | 0 | 0 | 14 | 154 |
| Misstänkt missbruk | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Vägrar undersökning | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Missbruk | 50 | 15 | 6 | 2 | 3 | 83 | 159 |
| Summa | 762 | 152 | 155 | 2 | 4 | 165 | 1 240 |

typ ses genomsnittligt bara en eller ett fåtal gånger under observationsperioden medan de som är injektionsmissbrukare tenderar att återkomma ofta i kriminella sammanhang.

Bland de 1 240 kvinnor som vid något tillfälle inte blev undersökta (tabell 25) förekom 642 (51,7 %) i materialet endast vid det felande undersökningstillfället. Vid de undersökningar som i 195 fall (26+45+14 +1+15+6+2+3+83) omgav första tillfället då vederbörande inte blev undersökt, noterades vid ettdera eller båda tillfällena stickmärken i 124 (14+1+15+6+2+3+83) fall (63,6 %). Av de 120 (69+1+50) kvinnor som enbart setts före första tillfället som ej undersökt hade 50 (41,7 %) stickmärken och av de 283 (111+104+1+67) kvinnor som enbart setts efter det ej undersökta arresttillfället noterades 67 (23,7 %) för intravenöst missbruk

Resultatredovisningen kommer att centreras kring omhändertaganden enligt brottsbalken och till denna näraliggande lagar ("brott m m", kate-

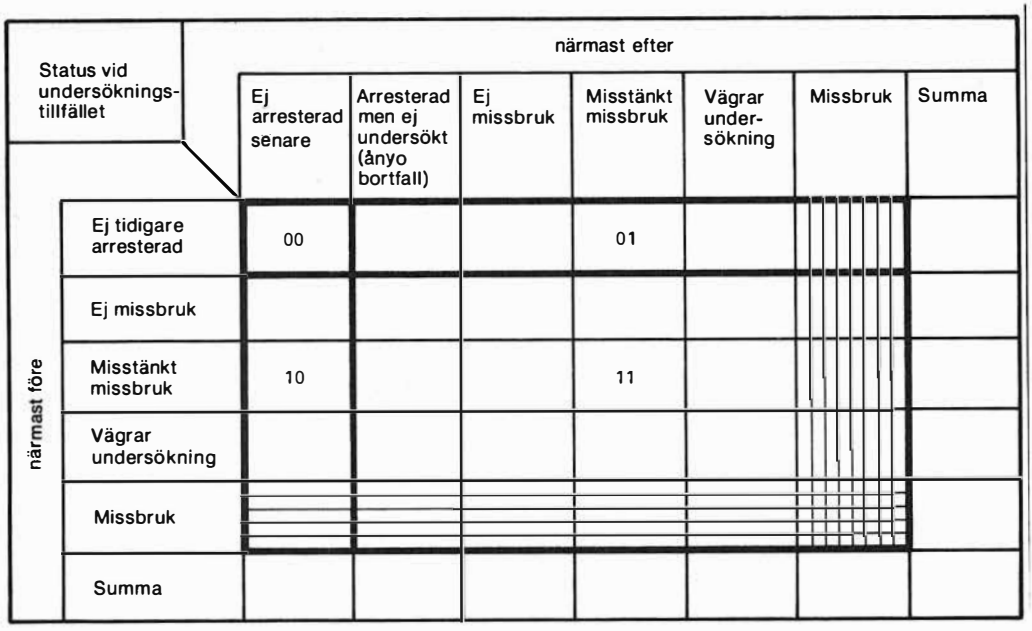



Fig 10. *Indelning av bortfallsmaterialet i kommentarerna till tabellerna 24, 25 och 28.* "0" markerar ej gripna och "1" markerar gripna före eller efter det aktuella bortfallstillfället. Den grupp som inte arresterats vare sig före eller efter det första tillfället som ej undersökts (tabellerna 24 och 25) eller första vägrartillfället (tabell 28) återfinns således i cellen markerad "00". Analogt betecknar "11" i de centrala 20 cellerna dem som arresterats både före och efter det aktuella tillfället. I rad "01" (5 celler) förekommer de arrestanter som blivit gripna senare men inte tidigare. Kolumn "10" (4 celler) innehåller de fall som arresterats före men inte efter det aktuella bortfallstillfället. De streckade partierna markerar celler där grupperna noterats för missbruk.

gorierna 1, 2 och 3 på s 74). Bortfallet i denna grupp under natt- och dagtid sammanlagt var av samma storleksordning som i totalmaterialet: 16 % för de manliga och 14 % för de kvinnliga arresttillfällena. Bortfallet var dock något högre under det första undersökningsåret (tabell 26). Detta sammanhänger med att sköterskekapaciteten som nämnts var liten under denna period.

### 3.3.4. *Bortfall C: Vägrat medverka vid undersökningen*

Sammanlagt 180 svenska medborgare (145 män och 35 kvinnor) har vid något tillfälle trots uppmaningar vägrat att medverka vid armvensbesiktningarna. De har utgjort 3,8 % av bortfallet dagtid eller 0,5 % av samtliga

Tabell 26. *Den procentuella andelen under natt- och dagtid ej undersökta arresttillfällen beträffande svenska medborgare gripna för brott m m.* [1])

| År | Ej undersökta arresttillfällen | |
|---|---|---|
| | Män (%) | Kvinnor (%) |
| 1965 | 28 | 18 |
| 1966 | 20 | 13 |
| 1967 | 12 | 10 |
| 1968 | 15 | 14 |
| 1969 | 14 | 16 |
| 1970 | 12 | 15 |
| 1965–70 | 16 | 14 |

[1]) Se s 74.

omhändertaganden. De har varit relativt jämnt fördelade under observationsperioden och visar inte någon speciell trend även om frekvensen vägrare tillfälligt steg första halvåret 1970 (tabell 27). Om åldersfördelningen bland vägrarna sätts i relation till det totala antalet individer i olika åldersgrupper i undersökningen blir som vi senare skall se vägran att medverka något vanligare bland dem över 30 år. De 180 vägrarna har undersökts med avseende på missbrukarstatus vid undersökningstillfället

Tabell 27. *Svenska medborgare som vägrat medverka vid armvensbesiktning, fördelade på undersökningsår och ålder vid första vägrartillfället.*

| Ålder | Undersökningsår | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1965[1] | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 | 1970[2] | Total |
| 15–19 | 0 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 17 |
| 20–24 | 0 | 9 | 8 | 5 | 5 | 3 | 30 |
| 25–29 | 0 | 3 | 8 | 1 | 8 | 12 | 32 |
| 30–34 | 4 | 12 | 9 | 5 | 12 | 7 | 49 |
| 35–39 | 3 | 3 | 15 | 2 | 4 | 3 | 30 |
| 40–44 | 2 | 3 | 6 | 5 | 3 | 3 | 22 |
| Totalt | 9 | 34 | 49 | 22 | 35 | 31 | 180 |

[1] 1965 omfattar 3 kvartal. [2] 1970 omfattar 2 kvartal.

Tabell 28. *Män och kvinnor som vägrat medverka vid armvensbesiktning fördelade på status vid närmast föregående och efterföljande undersökningstillfälle.*

| Status vid undersökningstillfället | | närmast efter | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ej arresterad senare | Ej missbruk | Misstänkt missbruk | Vägrar undersökning | Missbruk | Summa |
| närmast före | Ej arresterad tidigare | 20 | 7 | 0 | 6 | 11 | 44 |
| | Ej missbruk | 18 | 17 | 1 | 2 | 12 | 50 |
| | Misstänkt missbruk | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | Vägrar undersökning | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Missbruk | 19 | 9 | 0 | 9 | 47 | 84 |
| | Summa | 57 | 33 | 1 | 17 | 72 | 180 |

närmast före och närmast efter den första vägran att medverka (tabell 28 ovan) och analyserats enligt samma schema (fig 10, s 118) som det övriga bortfallet. I 20 fall (11,1 %) förekom inte undersökning vid annat tillfälle än vid tillfället för vägran, och 17 fall (9,4 %) vägrade medverka även vid den efterföljande undersökningen. Bland de 37 (18+19) som bara undersökts före vägrartillfället noterades 19 (51,4 %) för missbruk och av de 24 (7+6+11) som bara undersökts efter vägrartillfället var 11 (45,8 %) missbrukare. I 99 fall (17+1+2+12+2+9+9+47) har vägrarna undersökts vid båda de omgivande arresttillfällena och av dessa uppvisade 79 fall (12+2+9+9+47) (79,8 %) stickmärken vid ettdera eller båda tillfällena.

Vägrarna har således till stor del utgjorts av missbrukare. De utgör sannolikt den mest belastade och nedgångna av alla grupper i undersökningen. Av stockholmspolisens personakter framgår att det ofta rör sig om gamla recidivister som gripits efter rymning eller varit försöksutskrivna och omhändertagits för återförande efter beslut av övervak-

ningsnämnd. De är vid införandet ofta påverkade eller dysforiska, negativistiska och aggressiva och vägrar i detta tillstånd att medverka.

### 3.3.5. *Slutord till bortfallsanalysen*

Med undantag för ett kort inledande skede var bortfallet jämnt fördelat under observationsperioden. För hela undersökningsperioden omfattar bortfallet 17,8 % av samtliga arresttillfällen. Av dem som inte blivit undersökta vid ett eller flera arresttillfällen har dock 58,3 % av männen och 48,3 % av kvinnorna blivit undersökta vid annat gripandetillfälle.

Tre typer av bortfall förekommer i undersökningen. Vid 6,9 % av de manliga och 4,6 % av de kvinnliga arresttillfällena har den gripne inkommit och avgått nattetid och inte blivit undersökt, därför att de sköterskor som utför armvensbesiktningarna inte tjänstgör nattetid. Ungefär hälften av de individer som ingår i det nattliga bortfallet har dock blivit undersökta vid annat gripandetillfälle.

Vid 10,3 % respektive 13,4 % av samtliga arresttillfällen för män respektive kvinnor har de gripna avgått under dagtid mellan undersökningsronderna utan att armvensbesiktning hunnit utföras. Detta har haft sin grund i att dessa gripna stannat på arresten endast under en kort tid, vanligen i samband med lindrigare brott.

Den tredje typen av bortfall utgörs av dem som vägrat medverka i armvensbesiktningen. De svarar endast för 0,4 % av de manliga och 0,5 % av de kvinnliga arresttillfällena. Vid andra omhändertaganden har dessa personer ofta visat liknande tendens att vägra medverkan. De som vid återkomst inte vägrat har i mycket stor utsträckning visat sig vara injektionsmissbrukare.

För hela bortfallet gäller i stort att de som observerats vid något annat tillfälle än när de inte blev undersökta företett missbruksförhållanden som inte väsentligt skiljer sig från det övriga materialets. För dem som införts vid endast ett tillfälle och därvid inte blivit undersökta gäller att denna del av såväl dag- som nattbortfallet är knutet till ett mindre belastat klientel. För vägrarna gäller dock motsatsen: De utgörs väsentligen av ett hårt missbruksbelastat recidivistklientel.

Bortfallet omfattar således i någon mån en överrepresentation av både hårdare respektive lindrigare belastade fall, och dessa båda grupper tenderar att ta ut varandra. Några allvarliga systematiska avvikelser föreligger inte i bortfallet, och dess marginella effekter bör därför inte nämnvärt påverka jämförelser mellan grupper och perioder i undersökningen.

# 4. Resultat

## 4.1. Inledande översikt

### 4.1.1. *Totalmaterial*

Gruppen utländska arrestanter med diagnostiserade stickmärken är i detta material mycket liten och samtidigt i många avseenden så speciell att det inte är relevant att sammanföra den med de svenska medborgarna i redovisningen. Av detta skäl samt i syfte att begränsa avhandlingen kommer det utländska materialet huvudsakligen att redovisas i senare uppsatser. I denna inledande resultatöversikt skall dock i orienterande syfte några totalfrekvenser lämnas beträffande berörda utländska medborgare.

Hela undersökningspopulationen omfattar 54 506 arresttillfällen, varav 84 % (45 614) har undersökts (tabell 29). Arresttillfällena berörde totalt 25 495 individer, varav 86 % (21 943) har blivit undersökta vid ett eller flera tillfällen under observationsperioden (tabell 30). Bortfallet har tidigare redovisats.

Fram till och med juni 1970 diagnostiserades 3 772 individer som missbrukare av intravenös typ. Av dessa var 260 utländska medborgare.

Av översiktstabellerna framgår att männen dominerar mycket starkt i polisklientelet: I gruppen *arresttillfällen* har det förekommit 5,2 manliga gripanden för varje kvinnligt gripande bland svenska medborgare, 6,7 bland finska medborgare och 8,7 för övriga nationaliteter sammantagna. Som framgår av tabell 12 (s 83) har dock kvinnorna varit underrepresenterade bland utländska medborgare i den aktuella riskpopulationen i Stockholm. För gruppen omhändertagna *individer* blir den manliga överrepresentationen 4,8 för svenskar, 5,8 för finländare och 7,9 för övriga utlänningar. Bakgrunden till den kraftiga manliga dominansen i materialet har tidigare diskuterats i avsnittet om representativiteten.

De kvinnor som förekommer i polisklientelet är däremot hårdare missbruksbelastade än männen. I 50 % av arresttillfällena, alla anledningar till omhändertaganden (s 74–76) sammantagna, har de svenska kvinnorna företett tecken på intravenöst missbruk mot 31 % för manliga arresttillfäl-

Tabell 29. *Översikt över samtliga arresttillfällen för såväl svenska som utländska medborgare under hela observationsperioden från april 1965 till och med juni 1970.*

| Nationalitet och kön | Arresttillfällen | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Totalt | Under-sökta [1] | Miss-brukare | Missbru-kare i % | Ej under-sökta |
| Svenska män | 34 837 | 28 833 | 9 047 | 31.4 | 6 004 |
| Svenska kvinnor | 6 716 | 5 513 | 2 730 | 49.5 | 1 203 |
| Finska män | 6 726 | 5 759 | 260 | 4.5 | 967 |
| Finska kvinnor | 1 007 | 845 | 84 | 9.9 | 162 |
| Övriga utländska män | 4 684 | 4 191 | 213 | 5.1 | 493 |
| Övriga utländska kvinnor | 536 | 473 | 48 | 10.1 | 63 |
| Totalt | 54 506 | 45 614 | 12 382 | | 8 892 |

1) Ett mindre antal vägrare och fall klassade för "misstänkt missbruk" ingår bland de undersökta, medan andelen missbrukare beräknats på nettot icke-missbrukare och missbrukare sammantagna.

Tabell 30. *Översikt över det totala antalet berörda individer, såväl svenska som utländska medborgare, under hela observationsperioden från april 1965 till och med juni 1970.*

| Nationalitet och kön | Individer | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Totalt | Under-sökta [1] | Miss-brukare [2] | Missbru-kare i % | Ej under-sökta |
| Svenska män | 13 725 | 11 543 | 2 747 | 23.8 | 2 182 |
| Svenska kvinnor | 2 845 | 2 361 | 765 | 32.4 | 484 |
| Finska män | 4 182 | 3 718 | 115 | 3.1 | 464 |
| Finska kvinnor | 720 | 630 | 45 | 7.1 | 90 |
| Övriga utländska män | 3 588 | 3 303 | 80 | 2.4 | 285 |
| Övriga utländska kvinnor | 435 | 388 | 20 | 5.2 | 47 |
| Totalt | 25 495 | 21 943 | 3 772 | | 3 552 |

1) Ett mindre antal vägrare och fall klassade för "misstänkt missbruk" ingår bland de undersökta, medan andelen missbrukare beräknats på nettot icke-missbrukare och missbrukare sammantagna.

2) Antalet missbrukare har här beräknats enligt maximeringsmetoden (s 77) och anger således de individer som vid något tillfälle under observationsperioden diagnostiserats som missbrukare av intravenös typ.

len (tabell 29). Av berörda individer omhändertagna enligt alla lagar och anledningar sammantagna har 32 % av de svenska kvinnorna någon gång under observationsperioden företett stickmärken mot 24 % av männen (tabell 30, s 123). Samma förhållande visar sig även i de små grupperna av utländska missbrukare: 7 % av de finska kvinnorna i hela materialet har företett stickmärken men endast 3 % av de finska männen. Skillnaden är signifikant (***). Missbrukarna bland övriga främmande nationaliteter har varit mycket få, 100 individer totalt, men även här föreligger en signifikant (***) differens mellan 5 % missbrukare bland kvinnorna och 2 % bland männen.

Utlänningarna i materialet uppvisar genomgående en mycket lägre andel injektionsmissbrukare än svenskarna, men i dessa inledande översiktstabeller är grupperna inte jämförbara, då en betydande andel av utlänningarna endast omhändertagits enligt utlänningslagen, medan huvudparten av svenskarna är omhändertagna för kriminell aktivitet. Svenskarna dominerar dock kraftigt i intravenöst missbruk även när grupperna görs jämförbara till kön och brottstyp. I tabell 31 återges svenskarna i hela materialet fördelade på omhändertaganden enligt olika lagar. För finska medborgare respektive övriga utlänningar lämnas motsvarande redovisning i bilaga 5 A-D.

Den helt dominerande typen av omhändertaganden görs enligt brottsbalken och näraliggande lagar (s 74). Omhändertaganden enligt barnavårdslagen står som nämnts denna typ av omhändertaganden nära, och de båda typerna redovisas fortsättningsvis sammantagna om inte annat anges. Bland dem som omhändertas enligt nykterhetsvårdslagen – främst äldre alkoholister gripna för inställelse till nykterhetsnämnd eller för förpassning till anstalt – är det intravenösa missbruket relativt ovanligt.

Att beräkna arresttillfällen per individ för allt längre tidsperioder ger en avtagande information angående de intressanta huvudgrupperna missbrukare och icke-missbrukare, eftersom allt fler med tiden observeras både som icke-missbrukare och som missbrukare. Procentuell fördelning över antalet arresttillfällen per individ för svenska medborgare omhändertagna enligt alla lagar sammantagna anges i fig 11 för följande två huvudkategorier: De som diagnostiserats som intravenösa missbrukare vid något tillfälle och de som aldrig klassats som sådana. Man bör observera att de individuella observationsperioderna från första omhändertagandet varierar från 5 år och 3 månader till 1 dag med genomsnittet nära 2½ år (antalet arrestanter var något lägre de båda första undersökningsåren). I totalmaterialet utgöres som synes icke-missbrukarna väsentligen

Tabell 31. *Svenska medborgare, omhändertagna under tiden april 1965 till och med juni 1970, fördelade efter anledning till omhändertagandet.*
A = arresttillfällen I = berörda individer

| Anledning till omhändertagande | | Totalt | Under-sökta [1] | Miss-brukare | Missbru-kare i % | Ej under-sökta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Män* | | | | | | |
| Brott m m [2] | A | 31 079 | 26 020 | 8 731 | 34 | 5 059 |
| | I | 12 634 | 10 654 | 2 594 | 25 | 1 980 |
| Barnavårdslagen | A | 416 | 358 | 139 | 39 | 58 |
| | I | 308 | 282 | 108 | 39 | 26 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 2 876 | 2 179 | 136 | 6 | 697 |
| | I | 1 321 | 1 049 | 85 | 8 | 272 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall [3] | A | 124 | 82 | 14 | 17 | 42 |
| | I | 110 | 77 | 13 | 17 | 33 |
| Övriga omhändertaganden | A | 342 | 194 | 27 | 14 | 148 |
| Totalt | A | 34 837 | 28 833 | 9 047 | 31.4 | 6 004 |
| *Kvinnor* | | | | | | |
| Brott m m [2] | A | 4 989 | 4 304 | 2 395 | 55 | 685 |
| | I | 1 959 | 1 680 | 594 | 37 | 279 |
| Barnavårdslagen | A | 529 | 430 | 192 | 45 | 99 |
| | I | 361 | 313 | 142 | 45 | 48 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 255 | 191 | 22 | 12 | 64 |
| | I | 108 | 79 | 15 | 19 | 29 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall [3] | A | 684 | 444 | 100 | 23 | 240 |
| | I | 519 | 364 | 78 | 21 | 155 |
| Övriga omhändertaganden | A | 259 | 144 | 21 | 15 | 115 |
| Totalt | A | 6 716 | 5 513 | 2 730 | 49.5 | 1 203 |

1) Ett mindre antal vägrare och fall klassade för "misstänkt missbruk" ingår bland de undersökta medan andelen missbrukare beräknats på nettot icke-missbrukare och missbrukare sammantagna.
2) Kategorierna 1, 2 och 3, s 74.
3) Män omhändertagna för psykiatrisk undersökning förs vanligen till närmaste distriktsstation och endast undantagsvis till polishuset. Kvinnorna däremot förs regelmässigt till polishuset, då distriktsstationerna saknar kvinnlig vaktpersonal.

av engångsomhändertagna. Arresteringsfrekvenserna för missbrukare i fig 11 upptar samtliga arresttillfällen för dem som vid något tillfälle diagnostiserats som intravenösa missbrukare. De av dessa som gripits mer än en gång behöver således inte ha varit missbrukare vid alla arresttillfällen. Kategorierna "ej missbruk", "misstänkt missbruk", "vägrare" och "ej undersökt" är inkluderade i respektive huvudgrupp. Först efter subtraktion av dessa kategorier och de arresttillfällen där vederbörande under observationstiden passerat 45-årsgränsen (vilket berör 39 manliga injektionsmissbrukare) korresponderar materialet mot tabellerna 29 och 30.

### 4.1.2. *Förhandsrapporter versus definitiva resultat*

Flera preliminära rapporter har under undersökningens gång lämnats beträffande andelen missbrukare bland svenska arrestanter gripna för brott m m (Bejerot 1965b, 1967a, 1968a, 1968b, 1969a, 1969b, 1970a, 1970b, 1972a, 1972c). Dessa rapporter baserades på manuella beräkningar av då inte slutgiltigt bearbetat material. De definitiva resultaten skiljer sig i någon mån från de preliminära av följande skäl:

1. I slutbearbetningen tillkom en betydande grupp "ej undersökta" för de första observationsmånaderna. I detta tidiga skede fanns ännu inte särskilt tryckta kopior av arresteringskorten utan vaktpersonalen förde upp de gripna på listor som sedan låg till grund för armvensbesiktningarna. Vissa befattningshavare glömde i början av undersökningen stundom att föra upp gripna på undersökningslistorna, med detta torde närmast ha skett slumpmässigt.
2. I förhandsrapporternas manuella bearbetning gjordes åldersindelningen enligt födelseår, i den definitiva har redovisningen gjorts efter faktisk ålder vid tidpunkten för gripandet.
3. Många fall där stickmärken av uppgivet medicinskt ursprung förelåg kunde inte medtas i de preliminära rapporterna då svar inte hade inkommit från berörda läkare och sjukvårdsinrättningar.
4. Vid den manuella genomgången av hela materialet och framtagningen av vederbörandes folkbokföringsnummer gjordes som nämnts många korrigeringar, främst beträffande nationalitetstillhörigheten.

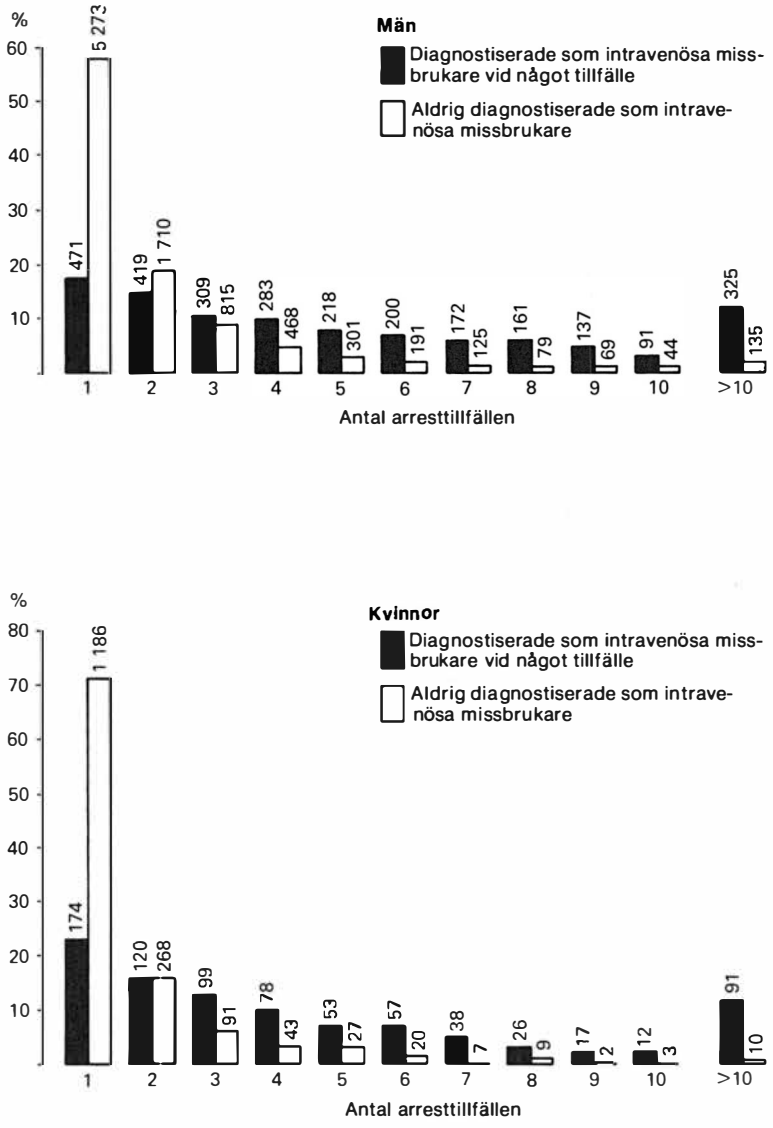



Fig 11. *Procentuell fördelning över antalen arresttillfällen för svenska män och kvinnor omhändertagna enligt alla lagar sammantagna: (A) de som diagnostiserats som intravenösa missbrukare vid något tillfälle, (B) de som aldrig företett stickmärken under undersökningsperioden 1965–1970. De absoluta antalen berörda individer har angivits ovanför respektive stapel.*

Tabell 32. *Differenser mellan förhandsrapporter och definitiva resultat: Den procentuella andelen intravenösa missbrukare bland svenska medborgare gripna för brott m m (arresttillfällen).*

| Andra kvartalet år | Män [1] | | | Kvinnor [1] | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Preliminära rapporter [2] | Definitiva resultat [3] | Differenser | Preliminära rapporter [2] | Definitiva resultat [3] | Differenser |
| 1965 | 19.2 | 18.5 | +0.7 | 33.9 | 31.3 | +2.6 |
| 1966 | 23.5 | 23.4 | +0.1 | 36.2 | 37.1 | −0.9 |
| 1967 | 36.1 | 35.8 | +0.3 | 53.8 | 52.9 | +0.9 |
| 1968 | 39.0 | 38.3 | +0.7 | 64.1 | 61.6 | +2.5 |
| 1969 | 35.0 | 36.4 | −1.4 | 67.1 | 67.2 | −0.1 |
| 1970 | 35.1 | 35.9 | −0.8 | 59.3 | 58.5 | +0.8 |

1) Kategorierna 1, 2 och 3, s 74.

2) Värdena avser andra kvartalet respektive år.

3) De definitiva absoluta frekvenserna återges i bilagorna 5 E och F.

Tabell 32 visar att de preliminära skattningarna av missbrukets omfattning inte nämnvärt skiljer sig från de definitiva: Den största differensen för andelen missbruksfall är för män 1,4 %, och för den väsentligt mindre gruppen kvinnor 2,6 %.

## 4.2. Arresttillfällen och individer

### 4.2.1. *Inledning*

De arresttillfällen som föranletts av brott m m (s 74) analyseras för att belysa missbrukets utveckling under observationsperioden.

Av en lång rad skäl, som diskuterades i anslutning till hypoteserna, bör missbrukarna bli överrepresenterade bland arrestanterna eftersom de oftare än icke-missbrukarna återkommer i materialet. Detta förhållande är av stort allmänintresse men i detta speciella sammanhang särskilt intressant för att belysa anrikningseffekten i en undersökning som bygger på en fortlöpande analys av ett arrestantflöde. Generellt är problemet välkänt inom epidemiologin, där man infört begreppen incidens och preva-

lens, bland annat just för att kunna beräkna den överrepresentation som exempelvis långdragna sjukdomsförlopp utgör vid skattningar i kliniska material. Även i denna studie skall incidens- och prevalensberäkningar göras, dels av deskriptiva skäl, dels för att pröva relevansen i den introducerade flödesanalystekniken. Under förutsättning att förändringar i det studerade flödet visar sig vara en god indikator på förändringar i incidensen och prevalensen av det intravenösa missbruket i polisklientelet, skulle man för praktiskt bruk i fortsättningen kunna följa dynamiken i injektionsmissbruket i detta och liknande klientel (vid fängelser, ungdomsvårdsskolor, psykatriska jourmottagningar etc) enbart med en enkel och föga resurskrävande flödesregistrering av fall med stickmärken, motsvarande den inledande redovisningen av arresttillfällen.

Att beräkna frekvensen arresteringar per individ för missbrukare och icke-missbrukare kompliceras som nämnts av att stora förändringar sker i individernas missbrukarstatus under studiens gång: Många som ursprungligen setts som icke-missbrukare återkommer som missbrukare, en del missbrukare upphör med injicerandet, många återfaller igen efter varierande perioder etc. Man måste följaktligen introducera standardiserade mått för att bedöma den aktuella missbrukssituationen i populationen. I detta syfte har en maximering respektive minimering av det diagnostiserade missbruket beräknats för olika åldersgrupper (femårsklasser) och för olika periodlängder (kvartal, kalenderår respektive hela observationsperioden), som är jämförbara inbördes men inte sinsemellan. Likaså har beräkningar gjorts på status vid den mellersta observationen för varje individ (beträffande metodik se s 78).

Vid beräkningar av medelålder och spridningsmått har vederbörande inkluderats i den åldersklass där medelvärdet av observationerna beträffande individen fallit under den angivna redovisningsperioden. Detta medför att smärre förskjutningar kan uppstå i åldersfrekvenser mellan redovisningar som täcker olika periodlängder liksom i bearbetningar där vederbörandes faktiska ålder vid en enstaka observation utgjort grunden för åldersindelningen av materialet.

### 4.2.2. *Arresttillfällen*

Tabell 33 återger omhändertaganden för brott m m (grupperna 1, 2 och 3, s 74–76) för hela det svenska arrestantmaterialet. Man bör observera att 1965 och 1970 är ofullständiga undersökningsår. 1965 noterades 20 % av de manliga arresttillfällena för intravenöst missbruk, tre år senare en dubbelt så stor andel (40 %). Den absoluta ökningen av antalet arre-

Tabell 33. *Arresttillfällen: Svenska män respektive kvinnor omhändertagna för brott m m under hela observationsperioden.*

| År | 1 Totalt[1] | 2 Ej under-sökta | 3 Ej miss-bruk | 4 Miss-bruk | 5 Misstänkt missbruk | 6 Vägrar unders. | 7 Missbruk i % av 3 + 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Män* | | | | | | | |
| 1965[2] | 3 729 | 1 056 | 2 076 | 530 | 58 | 9 | 20.3 |
| 1966 | 5 067 | 1 000 | 3 024 | 956 | 58 | 29 | 24.0 |
| 1967 | 6 098 | 723 | 3 375 | 1 871 | 75 | 54 | 35.7 |
| 1968 | 6 798 | 1 024 | 3 393 | 2 297 | 58 | 26 | 40.4 |
| 1969 | 6 782 | 961 | 3 414 | 2 313 | 68 | 26 | 40.4 |
| 1970[3] | 3 021 | 353 | 1 692 | 903 | 39 | 34 | 34.8 |
| Totalt | 31 495 | 5 117 | 16 974 | 8 870 | 356 | 178 | 34.3 |
| *Kvinnor* | | | | | | | |
| 1965[2] | 581 | 105 | 261 | 212 | 3 | 0 | 44.8 |
| 1966 | 834 | 112 | 401 | 297 | 16 | 8 | 42.6 |
| 1967 | 1 030 | 107 | 417 | 488 | 11 | 7 | 53.9 |
| 1968 | 1 149 | 159 | 383 | 592 | 9 | 6 | 60.7 |
| 1969 | 1 368 | 220 | 404 | 720 | 12 | 12 | 64.1 |
| 1970[3] | 556 | 81 | 185 | 278 | 6 | 6 | 60.0 |
| Totalt | 5 518 | 784 | 2 051 | 2 587 | 57 | 39 | 55.8 |

1) Grupperna 1, 2 och 3, s 74.
2) 1965 omfattar kvartal II–IV.
3) 1970 omfattar kvartal I–II.

stanter med tecken på intravenöst missbruk var dock betydligt större, en dryg tredubbling från 530 för tre kvartal 1965, extrapolerat 707 för hela året, till 2 297 under 1968.

Den relativt lilla gruppen kvinnliga svenska arrestanter omhändertagna för brott m m uppvisade 1965 i 45 % av omhändertagandena tecken på intravenöst missbruk. Tre år senare hade andelen injektionsfall bland de kvinnliga arresttillfällena stigit till 61 %. Även beträffande kvinnorna var den absoluta ökningen stor: Från 1965 till 1968 ökade de kvinnliga arrestanterna med stickmärken bland de brottsomhändertagna från 212 för tre kvartal, extrapolerat till 283 för hela året, till 592.

Av fig 12 framgår att ökningen av den relativa andelen arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk upphörde 1969 för både män och

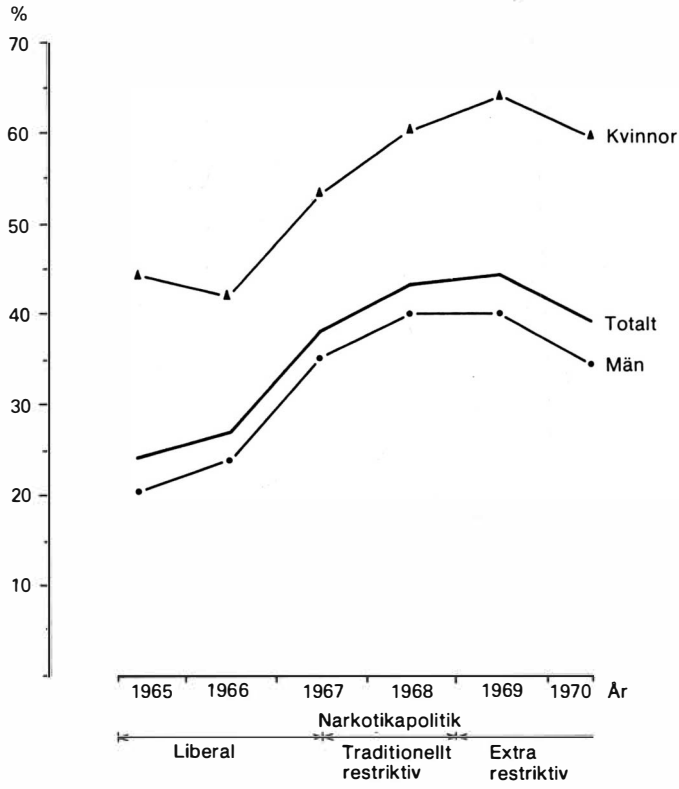



Fig 12. *Procentuell andel av arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk bland svenska medborgare gripna för brott m m i relation till förändringar i narkotikapolitiken.*

kvinnor. Från 1969 till 1970, där enbart första halvåret bearbetats, sjönk andelen arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk från 40 % till 35 % för män och från 64 % till 60 % för kvinnor (tabell 33.)

De uppställda hypoteserna om sambandet mellan officiell narkotikapolitik och missbruksförekomst prövas i anslutning till en kvartalsredovisning av arresttillfällena. I senare avsnitt skall missbrukarnas högre frekvens av återarresteringar redovisas och innebörden av detta fenomen för de här aktuella hypotesprövningarna diskuteras.

I fig 13 återges med stapeldiagram det totala antalet arrestomhändertaganden för brott m m beträffande svenska män respektive kvinnor för varje kvartal under hela undersökningsperioden. Missbruksfallens procentuella andel av samtliga omhändertaganden för brott m m visas i in-

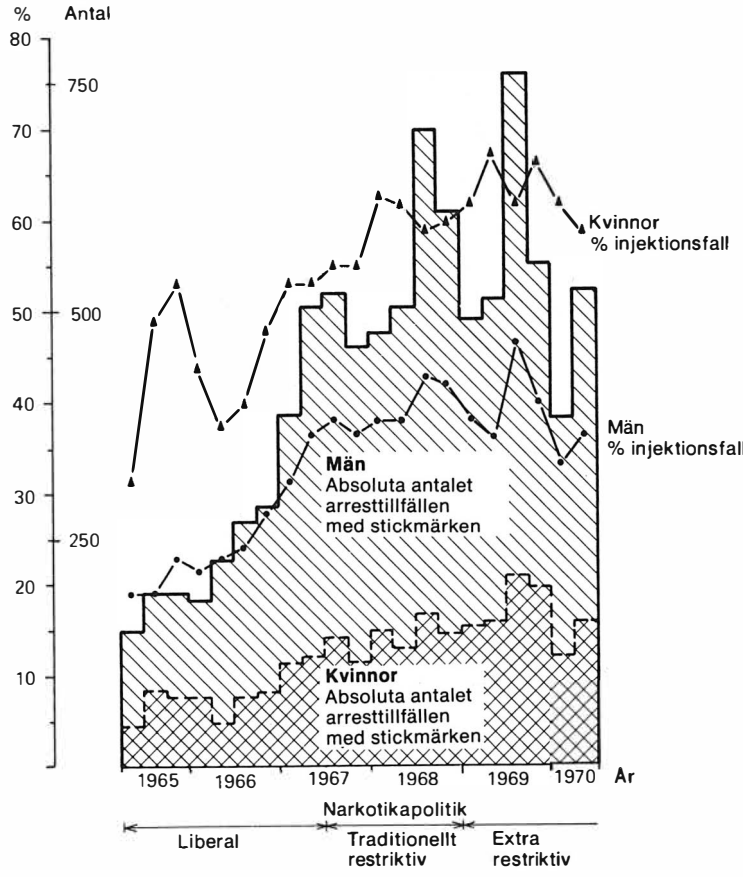



Fig 13. *Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska medborgare omhändertagna för brott m m, alla åldrar sammantagna.*
Totala antalet arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk har angivits i stapeldiagram för män och kvinnor separat, medan den procentuella andelen arresttillfällen med missbrukstecken markerats med separata kurvor.

lagda kurvor, den undre för männen och den övre för kvinnorna, vilka genomgående uppvisar en högre andel missbrukare men väsentligt lägre absoluta frekvenser. För männens vidkommande är materialet så stort att kurvan för den relativa andelen arresttillfällen med stickmärken blir ganska jämn. För kvinnornas del är materialet så litet att slumpvariationerna mellan kvartalen blir störande, men kurvorna följer varandra ganska väl. I figuren har de tre olika perioderna med skiftande narkotikapolitik an-

Tabell 34. *Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med liberal narkotikapolitik (kvartal II, 1965 respektive 1967).*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| | 1965: II | 1967: II | 1965: II | 1967: II |
| Missbruk | 150 | 507 | 46 | 118 |
| Ej missbruk | 663 | 911 | 101 | 105 |
| Summa | 813 | 1 418 | 147 | 223 |
| Andel missbruk | 18.5 % | 35.8 % | 31.3 % | 52.9 % |
| Differens | +17.3 % | | +21.6 % | |
| Signifikans | *** | | *** | |

givits. De absoluta och relativa talen för såväl dessa arresttillfällen med stickmärken som för berörda individer lämnas i bilagorna 5 E och F.

Den relativa andelen missbrukare bland de manliga arrestanterna fördubblas under den liberala perioden, från våren 1965 (andra kvartalet) till våren 1967, från 18,5 % till 35,8 %. Den absoluta ökningen av arrestanter med injektionstecken var under samma tid betydligt större och uppgick till mer än en tredubbling, från 150 till 507. Även för kvinnornas vidkommande är stegringen av missbruksförekomsten i arrestmaterialet markant under denna period: Relativt sett ökade antalet arresttillfällen med stickmärken från 31,3 % till 52,9 %; absolut sett ökade dessa fall från 46 till 118. I tabell 34 redovisas de absoluta och relativa frekvenserna för de berörda kvartalen samt testresultat.

Den första uppställda hypotesen har följande innehåll:

*Hypotes 1 c:* Om man liberaliserar narkotikapolitiken bör frekvensen missbrukare avläst i flödet av arresttillfällen accelerera.

Vi har inga mätvärden för hur det förhållit sig med förekomsten av tecken på intravenöst missbruk i arrestpopulationen under den traditionellt restriktiva perioden före april 1965, vilket som nämnts sammanhänger med att undersökningen startade i samband med att den liberala försöksperioden inleddes. Materialet i denna undersökning visar att det för såväl män som kvinnor varit en markant och signifikant (***) stegring av andelen arresttillfällen med missbrukstecken under den liberala perioden, från våren 1965 till våren 1967.

Tabell 35. *Proportionen injektionsfall bland arresttillfällena under första respektive andra hälften av perioden med liberal narkotikapolitik.*

| År och kvartal | Proportion | Differens | Differensernas differens | Medelfel | Signifikans |
|---|---|---|---|---|---|
| *Män* | | | | | |
| 1965 II | 18.5% | | | | |
| | | + 4.9% | | | |
| 1966 II | 23.4% | | +7.5% | 3.3% | * |
| | | +12.4% | | | |
| 1967 II | 35.8% | | | | |
| *Män + kvinnor* | | | | | |
| 1965 II | 20.4% | | | | |
| | | + 4.7% | | | |
| 1966 II | 25.1% | | +8.3% | 3.1% | ** |
| | | +13.0% | | | |
| 1967 II | 38.1% | | | | |

Accelerationen av andelen missbruksfall bland arresttillfällena har undersökts genom att differenserna under första och andra hälften av den liberala perioden testats mot varandra på basen av uppgifter i bilagorna 5 E och F. Under första hälften förelåg för männens del en ökning av andelen missbruksfall från 18,5 % till 23,4 % av arresttillfällena (d v s + 4,9 %), under den andra hälften från 23,4 % till 35,8 % (d v s + 12,4 %). Ökningstaktens stegring är 7,5 % och signifikant (*). En klar acceleration av andelen missbruksfall bland de manliga arresttillfällena förelåg således under den permissiva perioden (tabell 35).

För kvinnornas del föreligger stora kastningar i kvartalsserien under studiens första år: Frekvenserna är här låga och slumpinflytandena stora. För könen sammantagna framträder accelerationen i missbruksutvecklingen ännu starkare än för männen enbart: Under den första hälften av den liberala perioden en ökning med 4,7 % av andelen missbruksfall bland arresttillfällena, under den andra hälften en ökning med 13,0 %. Differensernas differens är således + 8,3 % och signifikant (**) (tabell 35).

I maj 1967 återgick svensk narkotikapolitik till att vara traditionellt restriktiv och behöll denna karaktär till utgången av 1968, varefter den utformades ännu mer restriktivt.

Tabell 36. *Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med traditionellt restriktiv narkotikapolitik (kvartal III 1967 respektive kvartal IV 1968).*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| | 1967: III | 1968: IV | 1967: III | 1968: IV |
| Missbruk | 521 | 611 | 140 | 146 |
| Ej missbruk | 851 | 848 | 115 | 97 |
| Summa | 1 372 | 1 459 | 255 | 243 |
| Andel missbruk | 38.0 % | 41.9 % | 54.9 % | 60.1 % |
| Differens | +3.9 % | | +5.2 % | |
| Significance | * | | – | |

*Hypotes 2 c:* Om man avbryter en liberal narkotikapolitik och övergår till en mer restriktiv politik bör ökningstakten i frekvensen missbrukare avläst i flödet arresttillfällen dämpas.

Under den traditionellt restriktiva perioden från mitten av 1967 till utgången av 1968 (sex kvartal) stiger fortfarande andelen av arresttillfällen med stickmärken, för männen med 3,9 % och för kvinnorna med 5,2 %. Differensen är signifikant (*) för männen, men den större differensen i det kvinnliga materialet ger inte signifikans då frekvenserna är låga (tabell 36).

Även om man beaktar att den traditionellt restriktiva perioden är nio månader kortare än den föregående liberala perioden framträder klart en dämpning i den tidigare mycket starka ökningstakten av andelen arresttillfällen med stickmärken (fig 12 och 13, s 131 och 132).

Under den extra restriktiva perioden, som inleddes den 1 januari 1969 med polisens landsomfattande kampanj mot den illegala narkotikahandeln och som sträckte sig till observationstidens slut vid halvårsskiftet 1970, nåddes toppvärden i förekomsten av stickmärken bland arresttillfällena, både absolut och relativt sett för såväl män som kvinnor (fig 13). Kurvorna över den procentuella andelen arrestfall med stickmärken är under denna tid påfallande ojämna för båda könen. Generellt framträder dock en tendens till stabilisering eller minskning av andelen missbruksfall (fig 13, s 132) under den extra restriktiva perioden, som liksom den föregående omfattar sex kvartal.

Tabell 37. *Arresttillfällen och missbrukstecken under de inledande och avslutande kvartalen för perioden med extra restriktiv narkotikapolitik (kvartal I 1969 respektive kvartal II 1970).*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| | 1969: I | 1970: II | 1969: I | 1970: II |
| Missbruk | 489 | 518 | 157 | 159 |
| Ej missbruk | 803 | 924 | 95 | 113 |
| Summa | 1 292 | 1 442 | 252 | 272 |
| Andel missbruk | 37.8 % | 35.9 % | 62.3 % | 58.5 % |
| Differens | | −1.9 % | | −3.8 % |
| Signifikans | | – | | – |

*Hypotes 3 c:* Om en restriktiv narkotikapolitik skärps ytterligare bör frekvensen missbrukare avläst i flödet arresttillfällen dämpas ytterligare och eventuellt falla.

Om man som tidigare jämför första och sista kvartalen i den särskilt restriktiva perioden har andelen arresttillfällen med missbrukstecken minskat för både män och kvinnor (tabell 37), men differenserna (–1,9 % för männen och –3,8 % för kvinnorna) är inte signifikanta. För könen sammantagna blir minskningen 2,3 %, men inte heller för detta större material blir minskningen signifikant.

Jämfört med den föregående restriktiva perioden, som företedde signifikant (*) stegring av andelen arresttillfällen med missbrukstecken, innebär utvecklingen under den extra restriktiva perioden att frekvensen missbrukare avläst i flödet arresttillfällen dämpats (ej längre signifikant ökning) och till och med fallit (– 1,9 % för männen och – 3,8 % för kvinnorna). Hypotes 3 c får således stöd i materialet.

I samband med publiceringen av preliminära rapporter har misstankar framförts om att minskningen i andelen missbruksfall bland arresttillfällena under den särskilt restriktiva perioden främst skulle bero på att missbrukarna i större utsträckning än tidigare under denna period dömdes till frihetsstraff eller sluten psykiatrisk vård och därigenom löpte mindre risk för återarrestering (Wickberg 1973). Viktiga element för analysen av denna frågeställning är studium av missbrukstecken i en åldersklassad uppdelning av arresttillfällena, frekvensen arresttillfällen per missbrukare och icke-missbrukare under olika perioder, narkotikabrot-

tens andel som anledning till omhändertagande, incidensen av injektionsdebuter etc. Vi skall återkomma till Wickbergs synpunkter sedan resultatredovisningen givit nödvändiga basdata för diskussionen.

4.2.3. *Arresttillfällen och ålder.*

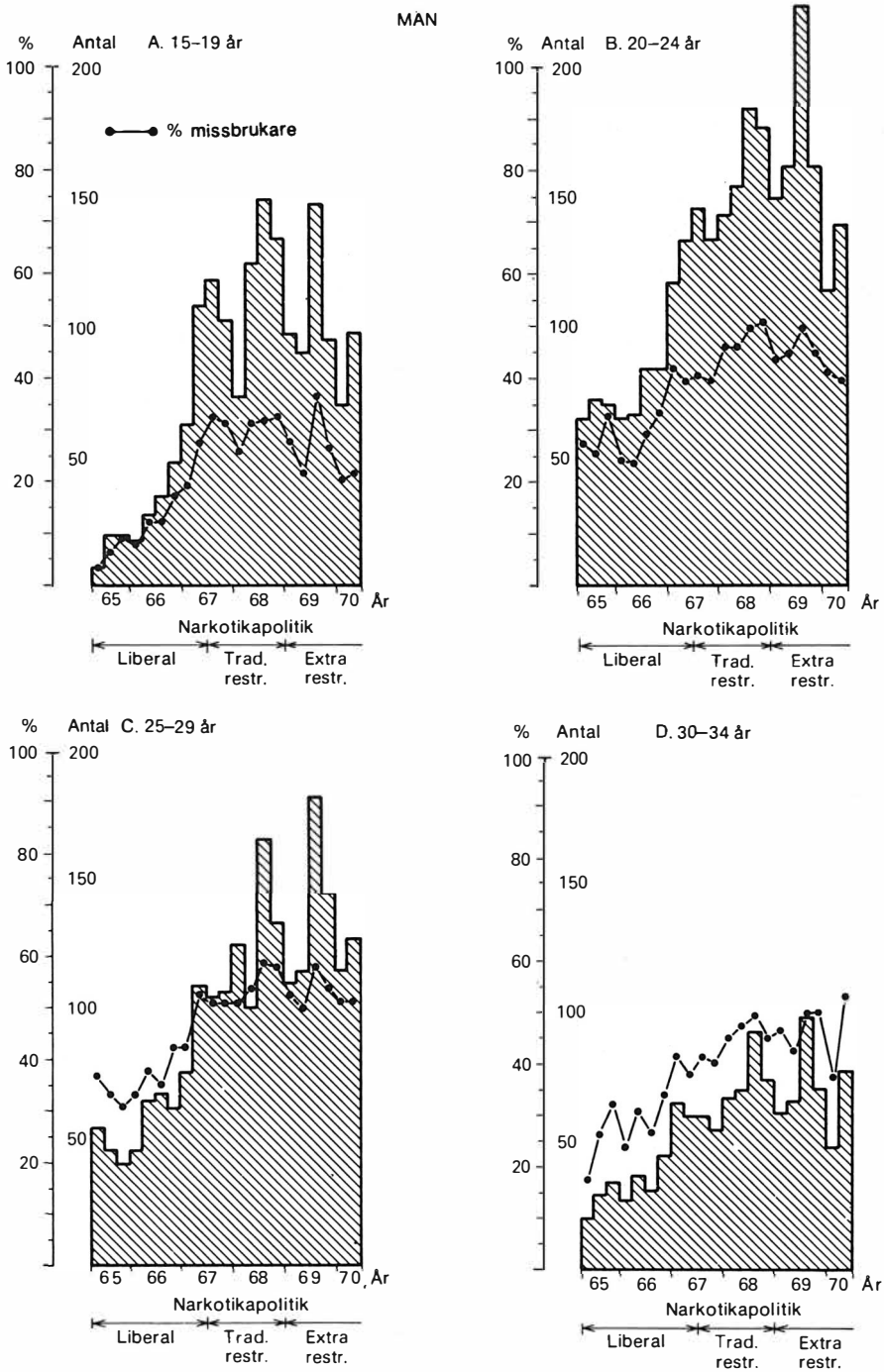
I bilagorna 5 G och H redovisas arresttillfällena kvartalsvis och fördelade på femårsklasser. I fig 14 A-F visas det åldersklassade materialet grafiskt med angivande av absoluta antalet arresttillfällen per kvartal samt den procentuella andelen av arresttillfällen där det förelegat tecken på intravenöst missbruk. Ökningen i de absoluta talen är särskilt stor bland yngre män: Under tre kvartal 1965 hittades 50 manliga arrestanter med tecken på intravenöst missbruk i åldersgruppen 15–19 år. Under motsvarande tre kvartal två år senare återfanns i denna åldersgrupp 331 arrestanter med stickmärken. I åldersklassen 20–24 år ökade antalet från 208 arrestanter med stickmärken 1965 till 414 för motsvarande tre kvartal 1967. Mot slutet av 1969 och första hälften av 1970 framträder en minskning av arrestanter med stickmärken.

En viss säsongsvariation i de absoluta antalen av såväl missbrukare som icke-missbrukare framträder som regel med särskilt många omhändertaganden under det tredje kvartalet.

Då kvartalsfrekvenserna blir låga i det åldersklassade materialet och kurvorna därför ojämna p g a slumpinflytanden får man en bättre bild av missbruksförekomsten i olika åldersgrupper genom att sammanföra materialet för de olika kalenderåren. Detta har gjorts i fig 15 och 16, som ger en komprimerad bild över andelen arresttillfällen med missbrukstecken i procent av samtliga arresttillfällen för brott i olika åldersgrupper under olika kalenderår.

För männen är materialet så stort att jämna fördelningar framträder. Ålderskurvorna är påfallande likformiga och från 1965 till 1968 lagrade över varandra i nämnd ordning utan att korsa varandra på någon punkt. Särskilt markant framträder missbruksökningen bland de yngsta och de äldsta åldersgrupperna, där frekvensen intravenösa missbrukare var låg vid observationsperiodens början. I den lägsta åldersklassen (15–19 år) föreligger vid kalendersårsberäkning en dryg fyrdubbling av andelen missbrukare bland arresttillfällena från 1965 till 1967 (från 6 till 28 %) och i den högsta (40–44 år) en dryg femdubbling (från 4 till 22 %) under samma tid. Om man utgår från andra kvartalet 1965, som var det inledande kvartalet i undersökningen, blir ökningen ännu mera markant.

MÄN


% Antal A. 15–19 år
% missbrukare
% Antal B. 20–24 år
% Antal C. 25–29 år
% Antal D. 30–34 år
100
80
60
40
20
200
150
100
50
65 66 67 68 69 70 År
Narkotikapolitik
Liberal
Trad. restr.
Extra restr.

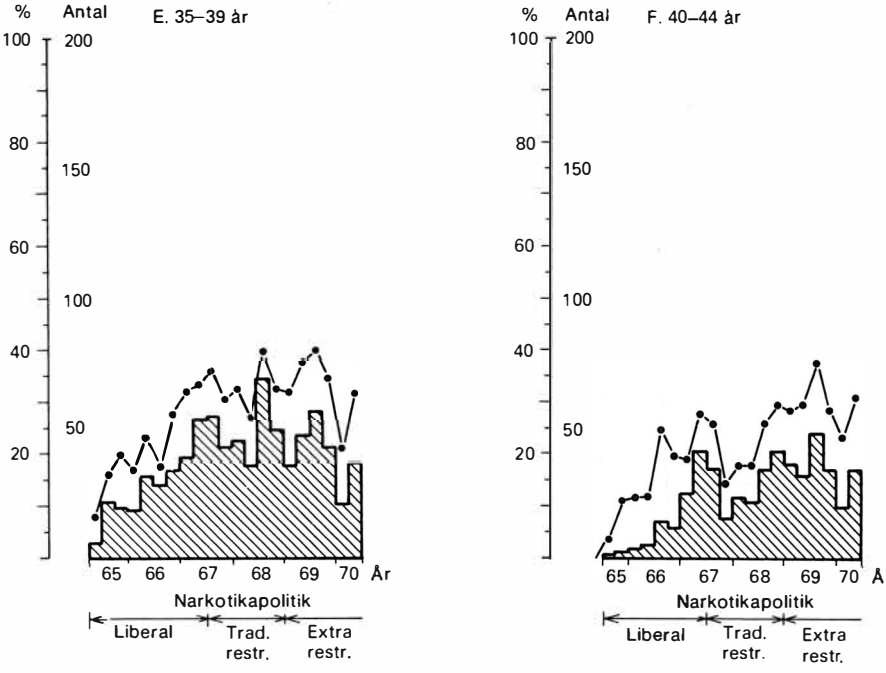
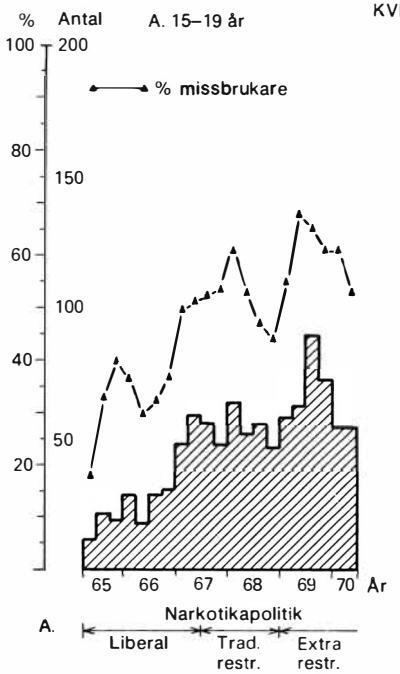


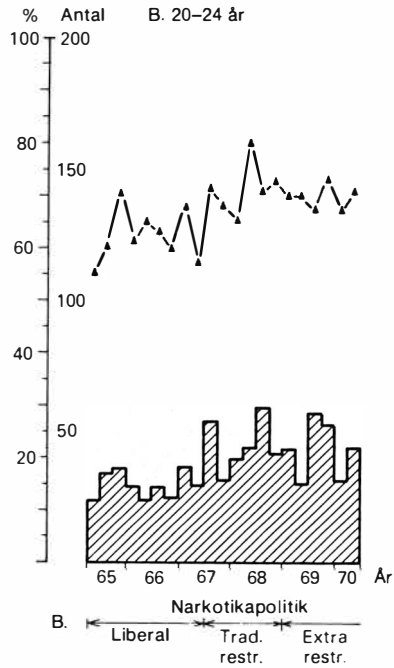

Fig 14 A. *Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska män omhändertagna för brott m m, indelade i femårsklasser.*
Totala antalet arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk har angivits i stapeldiagram medan den procentuella andelen arresttillfällen med missbrukstecken markerats med kurvor.

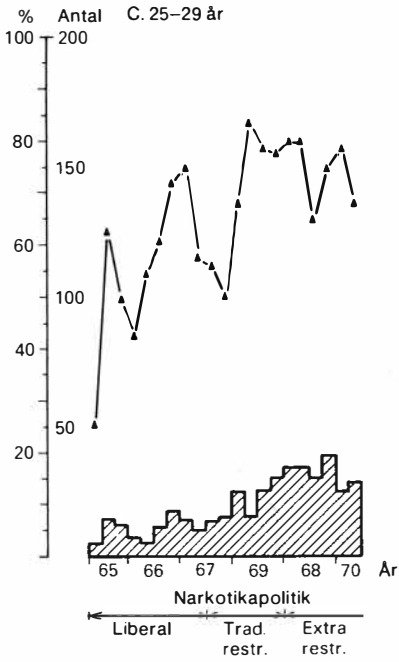
Minskningen i andelen manliga missbrukare från 1968 till 1969 är som synes (fig 15) måttlig för åldrarna upp till 30 år, men den tidigare markanta ökningen år från år har brutits i den yngre delen av materialet. I åldrarna över 30 år ökade emellertid inslaget av arresttillfällen med missbrukstecken också under 1969. Från 1969 till 1970 föll dock inslaget av missbrukare markant i det manliga materialet, och kurvan för 1969 löper över hela åldersskalan nästan parallellt med kurvan för 1970.

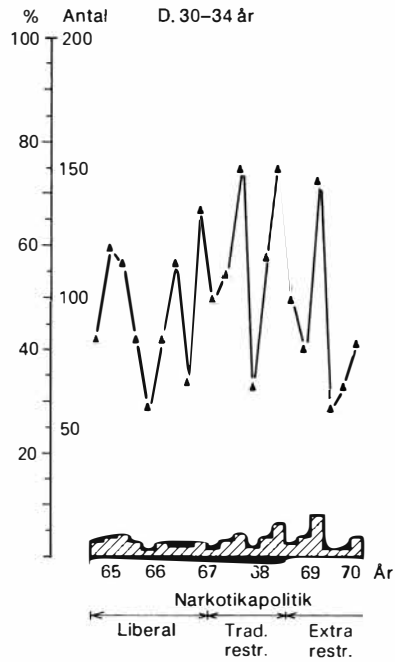
För kvinnornas vidkommande blir ålderskurvorna mera ojämna (fig 16) p g a att det kvinnliga materialet är väsentligt mindre än det manliga. Trots de relativt stora slumpvariationerna i dessa åldersdistributioner framträder åldersklassen 20–24 år som dominerande 1965, 1966 och 1967, medan andelen missbrukare under åren 1968, 1969 och 1970 är

KVINNOR


% Antal
A. 15–19 år
% missbrukare
100
200
80
150
60
100
40
50
20
65 66 67 68 69 70 År
A.
Narkotikapolitik
Liberal
Trad. restr.
Extra restr.


% Antal
B. 20–24 år
100
200
80
150
60
100
40
50
20
65 66 67 68 69 70 År
B.
Narkotikapolitik
Liberal
Trad. restr.
Extra restr.


% Antal
C. 25–29 år
100
200
80
150
60
100
40
50
20
65 66 67 69 68 70 År
Narkotikapolitik
Liberal
Trad. restr.
Extra restr.


% Antal
D. 30–34 år
100
200
80
150
60
100
40
50
20
65 66 67 68 69 70 År
Narkotikapolitik
Liberal
Trad. restr.
Extra restr.

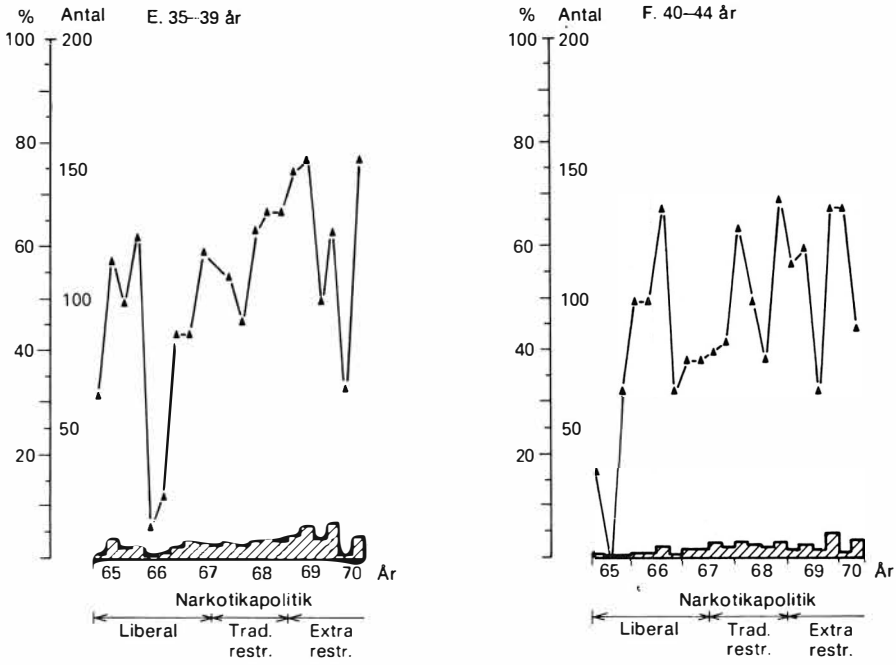



Fig 14 B. *Arresttillfällen med stickmärken kvartalsvis 1965–1970 för svenska kvinnor omhändertagna för brott m m, indelade i femårsklasser.*

Totala antalet arresttillfällen med tecken på intravenöst missbruk har angivits i stapeldiagram medan den procentuella andelen arresttillfällen med missbrukstecken markerats med kurvor.

högst i åldersklassen 25–29 år. Detta bör i första hand tolkas som att nytillskottet av yngre missbrukare dämpats under perioden med traditionellt restriktiv narkotikapolitik och att de redan etablerade missbrukarna successivt åldrats ("epidemin har åldrats"). En motsvarande förskjutning till högre ålder bör kunna förväntas för de manliga ålderskurvorna (där tyngdpunkten från början legat i åldersgruppen 25–29 år), om nytillskottet debutanter (i de yngre eller alla åldrar) dämpas under en längre tid.

Trots de stora slumpinflytandena på det lilla kvinnliga materialet noteras grundläggande likheter med det manliga. I de dominerande åldersgrupperna är värdena för andelen arresttillfällen med stickmärken lagrade i samma ordning som i det manliga materialet: I åldergruppen 20–24 år över varandra åren 1965, 1966 och 1967, i åldersgruppen 25–29 år under varandra åren 1968, 1969 och 1970.

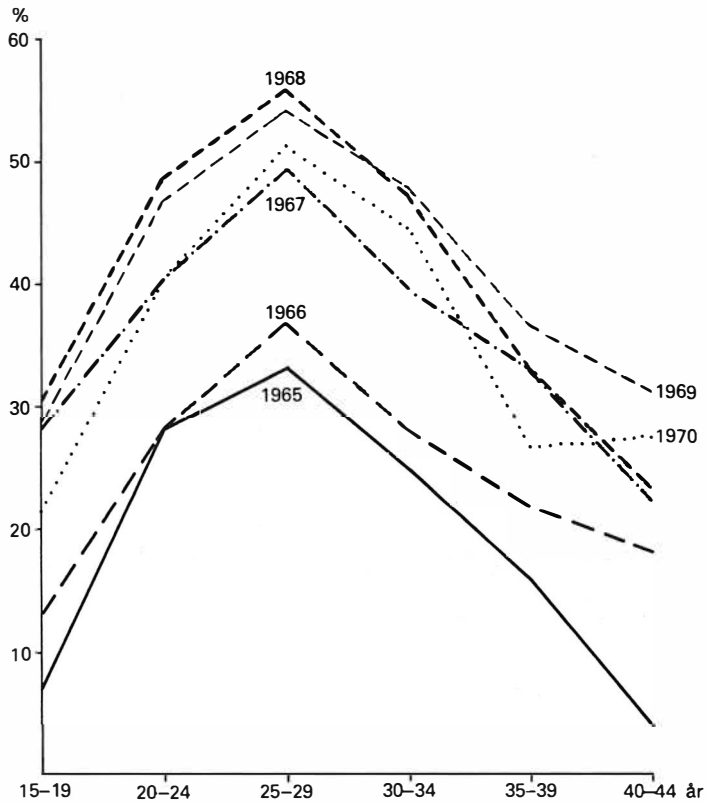



Fig 15. *Procentuell andel arresttillfällen med stickmärken per kalenderår och åldersklass för svenska män omhändertagna för brott m m.*

4.2.4. *Individer: Maximering och minimering av andelen missbrukare*

Den i den inledande översikten visade överrepresentationen av missbrukare bland de återarresterade nödvändiggör ett studium av antalet berörda individer, missbrukare och icke-missbrukare, under olika perioder.

I tabell 38 redovisas antalet aktuella individer för varje kalenderår samt för hela observationsperioden. Då en och samma individ kan växla mellan status som missbrukare och icke-missbrukare inom en angiven period har individernas antal och status beräknats enligt minimerings- och maximeringsmetoden (s 77). Vid maximering av missbruket har alltså de

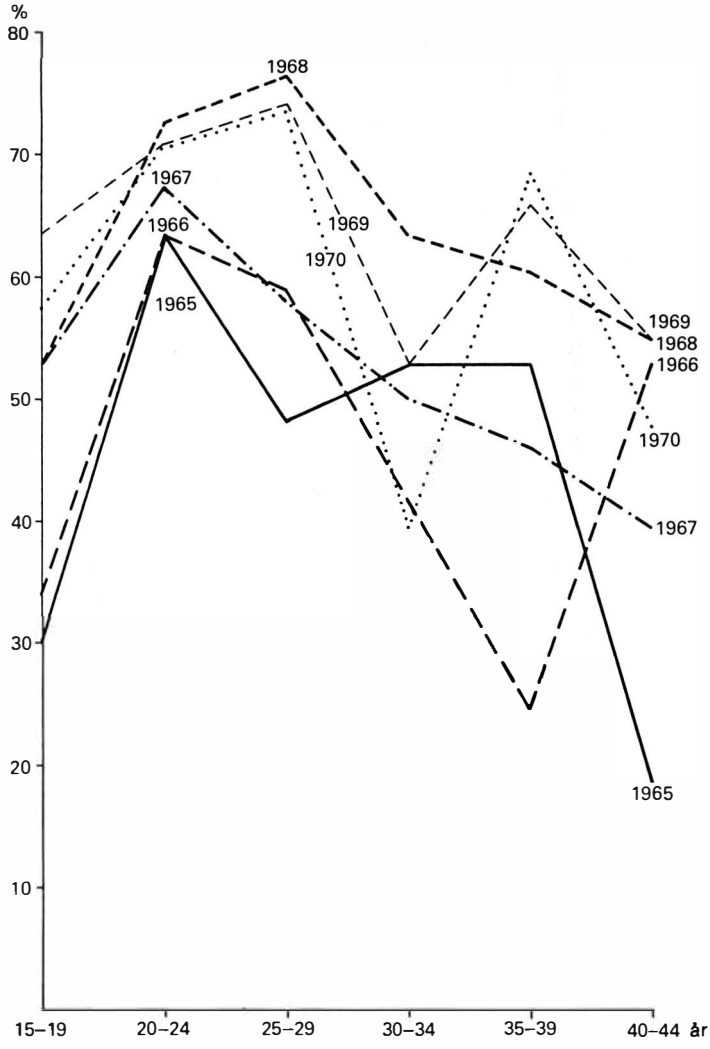



Fig 16. *Procentuell andel arresttillfällen med stickmärken per kalenderår och åldersklass för svenska kvinnor omhändertagna för brott m m.*

räknats som missbrukare som någon gång under perioden (kalenderår eller hela perioden) företett stickmärken. Vid minimering har endast de räknats som missbrukare som företett stickmärken vid varje undersökningstillfälle. Av särskilt intresse, bland annat för beräkning av antalet

Tabell 38. *Maximering och minimering av antalet individer med tecken på injektionsmissbruk samt fördelning efter status vid den mellersta observationen beträffande svenska män respektive kvinnor omhändertagna för brott m m.*

| | Icke-missbrukare | | | Missbrukare | | | % missbrukare | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| År | $N_{min}$ | $N_{med}$ | $N_{max}$ | $N_{min}$ | $N_{med}$ | $N_{max}$ | $\%_{min}$[2] | $\%_{med}$[2] | $\%_{max}$[2] |
| *Män* [1] | | | | | | | | | |
| 1965[3] | 1 749 | 1 621 | 1 666 | 316 | 330 | 390 | 15.3 | 16.9 | 19.0 |
| 1966 | 2 401 | 2 273 | 2 283 | 526 | 561 | 639 | 20.0 | 19.8 | 21.9 |
| 1967 | 2 629 | 2 475 | 2 476 | 891 | 934 | 1 044 | 25.3 | 27.4 | 29.7 |
| 1968 | 2 622 | 2 404 | 2 436 | 1 025 | 1 071 | 1 223 | 28.1 | 30.8 | 33.4 |
| 1969 | 2 668 | 2 431 | 2 466 | 1 089 | 1 129 | 1 293 | 29.0 | 31.7 | 34.4 |
| 1970[4] | 1 456 | 1 393 | 1 394 | 598 | 612 | 666 | 29.1 | 30.5 | 32.3 |
| 1965–1970 | 9 432 | 7 972 | 7 963 | 1 276 | 1 953 | 2 690 | 11.9 | 19.7 | 25.3 |
| *Kvinnor*[2] | | | | | | | | | |
| 1965[3] | 231 | 214 | 216 | 110 | 116 | 126 | 32.3 | 35.2 | 36.8 |
| 1966 | 330 | 315 | 307 | 155 | 160 | 178 | 32.0 | 33.7 | 36.7 |
| 1967 | 335 | 307 | 303 | 241 | 246 | 278 | 41.8 | 44.5 | 47.8 |
| 1968 | 323 | 294 | 291 | 272 | 273 | 305 | 45.7 | 48.1 | 51.2 |
| 1969 | 335 | 312 | 310 | 307 | 292 | 335 | 47.8 | 48.3 | 51.9 |
| 1970[4] | 170 | 163 | 160 | 155 | 153 | 167 | 47.7 | 48.4 | 51.1 |
| 1965–1970 | 1 440 | 1 235 | 1 222 | 501 | 607 | 734 | 25.8 | 33.0 | 37.5 |

1) Grupperna 1, 2 och 3, s 77–78.
2) Beträffande metodik se s 80.
3) 1965 omfattar kvartal II–IV.
4) 1970 omfattar kvartal I–II

arresttillfällen per individ, är status vid den mellersta undersökningen, medianobservationen (s 78).

Som synes (tabell 38) kan andelen missbrukare variera betydligt beroende på vilken av ovannämnda beräkningsgrunder som används. Andelen missbrukare är definitionsmässigt högst vid missbrukets maximering. Man noterar också att differenserna i andelen missbrukare blir särskilt stora mellan de olika beräkningsgrunderna då hela observationsperioden tas som en enda period.

När missbruksförekomsten beräknas på arresttillfällen och inte på berörda individer (tabell 33, s 130) spelar periodlängden en underordnad roll frånsett att slumpinflytandena blir stora för mycket korta perioder

och att trender i missbruksförekomsten kan maskeras, om man gör beräkningarna på alltför långa perioder.

Diskrepansen mellan andelarna injektionsfall i de båda populationerna arresteringstillfällen respektive berörda individer blir större ju längre observationsperioder som jämföres. Om man ser till hela undersökningsperioden uppvisade 25 % av de för brott omhändertagna männen *vid något tillfälle* tecken på intravenöst missbruk, medan 34 % av de manliga arresttillfällena gällde intravenösa missbrukare. Av de för brott gripna kvinnorna företedde 38 % vid något tillfälle stickmärken, medan 56 % av de kvinnliga arresttillfällena i denna grupp gällde injektionsmissbrukare.

Göres beräkningar i stället per kalenderår för de fyra fullständiga undersökningsåren 1966–69 och vi beräknar genomsnittet för såväl arresttillfällen som individer för dessa fyra år får vi följande årsskattningar av proportionen intravenöst missbruk: För männen genomsnittligt 36 % av arresttillfällena och 30 % av de berörda individerna; för kvinnorna 57 % av arresttillfällena och 48 % av de berörda individerna (vid beräkning enligt maximeringsmetoden, s 78).

Om vi går vidare till en kvartalsredovisning får vi också här noterade stickmärken i genomsnittligt 36 % av de manliga arresttillfällena för de fyra fullständiga undersökningsåren men 33 % bland de berörda manliga individerna vid maximering. För kvinnorna är motsvarande relativa kvartalsfrekvenser genomsnittligt 57 % av arresttillfällena och 54 % av berörda individer.

I tabell 39 redovisas den genomsnittliga andelen fall med stickmärken beräknad på de båda populationerna arresttillfällen och berörda individer för olika periodlängder och enligt totalt fyra beräkningsgrunder: Diagnostiserade stickmärken i populationen individer vid minimering respektive maximering samt för medianobservationen för varje individ. Det fjärde måttet gäller populationen arresttillfällen, där den relativa frekvensen med diagnostiserade stickmärken beräknats på summan av missbrukare och icke-missbrukare.

Relativt är injektionsfrekvensen genomgående högre i populationen arresttillfällen än i populationen berörda individer, och den är definitionsmässigt lägst vid beräkning enligt minimeringsmetoden, d v s då man anger den andel som vid varje undersökningstillfälle under perioden företett stickmärken. För långa beräkningsperioder blir avvikelserna stora, särskilt vid minimering av missbruket, men för korta perioder blir överensstämmelsen god oavsett om man maximerar eller minimerar beräkningen av andelen missbrukare (tabell 39).

Tabell 39. *Jämförelse av andelen fall med stickmärken beräknad på de båda populationerna arresttillfällen och berörda individer för olika periodlängder och enligt fyra olika beräkningsgrunder.*

| Beräknings-perioder | Kön | % missbruks-tecken i populationen arresttillfällen | % missbrukare i populationen individer | Differens |
|---|---|---|---|---|
| Hela observationsperioden | Män | 34 | 12 min[1] | 22 |
| | | | 20 med | 14 |
| | | | 25 max | 9 |
| | Kvinnor | 56 | 26 min | 30 |
| | | | 33 med | 23 |
| | | | 38 max | 18 |
| Ettårsperioder (4 st) | Män | 36 | 25 min | 11 |
| | | | 28 med | 8 |
| | | | 30 max | 6 |
| | Kvinnor | 57 | 42 min | 15 |
| | | | 44 med | 13 |
| | | | 48 max | 9 |
| Kvartalsperioder (16 st) | Män | 36 | 32 min | 4 |
| | | | 33 med | 3 |
| | | | 33 max | 3 |
| | Kvinnor | 57 | 52 min | 5 |
| | | | 52 med | 5 |
| | | | 54 max | 3 |

l) För kriterier vid minimering (= min), maximering (= max) och för medianvärde (= med) se s 78.

Kvartalsgenomsnittet för de fyra fullständiga kalenderåren ger för manliga arresttillfällen en missbruksandel av 36 % (tabell 39). Vid motsvarande beräkningar på berörda individer blir den genomsnittliga missbruksandelen 33 % vid maximering av missbruket. Vid kvartalsberäkningar blir således den genomsnittliga differensen i detta material endast 3 % högre för beräkningar på manliga arresttillfällen jämfört med beräkningar på berörda män. För kvinnorna blir differensen också genomsnittligt 3 % (tabell 39): 57 % missbrukare av arresttillfällena och 54 % av berörda individer.

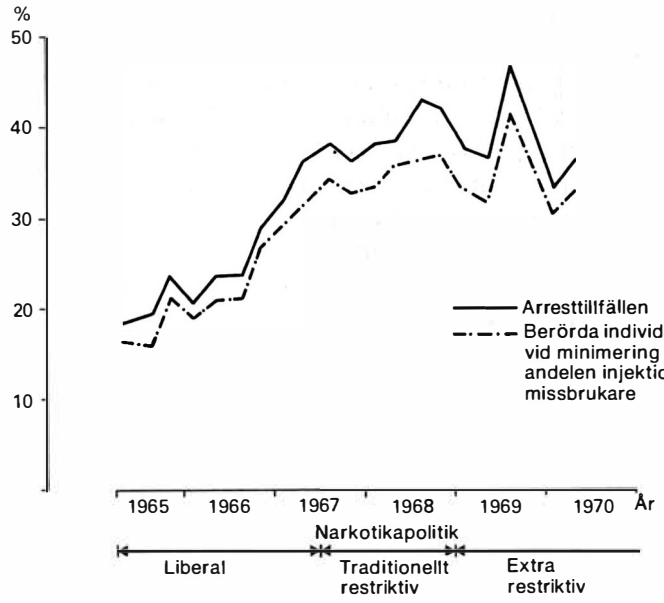



Fig 17. *Procentuell andel missbrukare bland svenska män omhändertagna för brott m m kvartalsvis 1965–1970, beräknad dels på berörda individer som varje gång under respektive kvartal företett stickmärken, d v s vid minimering av andelen injektionsmissbrukare, och dels på arresttillfällen.*

Av fig 17 framgår hur små differenserna är mellan andelen diagnostiserade stickmärken bland manliga arresttillfällen respektive berörda män även vid minimering, om man väljer periodlängden kvartal. Värdena för medianobservationen och vid maximering ligger mellan dessa gränser. För jämförelser över tid och mellan olika delgrupper, t ex olika brottstyper, av andelen diagnostiserade stickmärken i arrestantklientelet, blir skillnaden således obetydlig mellan beräkningar utförda på berörda individer och arresttillfällen, då man använder periodlängden kvartal. I bilagorna 5 E och F kan detta studeras i detalj för samtliga kvartal. Serierna enligt de fyra olika beräkningssätten följer varandra mycket nära och differenserna är påfallande stabila.

För att göra procentangivelser av andelen arrestanter eller individer med stickmärken meningsfulla för korta perioder krävs dock viss minimal genomströmning. Ju kortare jämförelseperioder som används desto större genomströmning krävs. Kvartal är i föreliggande undersökning att

föredra framför år eller månader vid tidsjämförelser. För det första är kvartalet så långt att intagningen av arrestanter blir tillräckligt stort för att slumpinflytanden på relationen missbrukare/icke-missbrukare skall bli små för männen och för könen sammantagna. (Kvinnorna är dock så få i detta material att slumpvariationerna för dem blir störande även i kvartalsberäkningar.) För det andra är kvartalsperioden så kort att den högre arresteringsfrekvens som missbrukarna genomsnittligt har uppenbarligen endast obetydligt skiljer sig från icke-missbrukarnas. Kvartalsperioden som jämförelsemått blir således i denna studie en synnerligen lämplig kompromiss mellan olika metodologiska för- och nackdelar.

Skattningar av missbruksförekomsten utförda på populationen individer utgör ett mått av typen periodprevalens. Det är en tidskrävande beräkningsmetod beroende på den noggranna identitetskontroll som är ofrånkomlig för att undvika dubbelräkningar under perioden. Skattningar utförda på populationen arresttillfällen är i princip av typen stickprov ur ett kontinuerligt flöde med återläggning till flödeskällan. Denna metod är väsentligt mindre arbetskrävande eftersom identitetsproblemen elimineras helt om man utgår från hela arrestantpopulationen.

Den utförda analysen har visat att skattningar av missbruk på basen av arresttillfällen helt tillfredsställande kan ersätta mera tidskrävande skattningar på basen av berörda individer om periodernas längd optimeras med hänsyn till metodologiska för- och nackdelar. I denna undersökning har kvartalet visat sig vara den optimala jämförelseperioden.

### 4.2.5. *Arresttillfällen per individ*

Det genomsnittliga antalet arresttillfällen per individ, missbrukare och icke-missbrukare, har beräknats för olika periodlängder med utgångspunkt från den mellersta observationen under respektive period (medianmetoden, se s 78). Frekvenserna har framtagits genom att värdena i tabell 33 dividerats med motsvarande värden ur tabell 38.

I tabell 40 redovisas frekvenserna omhändertaganden per kalenderår för de fyra fullständiga undersökningsåren samt för hela observationsperioden. Under det drogliberala året 1966 var arresteringsfrekvensen för såväl manliga som kvinnliga missbrukare och icke-missbrukare lägre än under det restriktiva året 1968. Båda typerna av narkotikapolitik praktiserades under mellanåret 1967, som också har intermediära värden för alla kategorier utom den minsta, kvinnliga icke-missbrukare, där slumpvariationen är störst.

Tabell 40. *Arrestillfällen per individ och år samt för hela observationsperioden beträffande svenska män och kvinnor omhändertagna för brott m m.*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| | Icke-missbrukare | Missbrukare[1] | Icke-missbrukare | Missbrukare[1] |
| 1966 | 1.33 | 1.70 | 1.27 | 1.86 |
| 1967 | 1.36 | 2.00 | 1.36 | 1.98 |
| 1968 | 1.41 | 2.15 | 1.30 | 2.17 |
| 1969 | 1.40 | 2.05 | 1.30 | 2.47 |
| 1965–70[2] | 2.13 | 4.54 | 1.66 | 4.26 |

1) Enligt status vid den mellersta observationen under perioden.
2) Avser hela undersökningsperioden = 21 kvartal = SMUs.

Någon väsentlig skillnad i arresteringsfrekvens föreligger inte mellan berörda män och kvinnor frånsett att de kvinnliga missbrukarna omhändertagits något oftare än de manliga under 1969. Även vid en beräkning av arresteringsfrekvensen per kvartal är förhållandena påfallande stabila (fig 18).

Tabell 41. *Arresteringstillfällen per injektionsmissbrukare respektive icke-missbrukare kvartalsvis för hela observationsperioden och för perioder med olika typer av narkotikapolitik.*

| Redovisningsperiod | Ej missbruk | Missbruk[1] |
|---|---|---|
| *Hela perioden:* (21 kvartal) | | |
| Män | 1.12 | 1.30 |
| Kvinnor | 1.12 | 1.34 |
| *Permissiv period:* (9 kvartal) | | |
| Män | 1.11 | 1.24 |
| Kvinnor | 1.10 | 1.27 |
| *Restriktiv period:* (6 kvartal) | | |
| Män | 1.30 | 1.34 |
| Kvinnor | 1.13 | 1.31 |
| *Extra restriktiv period:* (6 kvartal) | | |
| Män | 1.13 | 1.32 |
| Kvinnor | 1.13 | 1.43 |

[1]) Missbrukare har här beräknats enligt medianmetoden, se s 78.

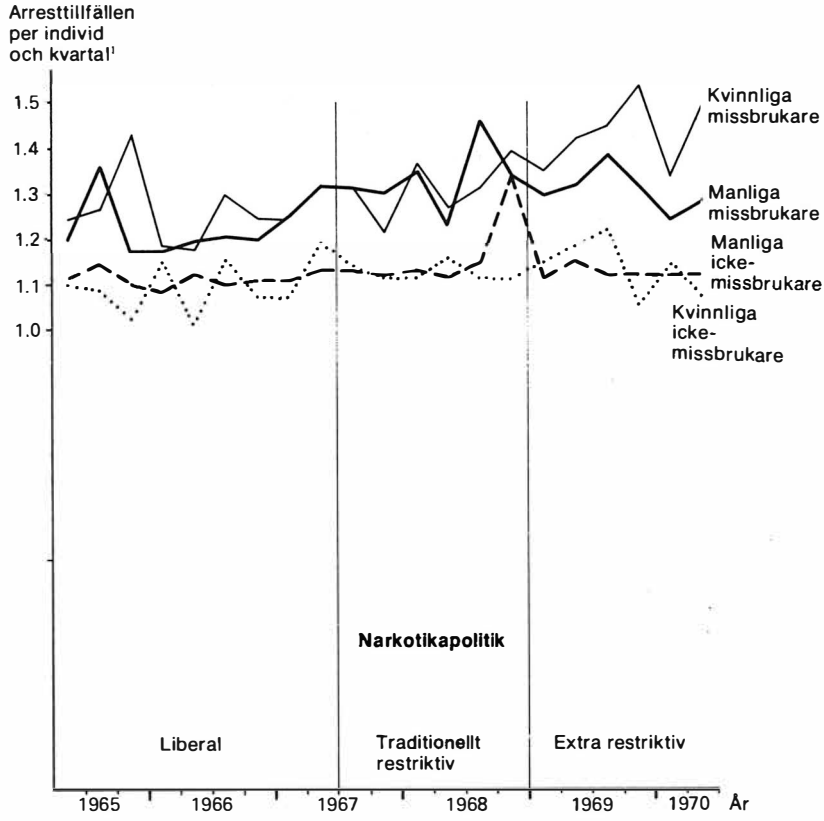



Fig 18. *Arresttillfällen per individ och kvartal beträffande svenska män och kvinnor gripna för brott m m.*

¹) Status som missbrukare respektive icke-missbrukare har beräknats på förhållandet vid den mellersta observationen respektive kvartal.

Genom division av korresponderande frekvenser i bilagorna 5 E och F har arresteringsfrekvensen beräknats kvartalsvis. Den har under hela observationsperioden hållit sig omkring 1,1 per icke-missbrukare och kvartal (tabell 41, s 149). Missbrukarna har som synes hela tiden haft en något högre arresteringsfrekvens än icke-missbrukarna. En lätt stegring av arresteringsfrekvensen för missbrukarna framträder, från omkring 1,24 tillfällen per manlig missbrukare och kvartal under den inledande permissiva perioden, till 1,34 under den restriktiva perioden. Under undersökningens sista period, då den extra restriktiva narkotikapolitiken för-

des, var de manliga missbrukarnas arresteringsfrekvens obetydligt lägre (1,32 gånger per kvartal) än under mellanperioden men väsentligt högre än under den liberala perioden.

Kvinnliga missbrukare blev under den extra restriktiva perioden 1969–70 återarresterade i betydligt större utsträckning än tidigare: 1,43 arresttillfällen per aktuell individ och kvartal mot 1,31 för den traditionellt restriktiva mellanperioden och 1,27 för den inledande permissiva perioden. Detta talar för att kvinnliga missbrukare under den extra restriktiva perioden i stor utsträckning frigavs eller avvek från institutioner, återvände till missbruksmiljöerna och snart återigen blev omhändertagna. En betydande del av de kvinnliga återomhändertagandena har gällt ungdomsvårdsskoleflickor, som i många fall avvikit upprepade gånger och återförpassats genom polisens försorg.

Slutsatser av analysen arresttillfällen/berörda individer blir att fortlöpande studier av det kontinuerliga flödet av arresttillfällen vid användande av optimala jämförelseperioder i denna undersökning praktiskt taget ger lika säkra värden på förändringar i missbruksförekomsten i klientelet som beräkningar på berörda individer. Om jämförelser över tid göres mellan den procentuella andelen injektionsfall i ett åldersklassat material av arresttillfällen kompenserar man för fluktuationer i befolkningens och polisklientelets ålderssammansättning, som kan bli betydande under längre jämförelseperioder. Genom ett sådant förfarande kompenserar man likaså i stor utsträckning för förändringar i polisens resurser och aktivitet.

När man inte primärt är intresserad av incidensen i injektionsmissbrukets utveckling utan vill följa missbrukets fluktuationer i en viss population, kan man således med fördel använda den snabbskattningsmetod som en flödesanalys av den beskrivna typen innebär. Vinsterna med denna metod jämfört med individbaserade prevalensskattningar ligger som nämnts särskilt på det undersökningsekonomiska planet: Skattningarna blir säkra, snabba och föga resurskrävande. Därtill kommer att metoden är lika användbar även i situationer där de undersöktas identitet av någon anledning inte kan fastställas.

## 4.3. Debutår och debutplats

Det är välkänt i litteraturen (Retterstöl och Sund 1965, Andersson och Gunne 1969, Vaillant 1969, Willis 1969, Rogers 1970) att narkomani är

synnerligen resistent mot extinktion sedan det en gång väl etablerats. Nytillskottet debutanter i en avancerad missbruksform, incidensen, bör följaktligen vara betydligt känsligare för ändringar i lagstiftning och polisaktivitet än totalantalet aktiva missbrukare, prevalensen. En rad bearbetningar har därför gjorts av uppgifter om debutår, debutålder, debutplats och diagnostiseringsår, dels med syfte att försöka rekonstruera incidens och prevalens, dels som försök att studera durationen mellan injektionsdebuten och första diagnostiseringstillfället i stickmärkesundersökningen under olika skeden av observationsperioden.

4.3.1. *Reliabiliteten i uppgifter om debutår*

Uppgivet debutår för intravenöst missbruk kan givetvis variera mellan olika undersökningstillfällen. När man skall använda missbrukarnas debutår för olika beräkningar måste man arbeta med ett bestämt debutår, oaktat att vederbörande kan ha lämnat divergerande uppgifter vid olika undersökningstillfällen.

Normalt bör missbrukaren knappast ha något intresse av att uppge felaktigt debutår. Divergerande uppgifter vid olika undersökningstillfällen bör väsentligen emanera från återerinringsfel eller bristfällig svarsmotivation. Kliniskt tyckte sig flera av undersökningssköterskorna notera en tendens hos missbrukarna att så småningom senarelägga debuten. Denna kliniska iakttagelse ledde till att den först lämnade debutuppgiften användes vid bearbetningarna, oavsett vad vederbörande angivit vid senare undersökningstillfällen.

Av 2 786 diagnostiserade svenska manliga injektionsmissbrukare (varav 39 var 45 år eller äldre) förelåg ingen uppgift om debutår för 232 individer, och för 1 036 förelåg endast en uppgift. För resterande 1 518 män förelåg två eller flera uppgifter, avgivna vid sammanlagt 5 293 tillfällen under hela observationsperioden. Jämfört med första uppgiften förelåg vid övriga tillfällen genomsnittligt en senareläggning av debuten med 0,3 år (tabell 42). Av 765 kvinnor förelåg ingen uppgift i 72 fall och en uppgift i 281 fall. Resterande 412 kvinnliga injektionsmissbrukare hade lämnat flera uppgifter, sammanlagt vid 1 595 tillfällen. Här förelåg genomsnittligt en senareläggning av debuten med 0,4 år.

För uppgifter som avlämnats samma år var differensen i förhållande till första uppgiften i medeltal 0,2 år för båda könen. Tendensen till senareläggning av debuten ökade sedan successivt och uppgick tre år efter första uppgiftstillfället till i medeltal 0,6 år för männen och 0,7 år för kvinnorna. Analogt med detta kan man räkna med att även den först

Tabell 42. *Diskrepans mellan konsekutiva uppgifter om debutår för intravenöst missbruk beträffande svenska män och kvinnor. Differens i år mellan det först uppgivna debutåret och senare lämnade uppgifter fördelade på år efter den först lämnade uppgiften.*

| | Män | | Kvinnor | |
|---|---|---|---|---|
| År efter första uppgiften | Antal uppgifts-tillfällen | Medeltal för differenserna mellan första uppgift och följande | Antal uppgifts-tillfällen | Medeltal för differenserna mellan första uppgift och följande |
| 0 | 2 168 | −0.2 | 674 | −0.2 |
| 1 | 1 524 | −0.3 | 481 | −0.5 |
| 2 | 1 047 | −0.6 | 276 | −0.6 |
| 3 | 435 | −0.6 | 145 | −0.7 |
| 4 | 116 | −0.7 | 19 | +0.4 |
| 5 | 3 | −0.7 | 0 | – |

lämnade debutuppgiften innebär en viss senareläggning av den faktiska debuten, speciellt för dem som diagnostiserats först långt efter debuten.

Resultaten visar att det på kliniska grunder fattade beslutet att göra erforderliga bearbetningar på den av varje missbrukare först lämnade uppgiften om debutår var det mest adekvata.

### 4.3.2. *Debut- och diagnostiseringsår*

Uppgift om debutår för intravenöst missbruk föreligger för 2 554 svenska män och 693 svenska kvinnor. De redovisas i tabell 43 fördelade på debut- och diagnostiseringsår. De som uppgivit debut före 1965 är här sammanförda till en grupp, men de skall senare särredovisas i ett avsnitt om incidens.

Under observationsperiodens början är de flesta missbrukare som observeras i arrestantflödet nya i undersökningen; mot slutet av undersökningsperioden dominerar de återomhändertagna, och de nydiagnostiserade blir färre. Antalet nydiagnostiserade var för båda könen högst 1967, då 673 manliga och 172 kvinnliga injektionsmissbrukare sågs för första gången i arrestantflödet.

Materialet i tabell 43 visas grafiskt i figurerna 19 och 20. Här kan man lätt följa takten i nydiagnostisering av grupperna som bildats på grundval av uppgivet debutår (debutcohorter).

Tabell 43. *Debutår för intravenöst missbruk och diagnostiseringsår beträffande svenska män och kvinnor.*

| Debutår | Antal Indivier | Diagnostiseringsår 1965[1] | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 | 1970[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Män* | | | | | | | |
| Före 1965 | 847 | 81 | 261 | 229 | 140 | 105 | 31 |
| 1965 | 415 | 63 | 119 | 107 | 65 | 47 | 14 |
| 1966 | 398 | – | 125 | 124 | 82 | 51 | 16 |
| 1967 | 452 | – | – | 213 | 141 | 68 | 30 |
| 1968 | 263 | – | – | – | 143 | 98 | 22 |
| 1969 | 154 | – | – | – | – | 121 | 33 |
| 1970[2] | 25 | – | – | – | – | – | 25 |
| Summa | 2 554 | 144 | 505 | 673 | 571 | 490 | 171 |
| *Kvinnor* | | | | | | | |
| Före 1965 | 209 | 30 | 77 | 37 | 29 | 28 | 8 |
| 1965 | 126 | 21 | 38 | 35 | 16 | 10 | 6 |
| 1966 | 118 | – | 32 | 41 | 22 | 16 | 7 |
| 1967 | 138 | – | – | 59 | 43 | 31 | 5 |
| 1968 | 56 | – | – | – | 23 | 30 | 3 |
| 1969 | 40 | – | – | – | – | 32 | 8 |
| 1970[2] | 6 | – | – | – | – | – | 6 |
| Summa | 693 | 51 | 147 | 172 | 133 | 147 | 43 |

[1]) 1965 omfattar kvartal II – IV.
[2]) 1970 omfattar kvartal I – II.

Med tanke på att 1965 och 1970 tyvärr är ofullständiga undersökningsår, med tre respektive två kvartals observationstid, måste korrigeringar göras för "underdiagnostiseringarna" dessa år för att kurvorna över dessa debutcohorter skall bli jämförbara. En aritmetisk extrapolering till helår har gjorts för de ofullständiga undersökningsåren, för 1965 från tre till fyra kvartal och för 1970 från två till fyra kvartal. Då en under ett givet år någon gång omhändertagen missbrukare som visats i genomsnitt ses ytterligare en gång samma år, blir dessa aritmetiskt extrapolerade värden dock alltför höga. De tendenser som skall belysas och de differenser som skall testas på denna del av materialet dämpas således vid dessa aritmetiska extrapoleringar. I figurerna 19 och 20 har de extrapolerade värdena genomgående markerats med svagt punkterade linjer. De

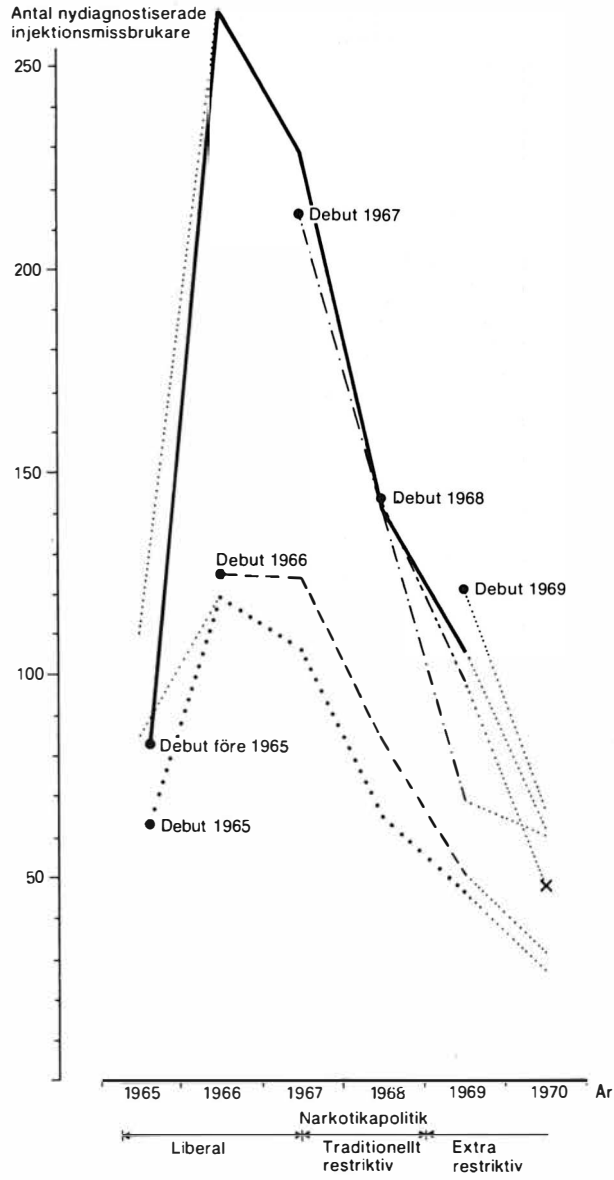



Fig 19. *Debut- och diagnostiseringsår för manliga svenska injektionsmissbrukare.* [1])

[1]) Aritmetisk extrapolering till helår har gjorts för de ofullständiga undersökningsåren 1965 (från tre till fyra kvartal) och 1970 (från två till fyra kvartal). Extrapoleringarna är svagt punkterade.

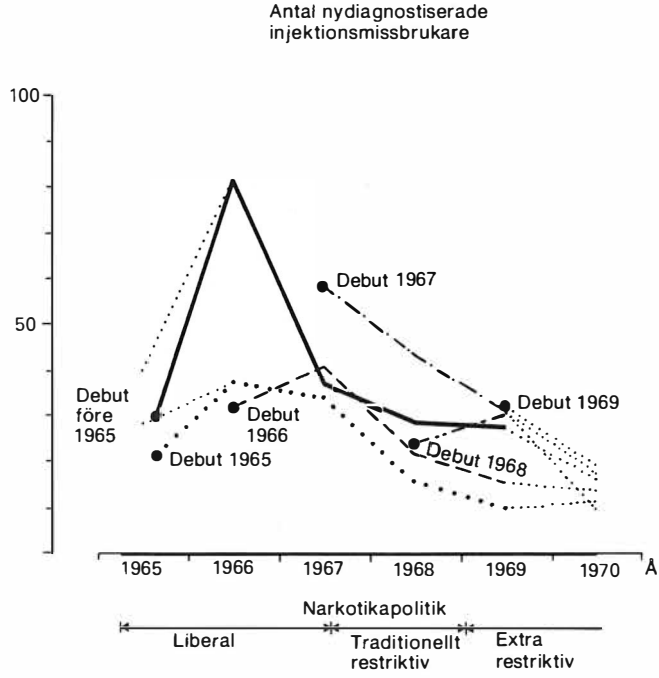



Fig 20. *Debut- och diagnostiseringsår för kvinnliga svenska injektionsmissbrukare.* [1])

[1]) Aritmetisk extrapolering till helår har gjorts för de ofullständiga undersökningsåren 1965 (från tre till fyra kvartal) och 1970 (från två till fyra kvartal). Extrapoleringarna är svagt punkterade.

absoluta antalen under olika år nydiagnostiserade injektionsmissbrukarna för olika debutår kan avläsas direkt (de återfinns också i tabell 43, s 154).

Även om man utgår från de extrapolerade värdena för 1965 är det uppenbart att i jämförelse med andra år relativt få av dem som debuterade 1965 diagnostiserades detta år. Även om det antal, som motsvarar extrapoleringen 1965, skulle ha blivit diagnostiserade 1965, och en motsvarande subtraktion göres från de under 1966 faktiskt diagnostiserade fallen, kvarstår att relativt få av 1965 års manliga debutanter blev diagnostiserade under debutåret. Betydande andelar av 1965 års debutanter blev inte diagnostiserade förrän två eller tre år senare. Detsamma gäller i ännu högre grad den stora grupp som debuterade före 1965. Även de som debuterade 1966 blev diagnostiserade i betydande utsträckning först ett år senare, för kvinnorna då t o m i större utsträckning än under

debutåret. Av debutanterna under de följande åren, då man förde en mera restriktiv narkotikapolitik, diagnostiserades en betydligt större andel under respektive debutår än under det närmast efterföljande året.

De hypoteser som berör tiden mellan injektionsdebut och diagnostisering under perioder med olika typer av narkotikapolitik har följande lydelse.

*Hypotes 4:* Tiden mellan uppgiven debut i intravenöst missbruk och första diagnostiseringstillfället bör vara längre under en liberal än under en restriktiv period.

*Hypotes 5:* Tiden mellan uppgiven debut i intravenöst missbruk och första diagnostiseringstillfället bör förkortas ytterligare om en traditionellt restriktiv narkotikapolitik skärps ytterligare.

Hypoteserna 4 och 5 prövas först på förhållandet mellan den andel av missbrukarna som blivit diagnostiserade under debutåret i jämförelse med dem som blivit diagnostiserade under det närmast efterföljande året. Då en successiv skärpning av den svenska narkotikapolitiken skedde under eller mellan åren 1966, 1967, 1968 och 1969 kan dessa förhållanden testas på det sätt som visas i tabell 44.

Av de män som uppgivit injektionsdebut 1966 diagnostiserades 125 under debutåret och 124 året därefter (alltså 50 % av dessa under debutåret). Av de män som debuterade 1967, då första halvåret omfattades av den liberala perioden medan den andra hälften representerade en återgång till den traditionellt restriktiva politiken, diagnostiserades 60 % under debutåret och 40 % under det efterföljande året. Denna skillnad mellan 1966 – 67 och 1967 – 68 i andelen under debutåret diagnostiserade manliga injektionsmissbrukare är signifikant (*). För kvinnornas vidkommande är ökningen större (+14,0 %) men inte signifikant. För könen sammantagna blir stegringen +10,8 % och signifikant (**). Tiden mellan debut i intravenöst missbruk och det första diagnostiseringstillfället har alltså varit längre under det liberala året 1966 än under 1967, då återgången till den restriktiva politiken skedde. Hypotes 4 får således stöd i materialet.

Av de män som debuterade 1968 diagnostiserades under själva debutåret praktiskt taget en lika stor andel (59 %) av gruppen diagnostiserade under debutåret och det närmast följande året som fallet var 1967 (60 %). I det lilla kvinnliga materialet med betydande slumpinflytande diagnostiserades relativt få av 1968 års debutanter under debutåret (endast 23 individer) medan 30 av dem diagnostiserades året därefter. Hypotes 4 får således inte stöd i detta avsnitt av materialet.

Tabell 44. *Antal svenska män och kvinnor som nydiagnostiserats som intravenösa missbrukare under debutåret respektive året efter den uppgivna debuten.*

| År | Narkotikapolitik | 1 Debut-året | 2 Året efter debuten | 3 1 i % av 1+2 | 4 Diffe-rens | 5 Signi-fikans |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Män* | | | | | | |
| 1966 | Liberal | 125 | 124 | 50.2 | | |
| | | | | | +10.0 | * |
| 1967 | Halva året liberal, halva restriktiv | 213 | 141 | 60.2 | | |
| | | | | | − 0.9 | − |
| 1968 | Restriktiv | 143 | 98 | 59.3 | | |
| | | | | | + 5.4 | − |
| 1969 | Extra restriktiv | 121 | (66)[1] | 64,7 | | |
| *Kvinnor* | | | | | | |
| 1966 | Liberal | 32 | 41 | 43.8 | | |
| | | | | | +14.0 | − |
| 1967 | Halva året liberal, halva restriktiv | 59 | 43 | 57.8 | | |
| | | | | | −14.4 | − |
| 1968 | Restriktiv | 23 | 30 | 43.4 | | |
| | | | | | +23,3 | (*)[1] |
| 1969 | Extra restriktiv | 32 | (16)[1] | 66,7 | | |
| *Män och kvinnor* | | | | | | |
| 1966 | Liberal | 157 | 165 | 48.8 | | |
| | | | | | +10.8 | ** |
| 1967 | Halva året liberal, halva restriktiv | 272 | 184 | 59.6 | | |
| | | | | | − 3.1 | − |
| 1968 | Restriktiv | 166 | 128 | 56.5 | | |
| | | | | | + 8.6 | − |
| 1969 | Extra restriktiv | 153 | (82)[1] | 65,1 | | |

[1]) En dubblering har gjorts av fynden under första halvåret 1970.

Vad slutligen beträffar förhållandet vid övergång från den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken 1968 till den extra restriktiva politiken 1969 ökades den andel av de manliga injektionsmissbrukarna som diagnostiserades under debutåret (59 % av de under 1968 – 69 diagnostiserade manliga debutanterna från 1968) till 1969 (då 65 % av de under 1969 – 70 diagnostiserade männen med injektionsdebut 1969 diagnostiserades). Den

i enlighet med hypotesen förväntade ökningen är inte signifikant för männen men är det (vid extrapolering) i det kvinnliga materialet, där den är betydligt mera framträdande (tabell 4). Signifikans erhålles inte heller när beräkningen utföres på könen sammantagna. Hypotes 5 får således inte stöd i detta avsnitt av materialet.

Särskilt intressanta är diagnostiseringsförhållandena för dem som debuterat före 1965, d v s ända sedan epidemins begynnelse i slutet av 1940-talet. Skillnaden i diagnostiseringstakt mellan dessa äldre missbrukare och nybörjarna är så anmärkningsvärd att man måste fråga sig, om inte en betydande del av veteranerna var abstinenta under 1965 och återföll 1966, under suggestioner från den synnerligen omfattande publiciteten i Sverige kring narkotika och narkotikamissbruk detta år (Malmstedt 1970). Å andra sidan var ålderssammansättningen givetvis radikalt annorlunda i veterangruppen än bland de senare debutanterna och därmed också arten och omfattningen av deras kriminella aktivitet och risk att hamna hos polisen. De äldre missbrukarna borde dock i större utsträckning än de nya vara kända av polisen och enbart av denna anledning löpa en högre arresteringsrisk. Fyndet är så markant och intressant att det vore värdefullt att penetrera frågan med en intervjuundersökning av ett slumpmässigt urval bland den diagnostiserade veterankretsen. Den negativa effekten av en omfattande och okritisk publicitet kring missbruksdroger på såväl långtidsabstinenta narkomaner som ungdom i riskzonen torde numera vara allmänt accepterad.

I den grafiska redovisningen i fig 19 och 20 (s 155 – 156) framträder klara tendenser i enlighet med hypoteserna 4 och 5. Även beträffande de kvinnliga injektionsmissbrukarna är det uppenbart att en längre tid förflöt mellan injektionsdebut och diagnos under den liberala perioden än under den restriktiva perioden, men man måste här följa längre förlopp än två år.

I fig 21 – 22 (s 160) har förhållandet mellan debutår och diagnostiseringstakt standardiserats. De injektionsmissbrukare som diagnostiserats under själva debutåret har satts till 100 i en indexserie, där de under efterföljande år diagnostiserade fallen med samma debutår markerats år för år i proportion till utgångsvärdet 100. Kurvorna över dessa debutcohorter är således alla sammanförda i en gemensam utgångspunkt med 100 indexenheter för antalet diagnostiserade under respektive debutår. För 1965 har de noterade värdena beträffande under året diagnostiserade debutanter räknats upp med en tredjedel för att kompensera det felande första kvartalet. För 1970 har fynden för det första halvåret

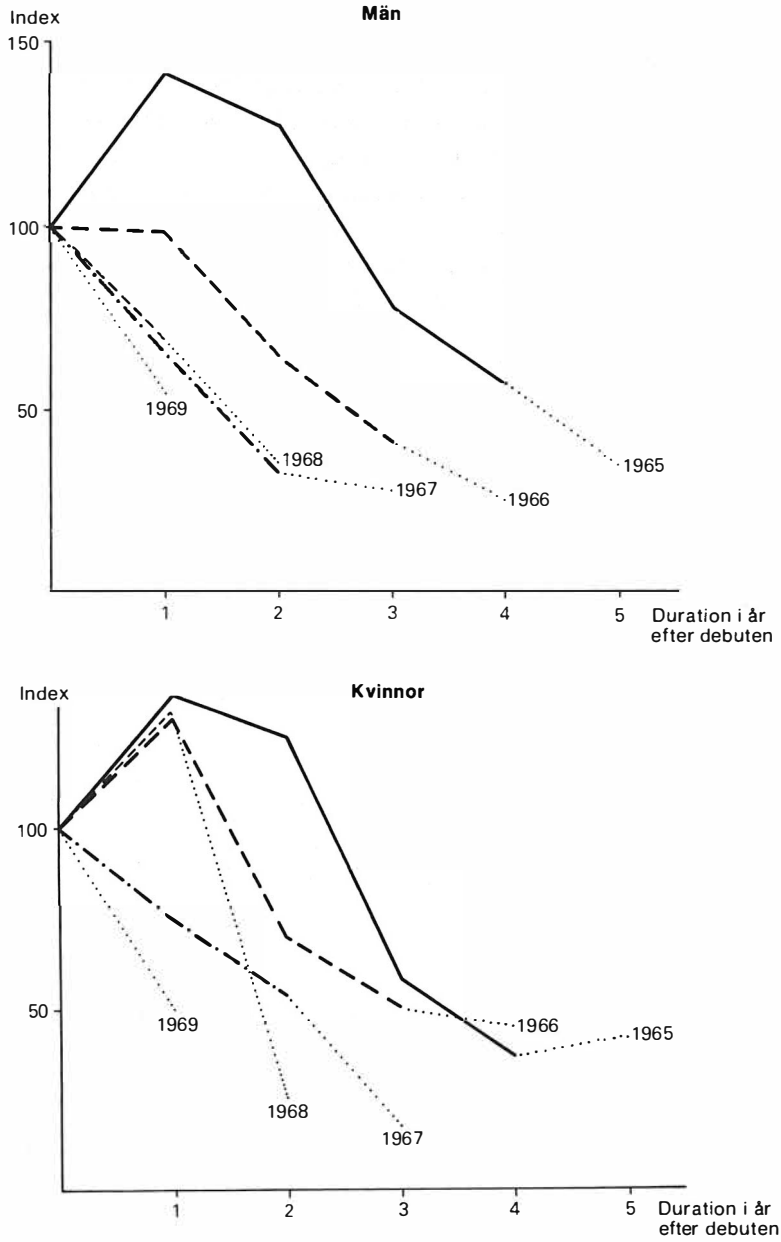



Fig 21 – 22. *Debutcohorter: Standardiserade relationer mellan andelen under debutåret och senare diagnostiserade injektionsmissbrukare, män respektive kvinnor med debut under åren 1965 – 1969.*

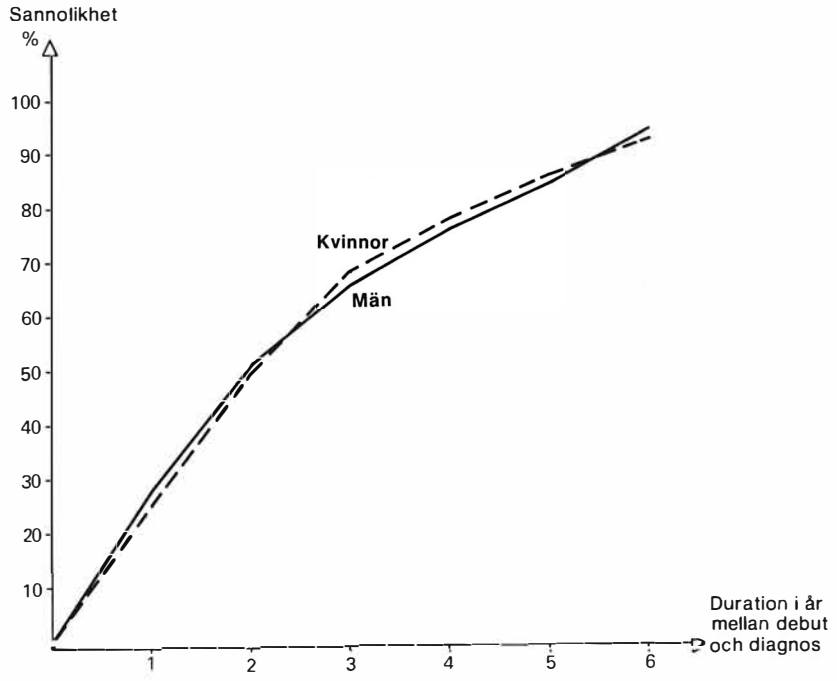



Fig 23. *Sannolikheten för viss duration mellan injektionsdebut och diagnostisering i stickmärkesundersökningen 1965 – 1970.*

dubblerats och motsvarande extrapoleringar markerats med punkterade linjer för varje debutcohort.

För 1965 års debutcohort har kurvorna för män och kvinnor nästan identiska förlopp med starkt fördröjd diagnostiseringstakt under den liberala perioden 1965 – 1967. För de män och kvinnor som debuterat i injektionsmissbruk under 1966 blir diagnostiseringstakten som synes (fig 21 – 22) betydligt snabbare än för 1965 års debutanter. Tendensen till snabbare diagnostisering blir sedan ytterligare stegrad för 1967 års debutanter. Det är således visat att durationen mellan injektionsdebut och diagnos i detta material har förkortats successivt när den förda narkotikapolitiken utformats mera restriktivt.

Den för frågan om praktiska hjälpåtgärder och tidig behandling ytterst viktiga durationen mellan injektionsdebut och diagnos skall illustreras

med ytterligare en teknik, den s k life-table-metoden. Den kan i detta fall uttryckas som sannolikheten för en viss missbruksduration för dem som diagnostiserats under de olika undersökningsåren. I fig 23 (s 161) har alla injektionsmissbrukare som debuterat från 1965 till observationstidens slut och som diagnostiserats under samma tidsrymd sammanförts i två kurvor, en för män och en för kvinnor. De som debuterat före 1965 och senare diagnostiserats har tagits in i detta material med 1964 som tekniskt debutår med hänsyn till risken att bli observerad och diagnostiserad i undersökningen. Diagrammet visar sannolikheten för olika missbruksdurationer i det nydiagnostiserade materialet.

I fig 23 ser man att ungefär 25 % av såväl de manliga som de kvinnliga injektionsmissbrukarna i femårsmaterialet diagnostiserats inom ett år efter debuten; inom två år har drygt 50 % diagnostiserats. Inom tre år efter debuten har 67 % av de manliga och 70 % av de kvinnliga diagnostiserats. Inom fyra år är 77 % av de manliga och 80 % av de kvinnliga fallen kända; efter fem år är omkring 86 % av de manliga och 88 % av de kvinnliga injektionsmissbrukare som kommer att observeras i stickmärkesundersökningen diagnostiserade. Winicks (1965) erfarenhet från USA att narkomaniserade kvinnor (intravenösa heroinister) blir kända av polisen senare än narkomaniserade män har således inte motsvarighet i stickmärkesundersökningen. Av en rad skäl hade man, som nämnts i hypotesavsnittet, väntat att de kvinnliga missbrukarna skulle bli kända senare också i det svenska materialet. Att så inte blivit fallet kan bero på varierande undersökningsteknik: De svenska missbrukarna har diagnostiserats på grundval av förekomsten av stickmärken, oavsett anledningen till polisomhändertagandet, medan de amerikanska missbrukarna synes ha registrerats allteftersom de blivit kända som narkomaner, främst sannolikt på grundval av illegal befattning med narkotika etc.

Kurvorna över debut- och diagnostiseringsår (fig 19 och 20, s. 155 – 156) ger också en uppfattning om storleksordningen av de missbrukargrupper med olika debutår, som kan förväntas bli diagnostiserade i stickmärkesundersökningen under kommande år, efter den nu aktuella undersökningsperiodens slut. Man kan skönja att dessa frekvenskurvor får långdragna svansar som asymptotiskt närmar sig noll. Detta framgick också i undersökningen av representativiteten (se fig 5, s 96). Det framgår klart att huvudparten av de intravenösa missbrukare, som blir kända i stickmärkesundersökningen, diagnostiseras under de tre första åren efter debuten under förutsättning att den officiella narkotikapolitiken är restriktiv.

Tabell 45. *Divergens mellan konsekutiva uppgifter om debutplats för intravenöst missbruk. De förnyade uppgifterna har grupperats kronologiskt i år efter först lämnade uppgift.*

| | Män | | | Kvinnor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| År efter första uppgift | 1 Överens-stämmelse | 2 Ej överens-stämmelse | 3 2 i % av 1 + 2 | 4 Överens-stämmelse | 5 Ej överens-stämmelse | 6 5 i % av 4 + 5 |
| 0 | 1 937 | 159 | 7.6 | 581 | 35 | 5.7 |
| 1 | 1 335 | 88 | 6.2 | 419 | 28 | 6.3 |
| 2 | 897 | 70 | 7.2 | 238 | 15 | 5.9 |
| 3 | 335 | 29 | 7.9 | 108 | 3 | 2.7 |
| 4 | 53 | 7 | 11.7 | 13 | 0 | – |
| 5 | 0 | 0 | – | 0 | 0 | – |
| Summa I | 4 557 | 353 | 7.2 | 1 359 | 81 | 5.6 |
| Summa II | 4 910 | | | 1 440 | | |

4.3.3. *Diskrepans mellan uppgifter om debutplats lämnade vid olika konsekutiva undersökningstillfällen*

Uppgift om platsen för injektionsdebuten har ett betydande intresse. Svaren har grupperats enligt följande alternativ: Stockholm, Göteborg, landsorten, utomlands samt ingen uppgift (vet ej, vägrar svara, ej i stånd att svara). Innan redogörelse lämnas för debuttakten fördelad på debutplats och debutår är det på sin plats att redogöra för överensstämmelsen mellan uppgifter lämnade vid olika undersökningstillfällen.

Av 2 786 manliga svenska missbrukare (varav 39 över 45 år) lämnade 295 ingen uppgift om debutplats (vid sammanlagt 387 undersökningstillfällen). 937 manliga missbrukare lämnade endast en uppgift om debutplats. Övriga 1 554 manliga missbrukare lämnade uppgifter om debutplats vid 4 910 tillfällen förutom första uppgiften. Endast vid 353 tillfällen (7,2 %) divergerade senare uppgifter från den ursprungliga (tabell 45).

Av 765 kvinnliga svenska missbrukare lämnade 101 ingen uppgift om debutplats (vid sammanlagt 122 undersökningstillfällen). 273 lämnade endast en uppgift om debutplats. Övriga 391 kvinnliga missbrukare lämnade uppgifter om debutplats vid 1 440 tillfällen förutom första uppgiften. Endast vid 81 tillfällen (5,6 %) divergerade senare uppgift från den ursprungliga.

Tabell 46. *Uppgiven debutplats för intravenöst missbruk och ålder vid debuten; svenska medborgare diagnostiserade 1965 – 1970.*

| | Män | | | Kvinnor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Debutplats | Antal | Debut-medel-ålder | Medel-fel | Antal | Debut-medel-ålder | Medel-fel |
| Stockholm | 2 075 | 22.4 | 0.2 | 554 | 20.4 | 0.3 |
| Göteborg | 40 | 19.4 | 0.6 | 13 | 18.5 | 0.9 |
| Landsorten | 127 | 21.2 | 0.5 | 23 | 15.8 | 0.4 |
| Utomlands | 26 | 19.5 | 0.9 | 6 | 21.2 | 3.8 |
| Uppgivit debutålder men ej debutplats | 286 | 23.7 | 0.4 | 97 | 21.4 | 0.7 |
| Uppgivit debutplats men ej debutålder | 223 | – | – | 68 | – | – |
| Uppgivit varken debut-plats eller debut-ålder | 9 | – | – | 4 | – | – |
| Totalt | 2 786 | | | 765 | | |

Någon med tiden tilltagande tendens till osäkerhet beträffande debutplatsen framkommer inte. En betydande andel av de divergerande uppgifterna beträffande debutplats emanerar från varierande klassifikation av platser i förortsområdet, vilka stundom förts till Stockholm och vid andra tillfällen till landsorten. En annan felkälla är att en del missbrukare kan ha gjort ett långvarigt, ibland kanske flerårigt uppehåll mellan någon enstaka, inledande injektion och ett regelbundet injicerande, och senare kommit att betrakta återfallet som den egentliga debuten. Att trots dessa klassifikationssvårigheter endast 7 % av uppgifterna om debutplats divergerat från tidigare lämnade talar för en god trovärdighet i de uppgifter missbrukarna lämnat till denna undersökning.

### 4.3.4. *Debutplats och debutålder*

Stockholm är givetvis den helt dominerande debutplatsen för intravenöst missbruk bland de svenska injektionsmissbrukare som diagnostiserats i undersökningen. Det är förvånansvärt få som uppgivit debut utanför Stockholm (tabell 46).

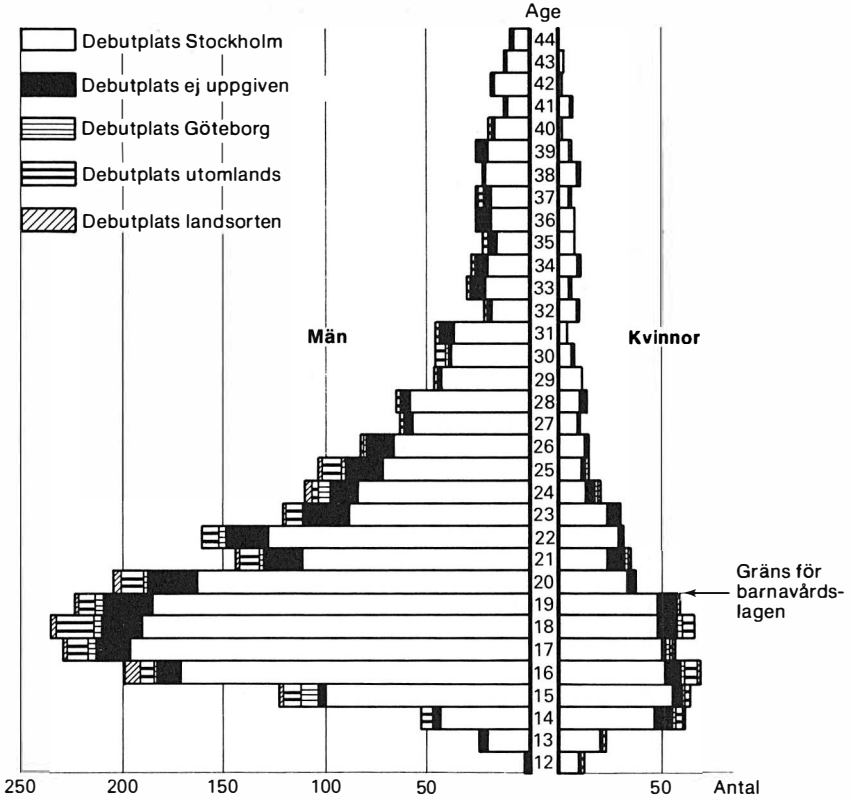



Fig 24. *Debutplats och debutålder för svenska injektionsmissbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965 – 1970.*

Den genomsnittliga debutåldern har i Stockholm varit 22,4 år (±0,2) för männen och 20,4 år (±0,3) för kvinnorna (tabell 46). De som debuterat i Göteborg (och diagnostiserats i denna stockholmsundersökning) synes ha haft en yngre debut, männen vid 19,4 (±0,6) och kvinnorna vid 18,5 år (±0,9). Även de som debuterat i "landsorten" är påfallande unga, särskilt flickorna, som i genomsnitt endast varit 15,8 år (±0,4) i denna grupp. Denna låga ålder bland Göteborgs- och landsortsdebutanterna torde främst bero på att en betydande andel av dessa debuter har skett i anslutning till omhändertaganden på ungdomsvårdsskolor, där noviser initierats i injektionsmissbruk av mera erfarna kamrater. Därtill torde man få räkna med att äldre missbrukare och debutanter är geografiskt mindre rörliga än yngre.

Tabell 47. *Kumulativ relativ frekvens av injektionsdebut före viss ålder bland missbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965 – 1970.*

| Ålder | Män % | Kvinnor % |
|---|---|---|
| <15 | 3.1 | 13.6 |
| <20 | 42.9 | 58.7 |
| <25 | 71,8 | 80.2 |
| <30 | 85.8 | 89.5 |
| <35 | 92.5 | 94.2 |
| <40 | 97.3 | 98.7 |
| <45 | 100.0 | 100.0 |

De differenser i debutålder geografiskt sett, som framkommer i denna stockholmsundersökning, utsäger givetvis inte någonting om den faktiska debutåldern bland missbrukarna i Göteborg eller landsorten, endast att de som diagnostiserats i Stockholm och uppgivit debut utom Stockholm skiljer sig åldersmässigt från stockholmsdebutanterna.

I fig 24 (s 165) visas hela materialet av diagnostiserade svenska injektionsmissbrukare för hela observationsperioden efter debutålder och debutplats. Typvärdet ligger för kvinnorna redan vid 16 år, för männen vid 18 år. Medianåldern för injektionsdebuten har varit 19,0 år för kvinnorna och 20,9 för männen.

I tabell 47 har den procentuella fördelningen av injektionsdebuterna angivits för olika åldersgränser (femårsklasser). 43 % av männen och 59 % av kvinnorna hade debuterat före 20 års ålder, 86 respektive 89 % före 30 års ålder.

För dem som uppgivit sig ha debuterat i Stockholm anges i tabell 48 incidens, debutmedelålder och debutmedelålderns medelfel från epidemins begynnelse på 40-talet fram till 1970. Den genomsnittliga debutåldern har som synes endast fluktuerat obetydligt under den 25-årsperiod som berörs, men de fåtaliga debutanterna i epidemins början synes ha varit något yngre än senare. Mycket talar dock för att detta endast är skenbart. Differensen kan helt förklaras av att många äldre missbrukare avlidit och att de som fortfarande lever med sitt missbruk är så gamla att de inte längre ses så ofta hos polisen i kriminella sammanhang.

Den osäkerhet som vidlåder ålder vid injektionsdebuter som ligger flera decennier tillbaka gäller inte debutålder för dem som debuterat

Tabell 48. *Uppgiven ålder vid debut i intravenöst missbruk för dem som debuterat i Stockholm och diagnostiserats i stickmärkesundersökningen 1965–1970.*

| År | Män | | | Kvinnor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | Medel-ålder | Medelfel | Antal | Medel-ålder | Medelfel |
| Före 1945 | 1 | 19.0 | 0 | 0 | – | – |
| 1945 | 0 | – | – | 0 | De som debuterat före 1965 | |
| 1946 | 3 | 21.3 | 1.5 | 0 | har diagnostiserats under | |
| 1947 | 4 | 17.3 | 1.7 | 0 | hela observationsperioden, | |
| 1948 | 4 | 17.8 | 2.3 | 0 | de som debuterat 1965 eller | |
| 1949 | 3 | 19.7 | 0.3 | 0 | senare har diagnostiserats | |
| 1950 | 4 | 21.5 | 2.4 | 0 | under en successivt avtagande | |
| 1951 | 3 | 20.0 | 3.5 | 0 | observationstid. | |
| 1952 | 12 | 20.0 | 1.5 | 0 | | |
| 1953 | 10 | 20.6 | 1.0 | 0 | – | – |
| 1954 | 9 | 21.9 | 1.5 | 3 | 19.0 | 4.5 |
| 1955 | 8 | 23.5 | 1.7 | 0 | – | – |
| 1956 | 24 | 20.5 | 0.8 | 1 | 24.0 | 0 |
| 1957 | 28 | 21.3 | 0.9 | 4 | 15.5 | 1.0 |
| 1958 | 48 | 22.4 | 0.9 | 9 | 19.9 | 1.4 |
| 1959 | 42 | 22.2 | 0.9 | 11 | 16.8 | 1.2 |
| 1960 | 30 | 20.7 | 1.0 | 12 | 22.3 | 2.4 |
| 1961 | 46 | 21.7 | 0.7 | 9 | 19.0 | 2.0 |
| 1962 | 63 | 23.0 | 0.8 | 19 | 20.6 | 1.5 |
| 1963 | 108 | 22.5 | 0.6 | 35 | 19.4 | 1.0 |
| 1964 | 193 | 23.0 | 0.5 | 52 | 21.7 | 0.9 |
| 1965 | 329 | 22.4 | 0.4 | 96 | 19.7 | 0.6 |
| 1966 | 331 | 22.7 | 0.4 | 101 | 20.2 | 0.7 |
| 1967 | 393 | 22.1 | 0.4 | 117 | 20.8 | 0.7 |
| 1968 | 221 | 22.4 | 0.5 | 45 | 21.0 | 1.1 |
| 1969 | 136 | 23.4 | 0.7 | 34 | 21.9 | 1.1 |
| 1970[1]) | 22 | 21.6 | 1.2 | 6 | 19.0 | 1.2 |
| Totalt | 2 075 | 22.4 | 0.2 | 554 | 20.4 | 0.3 |

[1]) Avser injektionsmissbrukare som såväl debuterat som diagnostiserats under första halvåret 1970.

under observationsperioden. Det är särskilt intressant att se om några markanta ändringar härvidlag inträdde i samband med skiftningarna i narkotikapolitiken.

*Hypotes 7:* Medelåldern för missbruksdebuten bör förväntas stiga vid övergång från en liberal till en restriktiv narkotikapolitik.

Såväl 1965 som 1966 omfattades av den liberala perioden, 1967 var ett intermediärt år med växling i politiken, medan hela 1968 präglades av den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken och denna skärptes ytterligare 1969 till en extra restriktiv narkotikapolitik. Uppgifterna för åren 1965 – 66 kan således med fördel slås samman och jämföras med uppgifterna för 1968 – 69.

De män som uppgivit att de debuterat i intravenöst missbruk under åren 1965 – 66 har en genomsnittlig debutålder av 22,6 (±0,3) år, medan de som uppgivit debut under åren 1968–69 har en genomsnittlig debutålder av 22,8 (±0,4) år. Debutåldern steg således som förväntat vid övergången från en permissiv till en restriktiv narkotikapolitik, men differensen 0,2 för männen är inte signifikant.

För kvinnornas vidkommande är den genomsnittliga debutåldern för dem som debuterat under åren 1965 – 66 20,0 (±0,5) år och för dem som debuterat 1968 – 69 21,4 (±0,8) år. Inte heller denna differens om 1,4 år är signifikant, då de absoluta talen är för små (tabell 48, s 167).

För könen sammantagna är den genomsnittliga debutåldern för dem som debuterat under åren 1965 – 66 22,0 (±0,2) år och för dem som debuterat 1968 – 69 22,5 (±0,4) år. Inte heller denna totala differens om 0,5 år är signifikant.

Sammanfattningsvis kan man således hävda att debutåldern för intravenöst missbruk i de diagnostiserade fallen visserligen steg för såväl män som kvinnor vid övergången från en liberal till en restriktiv narkotikapolitik, men åldersdifferenserna är inte signifikanta. I stort kan man hävda att debutåldern i injektionsmissbruk inte synes ha undergått några större förändringar under 25-årsperioden från epidemins start fram till 1970.

## 4.4. Incidens- och prevalensskattningar av intravenöst missbruk

Att på grundval av undersökningsfynden i stickmärkesundersökningen 1965 – 70 försöka skatta den faktiska incidensen och prevalensen av injektionsmissbruket i Stockholm före och under observationsperioden är ytterst vanskligt. Visserligen visade den genomförda representativitetsundersökningen att stickmärkesundersökningens fynd i mycket hög grad är representativa för de observationer av injektionsmissbruket, som man lyckats göra från socialvårdens och sjukvårdens sida, och den i avsnitt 4.3.2 utförda analysen av sambandet mellan debut- och diagnostiseringsår medger skattningar av de hittills inte observerade missbrukare,

som kan förväntas bli kända i undersökningen efter varierande tidslängd, men många osäkerhetsmoment kvarstår, särskilt beträffande retrospektiva skattningar för tiden före undersökningens början.

En betydande andel av injektionsmissbrukarna från 40- och 50-talen var veterligen döda innan stickmärkesundersökningen inleddes och ingår följaktligen inte i de beräkningar som kan göras på grundval av fynden under observationsperioden. En del av missbrukarna från epidemins tidigare stadium har upphört med sitt missbruk före observationsperioden, andra har fortsatt missbruket men lämnat stockholmsområdet. Slutligen råder viss osäkerhet om hur stor andel av det faktiska antalet injektionsmissbrukare som inte var kända hos någon av rapporteringskällorna i case-finding-studien 1967 (s 81). Även om vi genom analys av överlappningarna i rapporterna från de olika rapporteringskällorna kan få en viss uppfattning om den okända populationens storlek föreligger dock sammantaget betydande osäkerhetsmoment för retrospektiva skattningar av den totala incidensen och prevalensen av detta missbruk i stockholmsområdet från epidemins början och framöver. När överdödligheten för denna missbrukargrupp senare studerats noggrant och korrigeringar kan göras med de konstanter som erhålles på detta sätt blir grundvalarna för retrospektiva rekonstruktioner av incidens och prevalens säkrare. Men fortfarande kvarstår svårigheter att skatta eventuellt varierande dödlighet under olika faser av epidemin liksom att skatta de fluktuationer i missbruksaktivitet som sammanhänger med narkotikapolitiken och tillgången på droger på den illegala marknaden före observationsperiodens början. Vad man kan avläsa vid olika studier av missbruk och narkomani i ett samhälle är givetvis konsumtionsmönstret, inte drogberoendets grad och utbredning. Vid riklig tillgång på droger finns många nya drogkonsumenter som ännu inte nått beroendestadiet (Bejerot 1971*b*. 1972*d*), vid mycket knapp tillgång på droger tvingas å andra sidan även många starkt drogberoende till abstinens. Exempel på den senare situationen är avskaffandet av den månghundraåriga opiumrökningen i Kina omedelbart efter revolutionen 1949 (Blaustein 1962) och den framgångsrika kampen mot det mycket omfattande metamfetaminmissbruket i Japan vid mitten av 50-talet (Brill och Hirose 1969). Den svenska spritstrejken 1963 gav temporärt upphov till en likartad situation (Bjerver och Neri 1965) liksom tiodubblingen av spritpriserna i Danmark 1917 (Svensson 1973).

Stickmärkesundersökningen ger däremot möjlighet till retrospektiva skattningar av minimiincidens och minimiprevalens av injektionsmissbruket på basen av lämnade uppgifter om debutår. Även om en del av de

under observationstiden diagnostiserade veteranerna kan ha haft abstinensperioder av varierande längd innebär detta inte någon egentlig felkälla vid dessa skattningar. Dels vet vi att det intravenösa missbruket av centralstimulantia karaktäriseras av korta och intensiva injektionsperioder omväxlande med korta restitutionsperioder (Inghe 1969, Kramer 1969, Gunne 1970), dels vet vi att det psykiska drogberoendet är ett tillstånd med tendens till kronisk karaktär (Ausubel 1958, Cronholm 1969, Inghe 1969, Vaillant 1969, Black et al 1970, Carlsson 1970, Rogers 1970) och att risken för återfall är överhängande även efter åratals uppehåll, särskilt om medlen är lättillgängliga. Det är därför inte fel att i prevalensskattningarna inkludera de under observationsperioden diagnostiserade missbrukarna som aktiva missbrukare sedan debuten, med bortseende från de längre och/eller kortare uppehållsperioder som har funnits.

Särskilt intressant blir att försöka justera den diagnostiserade minimiincidensen och motsvarande minimiprevalens för den underdiagnostisering som p g a avtagande expositionstider drabbat dem som debuterade mot slutet av observationsperioden: Alla som debuterade före 1965 har som nämnts varit riskexponerade under lika lång tid (5 år och 3 månader), medan debutanterna från 1965 och senare år har vait exponerade under avtagande observationsperioder. Därtill kommer att de under olika perioder löpt varierande risker att bli diagnostiserade p g a skiftande narkotikapolitik i landet.

Retrospektiva skattningar av denna typ måste givetvis också korrigeras för den betydande överdödlighet som veterligen förekommer bland narkotikamissbrukare (Helpern och Rho 1967, James 1967, Bewley och Ben-Arie 1968, Baden 1972*b*). Dödligheten bland de i stickmärkesundersökningen diagnostiserade missbrukarna har enligt preliminära beräkningar beträffande dem som debuterat i injektionsmissbruk 1965 varit omkring en procent per år, vilket är cirka tio gånger den för dessa åldrar normala (SOU 1969:52, s 112). Överdödligheten har således en viss inverkan på incidens- och prevalensskattningarna. När överdödligheten i stickmärkesundersökningen analyserats närmare skall försök till korrigerade incidens- och prevalensskattningar presenteras i senare uppsatser.

### 4.4.1. *Okorrigerad minimiincidens*

I bilaga 6 anges de i stickmärkesundersökningen diagnostiserade intravenösa missbrukarna efter debutår och debutplats. Huvudparten av den

relativt stora grupp, som inte lämnat uppgift om debutplats (295 svenska män och 101 kvinnor; tabell 46, s 164), torde ha debuterat i Stockholm. För detta talar att gruppen är betydligt större än alla som uppger debut utanför Stockholm sammantagna. Då Göteborgs- och utlandsdebutanterna är mycket få i materialet och då en betydande del av dem som debuterat i landsorten veterligen utgörs av stockholmare som initierats i injektionsmissbruket under vistelse på ungdomsvårdsskolor och kriminalvårdsanstalter och sedan återvänt till Stockholm är det befogat att sammanföra alla diagnostiserade fall till en gemensam incidensserie. Denna blir ändå, av skäl som tidigare anförts, betydligt lägre än den faktiska incidensen av injektionsmissbruket, särskilt från och med 1965. Det är alltså fråga om en minimiskattning, som trots sina felkällor är av betydande intresse.

De första tidsangivelserna är mycket osäkra och torde ha sin grund i en sammanblandning av subkutana och intravenösa injektioner. Redan i slutet av 1800-talet fanns det enstaka morfinister, särskilt bland läkare, vilka injicerade sig subkutant (Sjögren 1974). De första fallen i den presenterade incidensserien torde vara av subkutan natur, men de har senare övergått till intravenösa injektioner, i många fall av såväl opiater som centralsitmulantia. Fyra svenska män uppger sig ha lärt den intravenösa injektionstekniken i USA omedelbart efter kriget, under åren 1945 – 47. En av dessa har intervjuats ingående och hans uppgifter förefaller trovärdiga: Han uppger att han som ung sjöman lärde sig injektionstekniken i New Orleans. En författare som började injicera sig omkring 1947 – 48 hävdar med bestämdhet att han skulle vara pionjären i Sverige.

Vid slutet av 40-talet fanns det en liten kärna av tidiga injektionsmissbrukare i Stockholm, och missbruksmiljöerna började ta form. Debutanterna har listats kronologiskt efter uppgivet debutår, varför en noggrann uppföljning av epidemins första fas kan göras genom intervjuer med den kända kärngruppen och genom studier av bevarat aktmaterial vid barnavårdsnämnden, polisen, domstolarna, kriminalvården och sjukvården. Tills vidare kan man notera att mycket talar för att den avancerade intravenösa injektionstekniken introducerades i Sverige från USA strax efter krigsslutet. Ursprungligen lär tekniken emanera från Egypten; de äldsta referenserna förlägger ursprunget till Kairo 1925 (O'Donnell och Jones 1970).

Några få uppger injektionsdebut i landsorten i början av 50-talet, troligen genom kontakter på kriminalvårdsanstalter. Den första göteborgsdebutanten i materialet påstår sig ha börjat injicera 1954. Missbruket före-

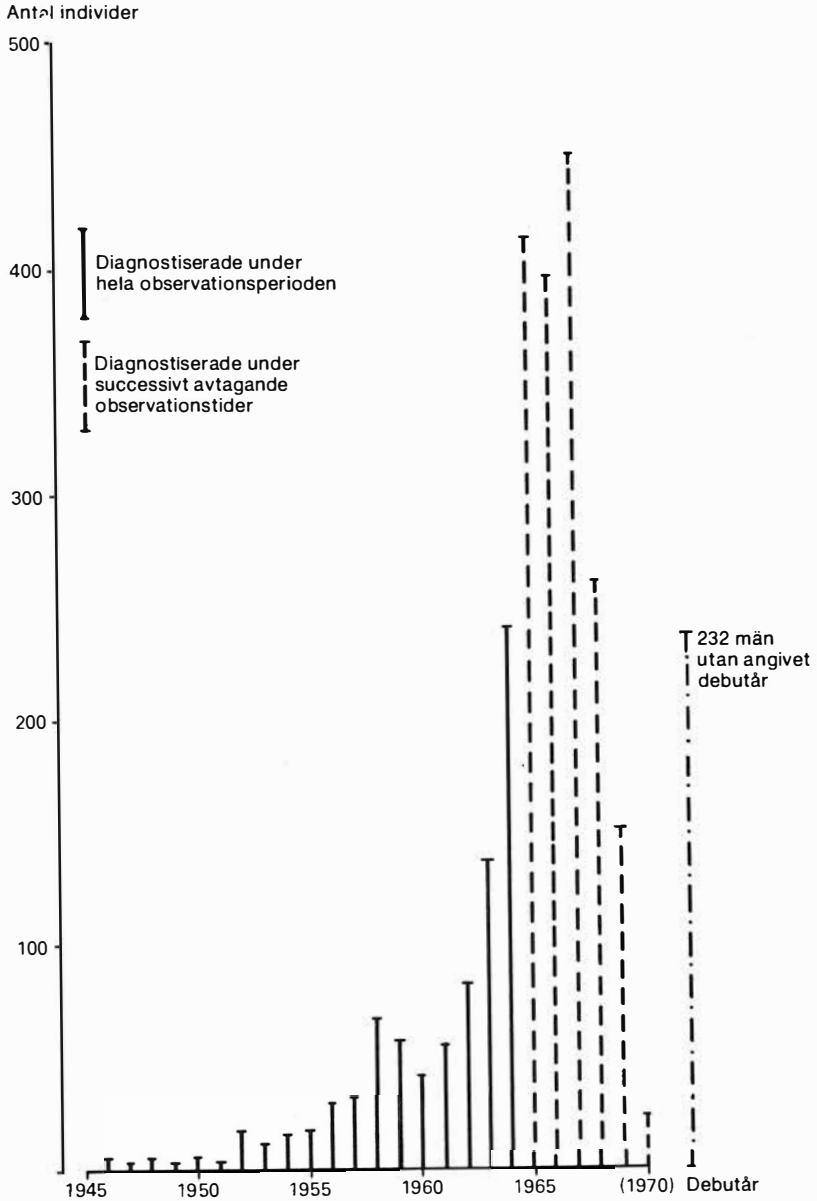



Fig 25 A. *Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Manliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965 – 1970. Incidensserie oavsett diagnostiseringsår.*

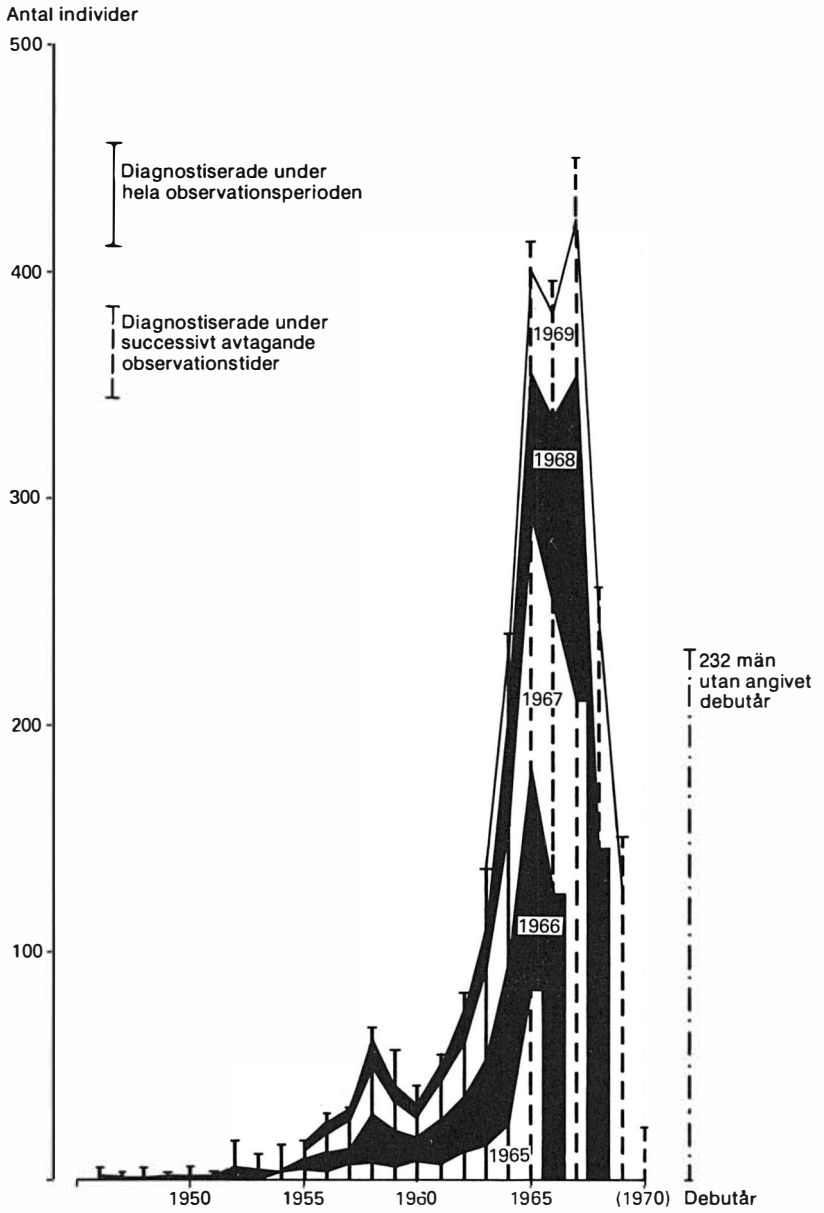



Fig 25 B. *Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Manliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965 – 1970. Incidensserie med markerade diagnostiseringsår.*

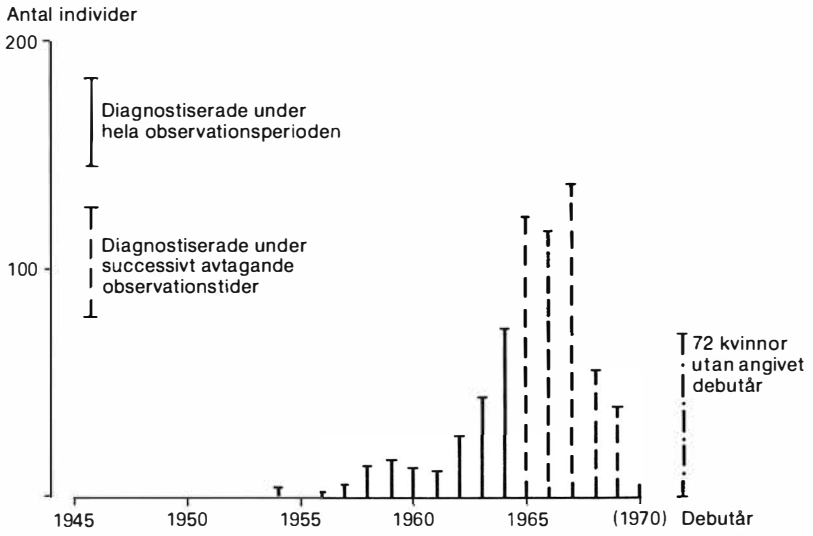



Fig 26. *Okorrigerad minimiincidens av debut i intravenöst missbruk rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Kvinnliga svenska missbrukare diagnostiserade 1965 – 1970.*

kom bevisligen i Göteborg 1956 enligt ett utförligt reportage i Ny Tid (16 augusti 1956).

Det är anmärkningsvärt att de första kvinnorna i materialet inte uppträder förrän 1954, då redan 44 män i undersökningen säger sig ha debuterat i Stockholm och ytterligare 19 på annan eller inte angiven debutplats.

Figurerna 25 och 26 (s 172 – 174) återger den okorrigerade minimiincidensen av intravenöst missbruk för svenska män och kvinnor diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965 – 70, figur 25B (s 173) med diagnostiseringstakten markerad i den manliga incidensserien. Staplarna före 1965 är – med de tidigare nämnda reservationerna för inverkan av ålder och dödlighet – alla sinsemellan jämförbara, då samtliga som debuterat före 1965 under hela observationsperioden varit exponerade för risken att bli diagnostiserade i SMU5. De som debuterat 1965 eller senare har däremot varit exponerade under successivt avtagande tider, varför de absoluta frekvenserna över kända debutanter för dessa år blir allt mera osäkra för varje undersökningsår. För 1970 föreligger endast ett halvt års observationer. För 232 manliga och 72 kvinnliga missbrukare föreligger ingen uppgift om debutår (tabell 46, s 164). För jämförelses skull har de markerats särskilt i diagrammen.

I serierna över den okorrigerade minimiincidensen noteras en nedgång i frekvensen nya fall för såväl män som kvinnor åren 1959–60. Även om minskningen inte är stor jämfört med antalet debutanter 1958 så skall de låga talen 1959–61 ses mot bakgrunden av en under oförändrade betingelser förväntad successiv ökning av antalet debutanter. Den låga incidensen 1959 – 61 torde därför ha ett direkt samband med de under 1958 insatta kraftiga motåtgärderna mot den illegala narkotikahandeln (se historiken, bilaga 1) och narkotikaklassningen av de då viktigaste missbruksmedlen (fenmetralin 1959 och metylfenidat 1960), varigenom tillgången på missbruksmedel för en tid försvårades. Epidemins uppbromsning p g a dessa åtgärder blev tyvärr som synes snabbt övergående, då insmuggling av missbruksmedel från utlandet snart tog vid (se historiken). Man noterar för såväl manliga som kvinnliga missbrukare en markant successiv stegring av incidensen från 1961 till 1965, ett klart exempel på den tendens till närmast exponentiell tillväxt som missbruksepidemier ofta uppvisar under långa perioder (Bejerot 1968*a*). Holstein (1972), som påvisat liknande tillväxtmönster för cannabisrökning i en rad danska städer, påpekar dock att tillväxtkurvorna är av logistisk typ (s-formade). Noteras bör att olika teoretiska antaganden kan ge samma grafiska resultat, varför en postexperimentell kurvanpassning givetvis måste mötas med skepsis. Problemet har ingående diskuterats av Feller (1940) och Engel (1971). Frågan om adekvat form för en matematisk-statistisk behandling av dylika förlopp under olika betingelser måste utredas i en särskild studie.

Den till och med första halvåret 1970 registrerade incidensen är för både manliga och kvinnliga injektionsmissbrukare lägre 1966 än 1965, vilket är väntat då 1966 års fall haft ett års kortare exponeringstid i stickmärkesundersökningen. Att de upptäckta fallen med injektionsdebut 1967 är flera än de som debuterat 1966 är med tanke på den kortare expositionstiden för 1967 års fall ett anmärkningsvärt fynd. De för båda könen likartade inbördes relationerna i de hittills noterade värdena för incidensen 1965 – 1967 (fig 25 A, s 172, och fig 26) talar för att fynden återspeglar en i jämförelse med föregående år ytterligare stegrad debuttakt 1967.

Som nämnts pågick den extremt liberala narkotikaförskrivningen under första halvåret 1967 och kulminerade t o m då omfångsmässigt (Bejerot 1968*a*). Därtill kom att publiciteten i svenska massmedia kring narkotikafrågan var synnerligen omfattande detta år. Andra halvåret 1967 har i undersökningen förts till den traditionellt restriktiva narkotikapoli-

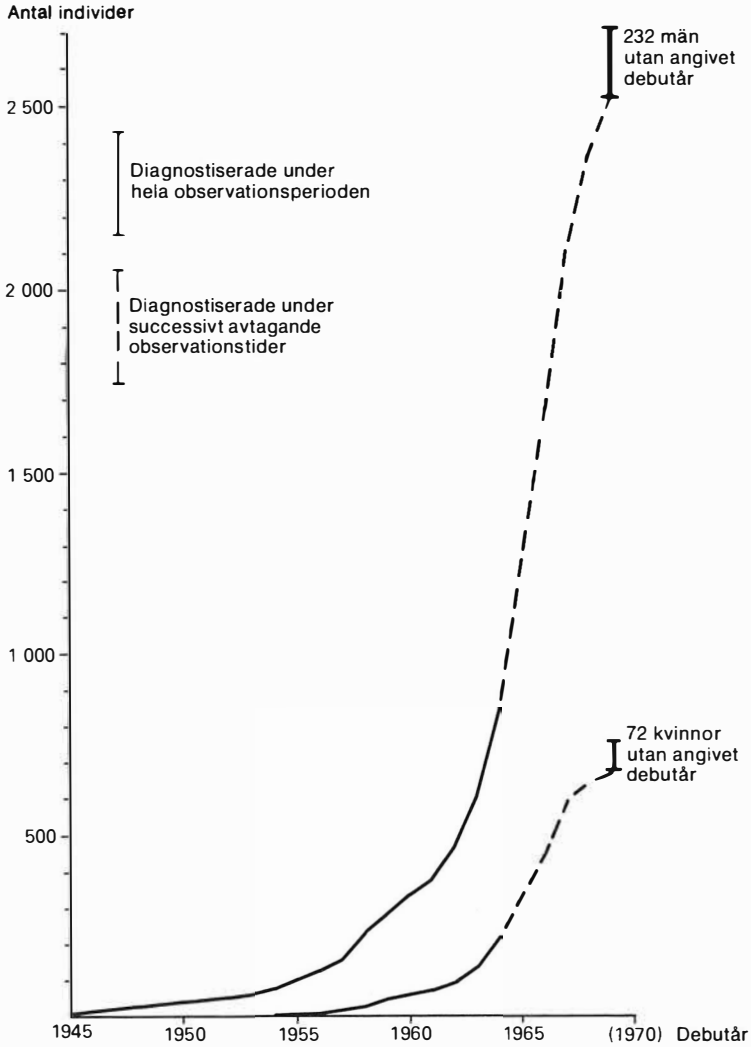



Fig 27. *Okorrigerad minimiprevalens av missbrukare av intravenös typ rekonstruerad på grundval av uppgifter om debutår: Svenska missbrukare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965 – 1970.*

tiken, men någon större praktisk restriktiv åtgärd annan än avvecklingen av den extremt liberala förskrivningsverksamheten förekom inte förrän 1968 (se tabell 5, s 41).

Av vad som hittills har kunnat visas i analysen av fynden i stickmärkesundersökningen 1965 – 70 synes således incidensen ha kulminerat 1967. Differensen mellan de okända, vid undersökningsperiodens slut ännu odiagnostiserade men expekterade debutanterna från 1966 och 1967 synes vara obetydlig (fig 19 och 20, s 155 och 156).

På grund av den avtagande observationstiden och den därmed tilltagande osäkerheten är det olämpligt att testa hypoteserna 1 – 3 a och b på denna del av materialet. (Hypoteserna 1 – 3 c har dock redan testats på flödet av arresttillfällen; avsnitt 4.2.2.) Detta får anstå tills ett tioårsmaterial kan presenteras. I ett sådant kommer injektionsepidemins expansion och förlopp att kunna avläsas med betydligt större säkerhet än i denna studie.

4.4.2. *Okorrigerad minimiprevalens.*

I bilaga 7 har frekvenserna från den okorrigerade incidensserien (bilaga 6) kumulerats till en prevalensserie. I fig 27 har fallen sammanförts oavsett debutplats och med särskilt angivande av den grupp som inte kunnat infogas i tidsfördelningen därför att uppgift om debutår saknats. Även i denna prevalensfördelning återspeglas motåtgärderna mot den illegala narkotikahandeln 1958–60 som en dämpning i den före och efter denna episod logistiska tillväxten av missbrukarpopulationen. I stort förefaller det som om motåtgärderna 1958 – 60 uppsköt missbruksexplosionen ett par år.

På grundval av lämnade uppgifter om debutplats och debutålder har en åldersklassad minimiprevalens framräknats för femårsintervallen från 1949 till 1969 (fig 28, s 178, och 29, s 179). Prevalensfördelningen är okorrigerad för dödligheten, för den bland gamla veteraner redan nämnda (s 169) låga expositionen för undersökningen och för den underdiagnostisering som skett av dem som debuterat 1965 – 69 p g a successivt avtagande expositionstid och därmed expositionsrisk. De som debuterat i Stockholm har markerats särskilt i fig 28 och 29, där också antal, medelålder och medelålderns medelfel markerats för denna grupp.

Medelåldern i den kända prevalensen 1949 var 20,5 (±0,9) år för männen; inga kvinnor som uppgivit debut före 1954 har påträffats. Under den snabba epidemiexpansionen 1954 – 69 har medelåldern i den kända prevalensgruppen för männen ökat med omkring ett år per femårsperiod, från 23,2 (±0,6) år under 1954 till 26,6 (±0,2) år 1969. Åldersprofilen för 1969 antyder storleksordningen av den grupp äldre missbrukare som inte kommit med i redovisningen genom att 45 år sattes som

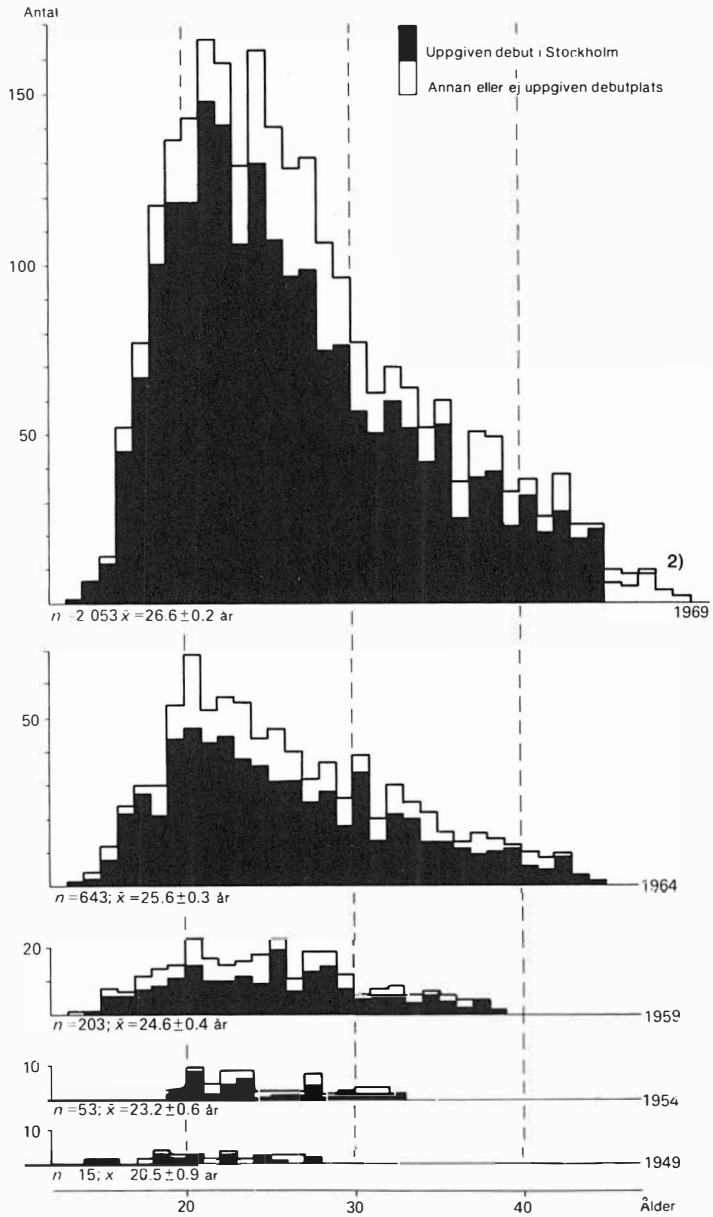



Fig 28. *Åldersklassad, okorrigerad minimiprevalens i femårsintervall 1949 – 1969 för manliga svenska missbrukare med uppgiven injektionsdebut i Stockholm respektive på annan eller ej uppgiven debutplats.*[1])

[1]) För missbrukare med debut i Stockholm anges även antal, medelålder och medelfel.
[2]) Fallen 45 år och äldre motsvarar här endast gruppen 40 – 44 år 1964.

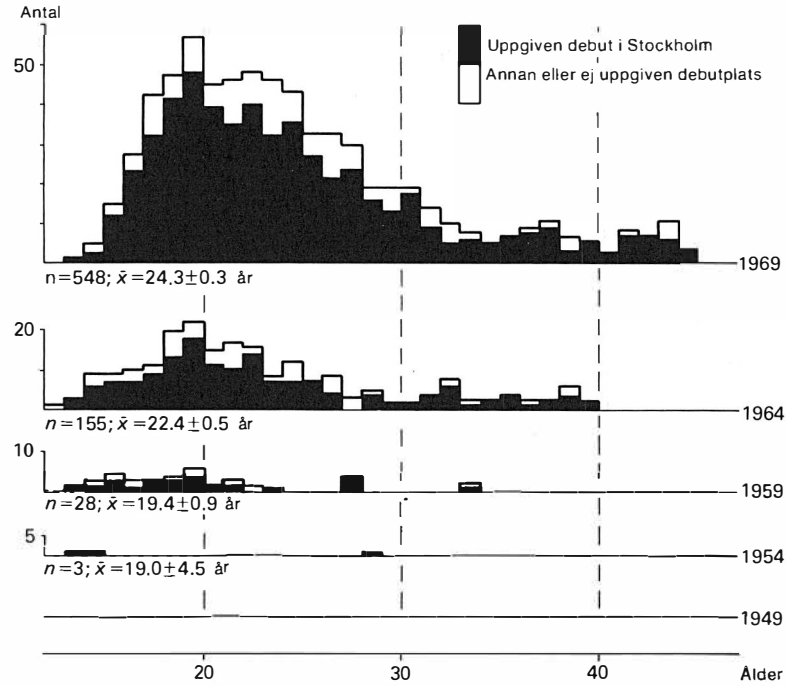



Fig 29. *Åldersklassad, okorrigerad minimiprevalens i femårsintervall 1949 – 1969 för kvinnliga svenska missbrukare med uppgiven injektionsdebut i Stockholm respektive på annan eller ej uppgiven debutplats.*[1]

[1]) För missbrukare med debut i Stockholm anges även antal, medelålder och medelfel.

en övre åldersgräns vid armvensbesiktningarna i studiens inledningsskede (på grund av otillräckliga personalresurser) och sedan bibehållits i bearbetningen för att göra fynden från de olika undersökningsåren jämförbara. Det rör sig för männens vidkommande om ett drygt hundratal fall, för kvinnornas del om något tiotal. Medelåldern för den manliga prevalensgruppen 1969 (där de fåtaliga fallen i gruppen 40 – 44 år 1964 inkluderats och markerats i fig 24) skulle ha blivit omkring ett år högre om ingen inskränkning hade behövt göras i undersökningen och om medelåldern bland ett drygt hundratal "överåriga" hade varit omkring 48 år.

För kvinnorna har ökningen i prevalensgruppens medelålder varit större än för männen, från 19,4 (±0,9) år under 1959 till 24,3 (±0,3) år 1969. Den kvinnliga prevalensserien uppvisar en anmärkningsvärd detalj.

För 1954 återfinns i materialet som nämnts endast 3 kvinnor som uppgivit sig ha debuterat i Stockholm, 2 unga tonårsflickor och en 28-åring. Man kan sedan skönja en viss antydan till bimodalitet i prevalensfördelningarna 1964 och 1969, där den äldre gruppen synes samlas kring den ursprungliga 28-åringen.

För de män som uppgivit sig ha debuterat i Stockholm har den samlade missbrukarpopulationen för varje femårsperiod vuxit mellan 3 och 4 gånger. För kvinnornas del gick den relativa ökningen ännu snabbare fram till den sista redovisade femårsperioden 1964 – 69, då ökningstakten blev av samma storleksordning som för männen.

Proportionen män/kvinnor har också förskjutits starkt under epidemins gång. 1954 skall endast 3 kvinnor ha debuterat i intravenöst missbruk, medan 53 män säger sig då redan ha debuterat i Stockholm. 1959 var de manliga missbrukarna med Stockholm som debutplats drygt 7 gånger fler än de kvinnliga, 1964 drygt 4 gånger fler och 1969 knappt 4 gånger fler än de kvinnliga missbrukarna. Dessa förändrade könsproportioner bör korrespondera mot epidemins successiva utbredning till allt mindre normbrytande klientel, samtidigt som denna avancerade missbruksform i sig, parallellt med epidemins expansion, av särskilt mottagliga bör ha uppfattats som ett allt mindre normbrott.

Det i hypotes 8 (s 46) framförda antagandet att "den manliga dominansen bör vara mera uttalad under missbruksepidemins tidigare skede och avta med epidemins tilltagande expansion" får således stöd i materialet.

## 4.5. Individuella förlopp

Inom epidemiologin särskiljer man ofta fyra huvudtyper av sjukdomsförlopp, nämligen sådana som *a*) börjar och slutar under observationsperioden, *b*) börjar under observationsperioden och fortgår vid dess slut, *c*) pågår vid observationstidens början men slutar under denna och *d*) sådana som pågår före, under och efter observationsperioden (Bradford Hill 1961). Därtill kommer periodisk sjuklighet under observationsperioden.

Att undersöka huruvida det intravenösa missbruket, sådant det kan studeras i polisklientelet, är en enstaka, intermittent eller persistent företeelse är en angelägen uppgift. De klassiska indelningsgrunderna skall i nästa avsnitt användas för att belysa förhållandet mellan missbruksför-

lopp och brottspanorama. De speciella undersökningsbetingelserna i denna studie har också gjort det påkallat att sammanföra och studera observationsfynden på ett nytt sätt. Beträffande svenska medborgare har därför två andra typer av individuella förloppsstudier genomförts: Dels har status vid de sju första observationstillfällena undersökts, dels status vid den första observationen varje kalenderår. Vid båda studierna verkar selektionsfaktorer som inte har studerats närmare i denna undersökning. Trots detta kan väsentlig information hämtas ur materialet.

4.5.1. *Status vid de sju första observationstillfällena*

Med observationstillfällen avses i detta avsnitt enbart tillfällen då vederbörande blivit klassad som missbrukare eller icke-missbrukare; observationer klassad som "misstänkt missbruk" och "vägrar medverkan" har således exkluderats.

Materialet är endast uppdelat på kön och inte i åldersklasser, efter anledning till omhändertagande eller efter tidpunkt för första undersökningen. Samtliga förstagångsundersökningar under perioden 1965 – 70 har i stället sammanförts och de fortsatta förloppen noterats. En del av dessa fall har alltså inte haft någon praktisk möjlighet att återkomma utöver den första observationen. Någon övre åldersgräns har inte satts i denna bearbetning frånsett att vederbörande varit under 45 år vid första gripandet. De absoluta frekvenserna fördelade på missbrukare/icke-missbrukare för respektive observationstillfälle och motsvarande fraktioners procentuella andel av närmast föregående diagnostillfälle redovisas i bilaga 8. Den faktiska frekvensen av varje möjlig kombination av växlande status vid olika observationer framgår alltså i denna bilaga. Bearbetning har också gjorts beträffande durationen mellan observationstillfällena, och medelålder har beräknats för respektive missbruksstatus vid de olika diagnostillfällena. För de kvantitativt största kombinationerna av individuella förlopp har signifikansprövning utförts beträffande följande fyra hypoteser:

*Hypotes 6:* Missbrukarnas medelålder är lägre än eller lika med icke-missbrukarnas medelålder.

*Hypotes 11:* Missbrukarna bör efter missbruksdebuten uppvisa högre arresteringsfrekvens än före debuten.

*Hypotes 12:* Missbrukarnas medeltid mellan observationerna är mindre än icke-missbrukarnas medeltid mellan observationerna.

*Hypotes 13:* Hos dem som en eller flera gånger varit diagnostiserade som intravenösa missbrukare men därefter inte någon gång uppvisat in-

Tabell 49. *Status vid de sju första observationerna beträffande svenska män och kvinnor observerade i stickmärkesundersökningen 1965 – 1970.*

| Observation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Män: Icke-missbrukare vid första observationen* | | | | | | | |
| Icke-missbrukare | 10 235 | 3 603 | 1 959 | 1 225 | 799 | 562 | 395 |
| Missbrukare | – | 519 | 521 | 444 | 396 | 319 | 241 |
| % missbrukare | – | 13 | 21 | 27 | 33 | 36 | 38 |
| *Kvinnor: Icke-missbrukare vid första observationen* | | | | | | | |
| Icke-missbrukare | 1 814 | 414 | 182 | 100 | 61 | 37 | 23 |
| Missbrukare | – | 85 | 75 | 70 | 57 | 46 | 37 |
| % missbrukare | – | 17 | 29 | 41 | 48 | 55 | 62 |
| *Män: Missbrukare vid första observationen* | | | | | | | |
| Icke-missbrukare | – | 212 | 138 | 110 | 87 | 54 | 45 |
| Missbrukare | 1 763 | 953 | 712 | 591 | 451 | 367 | 275 |
| % missbrukare | 100 | 82 | 84 | 84 | 84 | 87 | 86 |
| *Kvinnor: Missbrukare vid första observationen* | | | | | | | |
| Icke-missbrukare | – | 33 | 21 | 13 | 10 | 8 | 3 |
| Missbrukare | 615 | 367 | 268 | 210 | 166 | 123 | 94 |
| % missbrukare | 100 | 92 | 93 | 94 | 94 | 94 | 97 |

jektionsmärken bör den genomsnittliga tiden mellan sista verifierade missbrukarstatus och påföljande gripande utan tecken på missbruk vara längre än för dem som diagnostiseras som missbrukare även i fortsättningen.

4.5.1.1. *Översikt.* Av de 11 998 svenska män som berörs av detta avsnitt var 85 % (10 235) icke-missbrukare och 15 % (1 763) injektionsmissbrukare vid *första* observationstillfället. Eftersom vissa individer växlar status under observationsperioden överensstämmer inte frekvensen ovan med tidigare lämnade totalfrekvenser. Av 2 429 svenska kvinnor var 75 % (1 814) icke-missbrukare och 25 % (615) missbrukare vid första observationstillfället.

I tabell 49 visas sammanfattningsvis totalantalet individer som undersökts vid ett till sju tillfällen och deras status vid dessa. Den procentuella andelen missbrukare har angivits för varje observation. Av dem som var icke-missbrukare vid första observationen återkommer några få senare

som missbrukare, men dessa missbrukare blir för varje observation allt mera dominerande genom selektionsprocesser som tidigare diskuterats.

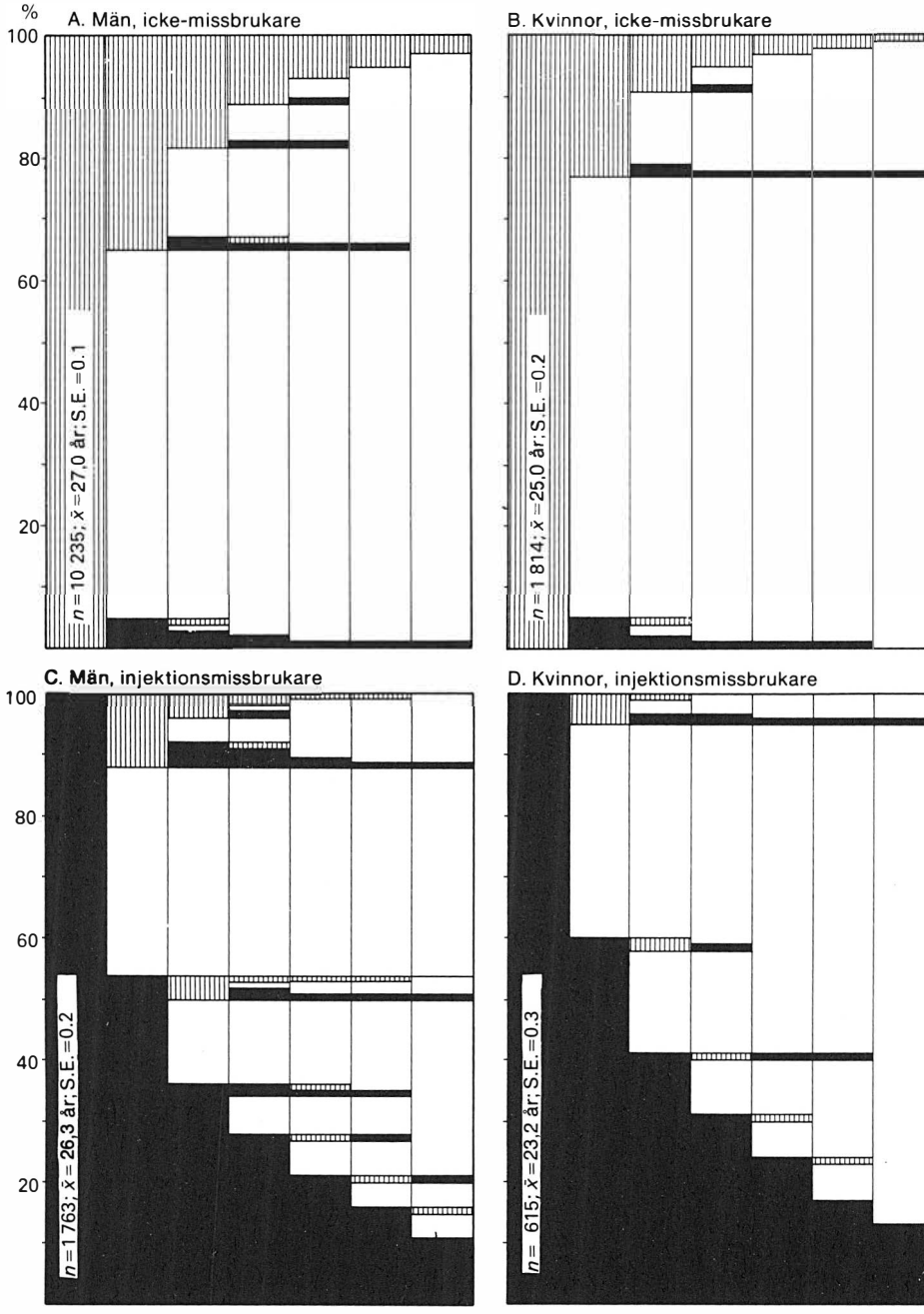
För att göra materialet lättåskådligt presenteras fynden vid de sju första observationerna i en standardiserad diagramserie (fig 30 A – D). För män och kvinnor separat visas proportionerna missbrukare respektive icke-missbrukare vid andra till sjunde observationen för dem som vid första observationen var missbrukare respektive icke-missbrukare. Antal, medelålder och spridning har angivits för utgångsgrupperna. För de kvantitativt största fraktionerna vid senare observationstillfällen har motsvarande data lämnats i bilaga 8.

Åldern vid första observationen är signifikant lägre för missbrukarna än för icke-missbrukarna: För männen 26,2 respektive 27,0 år (***), för kvinnorna 23,2 respektive 25,0 år (***). Detta mönster består och accentueras till och med i den fortsatta selektionen av individer med stort antal gripanden. Hypotes 6 (s 181) får således stöd i såväl den manliga som den kvinnliga delen av materialet.

4.5.1.2. *Icke-missbrukare vid första observationen.* Det framgår av fig 30 att huvudparten av dem som var icke-missbrukare vid första observationen inte setts vid flera tillfällen under den aktuella observationsperioden. 35 % av männen och 23 % av kvinnorna sågs åter som icke-missbrukare vid ett andra observationstillfälle. 3 % av männen och 1 % av kvinnorna sågs som icke-missbrukare vid minst sju tillfällen. Smärre grupper av både de män och de kvinnor, som var icke-missbrukare vid första observationen, återkom som missbrukare: 5 % av såväl männen som kvinnorna växlade status från icke-missbrukare till missbrukare mellan första och andra observationen, mindre grupper efter andra och tredje observationen som icke-missbrukare. Av dem som börjat injicera var det mycket få som senare sågs som icke-missbrukare. Man bör dock räkna med att de som blivit missbrukare i någon mån blir överrepresenterade i en förloppsstudie utförd på arrestanter, av anledningar som tidigare diskuterats.

För både män och kvinnor gäller att de som ses som icke-missbrukare är ungefär ett år äldre för varje observation, men detta är till stor del ett selektionsfenomen: Äldre recidivister bland icke-missbrukarna återkommer oftare än yngre. Den genomsnittliga tiden mellan observationerna är nämligen betydligt lägre än ett år och avtar successivt för varje observation. För de manliga icke-missbrukarna är medeltiden mellan första och andra observationen 0,89 (±0,02) år, men mellan sjätte och sjunde observationen endast 0,44 (±0,03) år.

A – D: Status vid första observationstillfället



De 519 män som debuterat i intravenöst missbruk mellan första och andra observationen är genomsnittligt tre år yngre än dem som fortfarande är icke-missbrukare vid andra observationen. Missbrukarna är dessutom en åldersmässigt mera homogen grupp, vilket överensstämmer med tidigare beskrivningar att drogepidemier förutom geografisk och tidsmässig eller historisk avgränsning också visar en hög åldersmässig avgränsning (Bejerot 1968*a*).

Den genomsnittliga durationen mellan observationerna är kortare för dem som återkommer som injektionsmissbrukare (efter att ha setts som icke-missbrukare vid första observationen) än för icke-missbrukarna (vilket stöder hypotes 12, s 181) med ett viktigt undantag: Durationen mellan de båda första observationerna. Där är intervallet paradoxalt nog signifikant längre (***) för missbrukarna (1,24 ± 0,04 år) än för icke-missbrukarna (0,89 ± 0,02 år). En mycket trolig förklaring till detta fynd är att många av dessa tidigare som icke-missbrukare observerade personer tillbringat en väsentlig del av den oväntat långa mellantiden på kriminalvårdsanstalt eller ungdomsvårdsskola och där initierats i sitt missbruk. Denna tolkning stöds av att intervallen mellan de fortsatta observationerna är små och snabbt sjunkande, från 0,54 (±0,03) år mellan andra och tredje observationen till 0,34 (±0,05) år mellan sjätte och sjunde observationen. Även spridningen för dessa intervall är, med undantag för det starkt förlängda första intervallet då injektionsdebuten skedde, väsentligt mindre än för icke-missbrukarna. Även detta visar att missbrukarna genomgående är en mera homogen grupp än icke-missbrukarna, men homogeniteten i ålder och intervall tilltar för varje observationstillfälle för såväl missbrukare som icke-missbrukare. Eftersom de som ses vid senare observationstillfällen i serien ingår bland dem som observerats vid tidigare tillfällen är de reella skillnaderna i homogenitet beträffande ålder och arresteringsfrekvens större än de påvisade skillnaderna mellan dessa olika fraktioner.

---

Fig 30. *Status vid de sju första observationstillfällena; relativa frekvenser.*[1])

[1])Omhändertaganden enligt alla olika anledningar under hela observationstiden 1965–70 har sammanförts och redovisats separat för män och kvinnor med utgångspunkt från om vederbörande var intravenös missbrukare eller inte vid första observationen, där grupperna sätts till 100 %. *Injektionsmissbrukarna har markerats med svart, icke-missbrukarna streckats.* Utgångsfrekvenserna och dessa gruppers medelålder och medelfel har angivits i figuren; övriga frekvenser och andra uppgifter lämnas i bilaga 8.

De 85 kvinnor som debuterat i intravenöst missbruk mellan första och andra observationen är 3,4 år yngre än icke-missbrukarna vid andra observationen. Åldersdifferensen mellan missbrukare och icke-missbrukare ökar sedan för varje observation. Även de kvinnliga missbrukarna i denna grupp återkommer tätare än icke-missbrukarna, vilket stöder hypotes 11 (s 181), men också här föreligger samma karakteristiska undantag som för männen beträffande tidsintervallet mellan de båda första observationerna. Intervallet är dock inte signifikant längre för de kvinnor som debuterat som missbrukare mellan de båda första observationerna (0,88 ± 0,09 år) än för dem som fortfarande var icke-missbrukare vid andra observationen (0,77 ±0,04 år). Förklaringen bör här vara densamma som för männen: En betydande del av dessa unga kvinnor har sannolikt debuterat i injektionsmissbruk inom vårdanstalt under det relativt långa intervallet mellan de båda första observationstillfällena. Efter andra observationen, d v s den första missbruksobservationen, blir intervallen extremt korta: Det är genomsnittligt 0,43 år mellan andra och tredje observationen och endast 0,23 år mellan den sjätte och den sjunde. Även för icke-missbrukarna bland kvinnorna är intervallen korta och faller i jämn serie från 0,77 år för första intervallet till 0,33 år för det sista. För både missbrukare och icke-missbrukare är intervallen mellan observationerna eller arresteringstillfällena kortare för kvinnorna än för männen. Detta bör tolkas som att de kvinnliga injektionsmissbrukarna är socialt mer insufficienta och hårdare belastade än de injicerande männen. Även den kliniskt-psykiatriska bilden talar för att den relativt lilla kvinnliga, aktivt kriminella populationen korresponderar mot den hårdare belastade delen av de kriminella männen. Detta talar för att samhället är mer passivt vid kvinnlig än manlig asocialitet och mindre benäget att intervenera vid social felutveckling hos kvinnor.

4.5.1.3. *Missbrukare vid första observationen.* De män som var missbrukare redan vid första observationen var genomsnittligt 26,2 år och 0,9 år äldre än de missbrukare som beskrivits i föregående avsnitt och som ursprungligen hade setts som icke-missbrukare. På motsvarande sätt är kvinnliga missbrukare ett år äldre än de kvinnor som debuterat mellan första och andra observationen.

Gruppen missbrukare vid första observationen visar som väntat en hög homogenitet i många avseenden. Det föreligger endast en svag åldersökning med tilltagande observationer; bland kvinnorna är t o m de som observeras sju gånger något yngre än dem som setts vid fem eller sex

tillfällen. Åldersspridningen är mycket stabil genom hela serien för både männen och kvinnorna. Likaså avtar intervallen mellan observationerna påfallande jämnt, för de manliga missbrukarna från 0,63 (±0,02) år för första intervallet till 0,38 (±0,03) år för det sista. Dessa intervall är kortare än för de manliga icke-missbrukarna (s 183), vilket stöder hypotes 12 (s 181). Även för kvinnorna var som väntat intervallen kortare för missbrukarna och faller från 0,56 (±0,04) år för första till 0,36 (±0,04) år för det sista intervallet.

En liten grupp, 12 % av männen och 5 % av kvinnorna, hade upphört med injektionerna mellan första och andra observationen. För dessa var det första intervallet längre än för dem som fortsatte sitt missbruk: För männen 0,85 (±0,06) år mot 0,63 (±0,02) år vilket är signifikant (***), för kvinnorna 0,78 (±0,13) år mot 0,56 (±0,04) år, vilket dock inte är signifikant. Hypotes 13 (s 181) som berör detta får således stöd i det manliga materialet. Dessa f d injektionsmissbrukare är även efter korrigering för det längre intervallet mellan de båda första observationerna något äldre än de som sågs fortsätta sitt missbruk. En betydande del av de f d missbrukarna återkommer dock senare som missbrukare och dessa skiljer sig inte nämnvärt från de persistenta missbrukarna i ålder och arresteringstakt.

### 4.5.2. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår*

I tabellserien över de upp till sju första observationerna för varje individ var materialet sammanslaget för hela observationsperioden. För att undersöka hur tiden – och särskilt perioder med olika typer av narkotikapolitik – kan ha påverkat de individuella förloppen har en särskild serie framtagits med utgångspunkt från första observationen varje kalenderår.

Materialet presenteras i en serie standardiserade diagram där de individer, som under ett kalenderår uppträder som nytillkomna i undersökningen, delats upp på män och kvinnor samt på missbrukare respektive icke-missbrukare vid första observationen. Varje sådan nytillkommen delpopulation har satts till 100 %, och därefter åskådliggöres delfraktionernas storlek och status vid det första undersökningstillfället varje efterkommande kalenderår. Diagrammen är så konstruerade att man genom att studera dem från vänster till höger kan se hur stora fraktioner av utgångspopulationen som för varje berört observationsår är missbrukare respektive icke-missbrukare samt hur stora fraktioner som inte återkommit vissa år och dessas status under andra kalenderår. Antalet individer i utgångsgrupperna har angivits i diagrammen. Fullständiga tabeller över

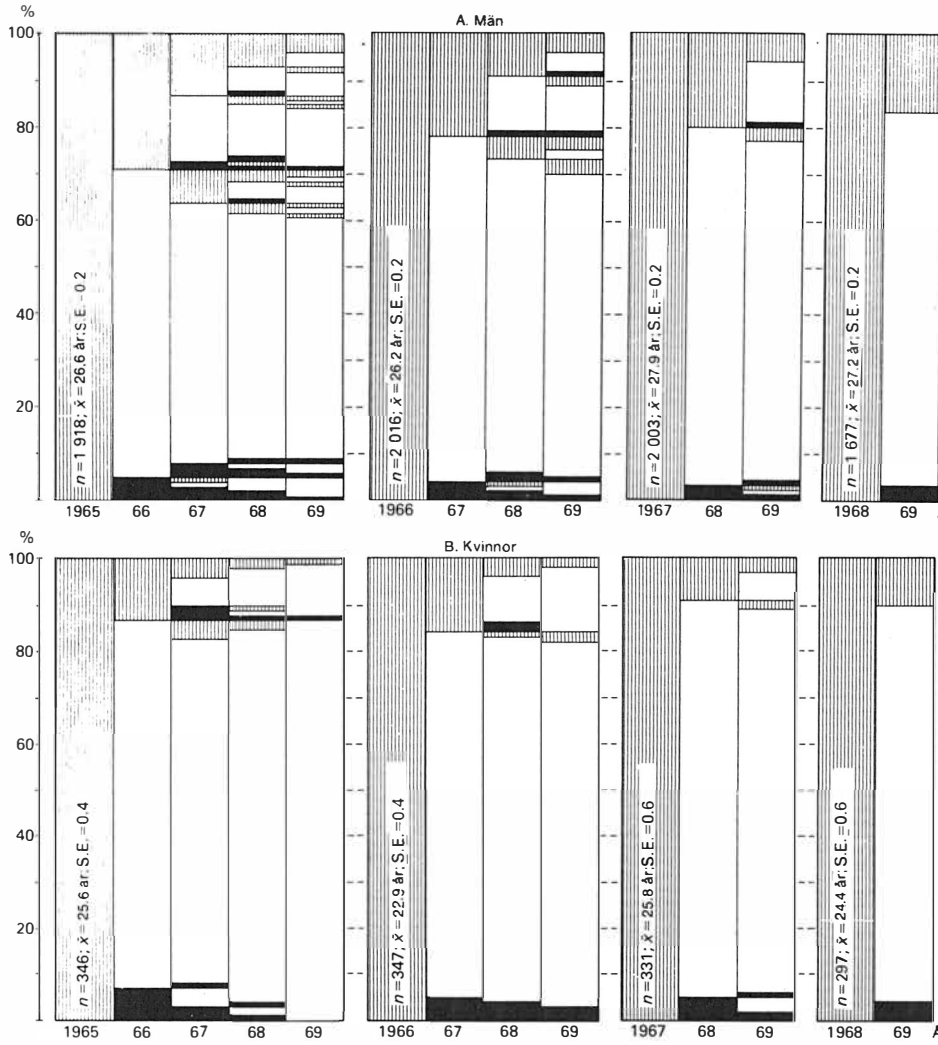



Fig 31. *Status vid första observationstillfället varje år för svenska arrestanter som var icke–missbrukare vid första observationstillfället.* [1])

[1])Omhändertaganden enligt alla olika anledningar har sammanförts och redovisas i fyra separata relativa frekvensserier för såväl män som kvinnor efter individens första observationsår i stickmärkesundersökningen. *Icke–missbrukarna har markerats med streckade fält, de som återkommit som injektionsmissbrukare har markerats med svarta fält.* Utgångsfrekvenserna och dessa gruppers medelålder och medelfel har angivits i figuren; övriga frekvenser och andra uppgifter lämnas i bilaga 9.

antal individer i olika fraktioner och förloppsspår lämnas i bilaga 9, där också fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen noterats ("absolut procent") liksom den procentuella andelen av den gemensamma statusgruppen vid varje närmast föregående år ("relativ procent"). Tabellerna täcker alltså varje möjlig individuell växling mellan missbruk och icke-missbruk respektive ingen observation alls vissa år. I bilaga 9 har också antal, medelålder och spridning angivits för de större fraktionerna.

4.5.2.1. *Män, icke-missbrukare vid första observationen.* Gruppen har omfattat cirka 2 000 individer per år med en medelålder som varierat mellan 26,2 och 27,9 år. Huvudparten, mellan 59 och 77 % har inte återsetts bland arrestanterna under det närmaste året, och andelen senare återförda har fallit för varje år (fig 31).

De som återkommit som icke-missbrukare har utgjort en äldre selektion, vilket framgår av att medelåldern bland de åter gripna för varje år ökat med mer än ett år. Ett undantag utgöres dock av de 1968 förstagångsgripna icke-missbrukare som återkom 1969: De åter gripna var i detta fall t o m något yngre än utgångsgruppen ett år tidigare, vilket kan sammanhänga med den omfattande polisoffensiven mot brottsmiljöer 1969.

De som återkommit som injektionsmissbrukare har däremot genomgående varit en klart yngre selektion. Även här utgjorde gruppen 1968/69 ett extremfall med mycket unga debutanter jämfört med föregående år i denna serie.

Den andel som återkommit som icke-missbrukare året efter första observationen har fallit jämnt från 29 % 1966 till 17 % 1969. Den fraktion som återkommit som missbrukare andra året har varit liten och avtagande, från 5 % 1966 till 3 % 1969. Man noterar att det har varit mycket ovanligt att de som en gång setts som missbrukare senare setts som icke-missbrukare i undersökningen.

4.5.2.2. *Kvinnor, icke-missbrukare vid första observationen.* Gruppen har omfattat cirka 300 individer per år med en medelålder som fluktuerat mellan 22,9 år (1966) och 25,8 år (1967). Omkring 80 % har inte setts vidare de närmaste åren efter första observationen (fig 31).

De som återkommit som icke-missbrukare året efter förstagångsobservationen var i början av observationsperioden påfallande äldre än utgångsgruppen. Även bland kvinnorna blev dock recidivisterna yngre än utgångsgruppen mot slutet av undersökningsperioden. Särskilt markant

är att de kvinnor som återkommit som missbrukare i ännu högre grad än motsvarande män var unga, stundom mycket unga. 1967 hade dessa nya kvinnliga missbrukare en medelålder av 18,2 år.

Av dem som vid första tillfället setts som icke-missbrukare har ganska få återkommit, mellan 35 och 15 % av utgångsgruppen, männen i högre utsträckning än kvinnorna. En betydande del av dessa återomhändertagna, tidigare som icke-missbrukare observerade personer ses året därpå som injektionsmissbrukare: För kvinnorna omkring en tredjedel, för männen omkring en sjättedel (fig 31, s 188). Av dessa nya missbrukare återkommer huvudparten sedan de närmaste åren som missbrukare; mycket få ses senare som icke-missbrukare. Detta visar att polisklientelet i Stockholm utgör en högriskgrupp för debut i injektionsmissbruk.

4.5.2.3. *Män, missbrukare vid första observationen.* Gruppen har omfattat omkring 300 – 400 individer årligen med en medelålder som inte väsentligt skilt sig från icke-missbrukarnas medelålder; den har varierat mellan 28,1 år (1966) och 24,5 år (1968) (fig 32).

I motsats till icke-missbrukarna sågs huvudparten av missbrukarna åter i arrestklientelet inom de närmaste åren. Särskilt intressant är att konstatera att den andel som sågs som missbrukare redan året efter första diagnostillfället var mycket hög under den första hälften av observationsperioden (49 % 1965/66 och 45 % 1966/67), men väsentligt lägre under undersökningens senare hälft (35 % såväl 1967/68 som 1968/69).

Mindre fraktioner, pendlande mellan 14 % och 6 %, återkom som icke-missbrukare året efter första diagnostillfället. Av dem som senare återsetts i denna fraktion hade huvudparten återfallit i injektionsmissbruket. Detsamma har gällt de små fraktioner som efter att inte ha setts i undersökningen under ett eller annat år senare återkommit. Missbrukets höga kronicitet framgår således klart av dessa diagram: Ytterst få tidigare missbrukare har senare återsetts som icke-missbrukare. Den grupp som inte återkommit har dock tenderat att öka under observationstiden.

4.5.2.4. *Kvinnor, missbrukare vid första observationen.* De nydiagnostiserade kvinnliga missbrukarna har uppgått till ett drygt hundratal per år. Inte heller för kvinnorna har medelåldern skilt sig väsentligt för missbrukare och icke-missbrukare i dessa serier. Klara mönster och trender saknas i detta avseende (fig 32).

En väsentligt mindre andel av de kvinnliga missbrukarna än de manliga har återsetts som icke-missbrukare: De översteg inte vid något tillfälle

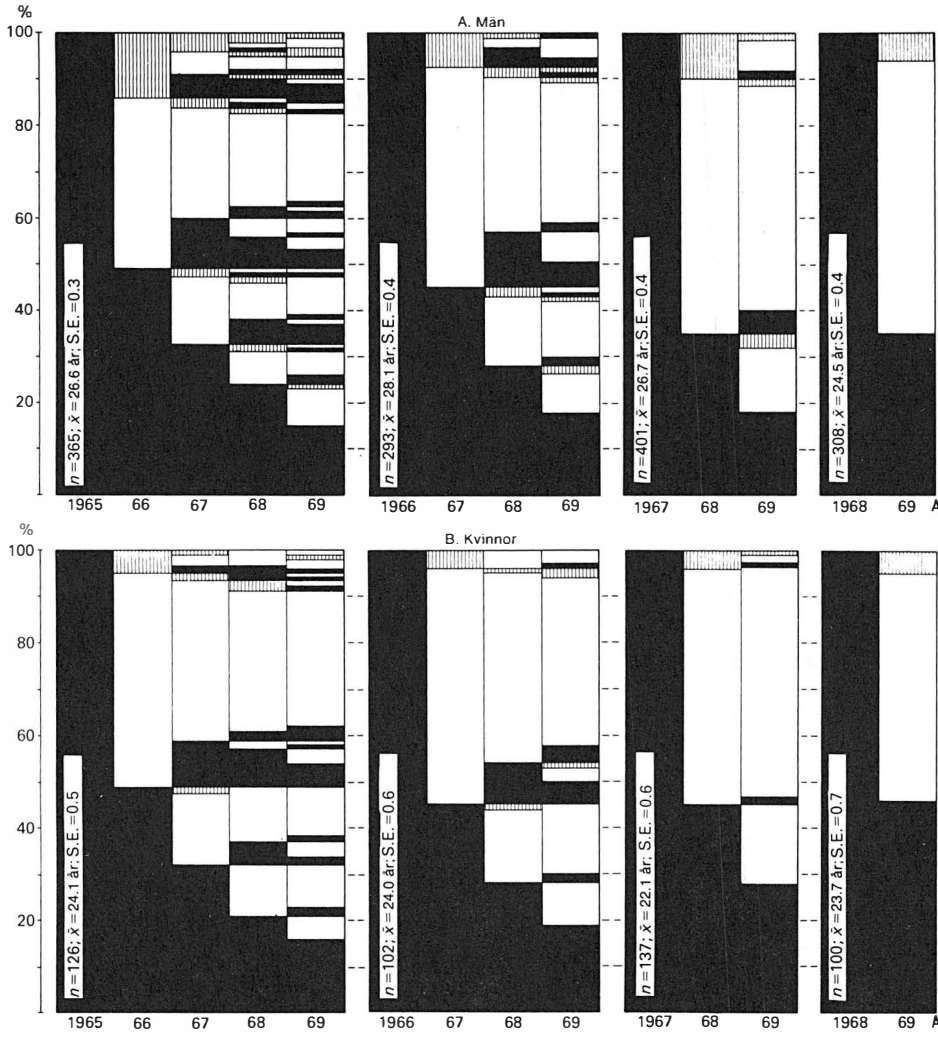



Fig 32. *Status vid första observationstillfället varje år för svenska arrestanter som var missbrukare vid första observationstillfället.*[1])

[1]) Omhändertaganden enligt alla olika anledningar har sammanförts och redovisas i fyra separata relativa frekvensserier för såväl män som kvinnor efter individens första observationsår i stickmärkesundersökningen. *Injektionsmissbrukarna har markerats med svarta fält, de som återkommit som icke–missbrukare har markerats med streckade fält.* Utgångsfrekvenserna och dessa gruppers medelålder och medelfel har angivits i figuren; övriga frekvenser och andra uppgifter lämnas i bilaga 9.

5 % av föregående års nya missbruksfall. Den andel som återkom som missbrukare året efter första diagnostillfället höll sig för kvinnornas del stabilt omkring 45 % under hela observationsperioden, medan de för männen som nämnts minskade mot observationsperiodens slut.

Sammanfattningsvis kan man om dessa observationsserier säga att det råder en markant skillnad i återarresteringar mellan missbrukare och icke-missbrukare, att individens status som missbrukare eller icke-missbrukare är påfallande stabil med relativt få växlingar mellan dessa tillstånd: Endast en liten del av icke-missbrukarna ses senare som missbrukare, och endast ett fåtal missbrukare ses senare som icke-missbrukare. Dessa förhållanden är i stort likartade för män och kvinnor.

Förändringar över tid observeras i en lägre återarrestering av såväl missbrukare som icke-missbrukare, män och kvinnor, under perioden med en restriktiv narkotikapolitik (1968 – 69) jämfört med perioden med en liberal narkotikapolitik (1966 – 67). Samtidigt föll medelåldern starkt bland de återarresterade.

## 4.6. Brottspanorama och missbruk

### 4.6.1. *Översikt*

Det är av intresse att undersöka av vilka anledningar och för vilka brott missbrukare och icke-missbrukare blir omhändertagna. Brottspanoramat skiljer sig i flera avseenden för män och kvinnor. Kvinnorna utgör emellertid en så liten grupp i polisklientelet och omhändertagandena blir för dem under flera av brottsrubriceringarna så få att jämförelser knappast blir meningsfulla. Av denna anledning och av utrymmesbrist begränsas redovisningen av brottspanoramat till svenska män. I nästa avsnitt med tidsjämförelser över missbruksutvecklingen inom de viktigaste grupperna av omhändertaganden skall redovisningen utsträckas till kvinnorna.

I de publicerade tabellerna har arresttillfällen, där de gripna klassats för "misstänkt missbruk" eller som "vägrare" exkluderats, då fallen är få och därför negligerbara. Ibland anges flera brottstyper i samband med införandet. Därvid har det enligt gällande straffsatser grövsta brottet fått stå som huvudanledning till gripandet. Exempel: "Olovlig körning + rattfylleri + bilstöld + inbrott" anger en stigande svårighetsgrad och behandlas i undersökningen som "inbrott". För över 90 % av gripandena anges dock endast ett brott på arresteringssedeln. Å andra sidan grips stundom en person för en lång serie brott av samma typ (checkbedrägerier, inbrott

etc). Även här blir det givetvis endast fråga om en enhet i denna bearbetning av arresttillfällen och berörda individer.

I tabell 50 återges för männen en översikt för hela observationsperioden över antalet undersökta arresttillfällen med respektive utan tecken på intravenöst missbruk, fördelade på olika brottstyper eller anledningar till omhändertagande. En procentuell fördelning av arresttillfällena på olika brottstyper och omhändertaganden har utförts, dels av alla undersökta arresttillfällen sammantagna, dels med undantag för omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen, den psykiatriska vårdlagen och narkotikalagstiftningen. Därmed belyses det brottspanorama som inte är primärt förknippat med narkotikabrott.

I totalmaterialet dominerar fordonsstölder respektive vanliga stölder som anledning till gripande med 18,0 respektive 18,7 % av alla arresttillfällen beträffande män. Sammanlagt svarar egendomsbrotten (kategorierna 5 – 10 i tabell 50) och övriga vinningsbrott (kategorierna 11 och 12) för över hälften av alla omhändertaganden (57,5 %). Avvikna, efterlysta och förpassade utgör en annan stor grupp med 14,6 % av alla arresttillfällen. Våldsbrotten är däremot få. "Brott mot liv och hälsa" svarar endast för 1,6 % av omhändertagandena. Därtill kommer ytterligare vissa våldsbrott som går under andra klassificeringar: Rånen (1,8 %) räknas officiellt som egendomsbrott och våldtäkterna som sedlighetsbrott, men dessa är över huvud taget mycket få. I kategorin "brott mot frihet och frid" (2,2 % av alla omhändertaganden) föreligger ofta hot om våld, men direkt våld har i dessa fall inte förekommit eller åberopats.

Omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen har utgjort 8,6 % av alla undersökta omhändertaganden. I 5,5 % av fallen företedde vederbörande stickmärken. Endast 78 omhändertaganden för psykiatrisk undersökning ingår i materialet. Sådana fall brukar som nämnts föras till distriktsstationerna och inte till häktet.

Narkotikabrotten svarar endast för 5,8 % av alla undersökta omhändertaganden bland svenska män. De utgör anledningen till omhändertagandet i 11,4 % av fallen med stickmärken men endast i 3,2 % av fallen utan stickmärken.

### 4.6.2. *Exklusive narkotikabrott m m*

Särskilt intressant blir det att jämföra brottspanoramat mellan missbrukare och icke-missbrukare, om man exkluderar narkotikabrotten liksom omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen och lagen om sluten psykiatrisk vård. De få omhändertagandena enligt barnavårdslagen står som

Tabell 50. *Brottspanorama: Översikt över anledning till omhändertaganden av svenska män under hela observationsperioden 1965 – 1970 i relation till förekomsten av stickmärken; inklusive respektive exklusive narkotikabrott och vissa andra angivna typer av omhändertaganden.*

| Referensnr | Anledning till omhändertagande (Arresttillfällen) | Utan stickmärken | | | Med stickmärken | | | Totalt | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Antal | % | % exkl. (X) | Antal | % | % exkl (X) | Antal | % | % exkl (X) |
| 1 | Brott mot liv och hälsa (våldsbrott) | 398 | 2.0 | 2.3 | 82 | 0.9 | 1.0 | 480 | 1.6 | 1.9 |
| 2 | Brott mot frihet och frid | 527 | 2.6 | 3.1 | 134 | 1.5 | 1.7 | 661 | 2.2 | 2.6 |
| 3 | Ärekränkning | 6 | 0.0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 6 | 0.0 | 0.0 |
| 4 | Sedlighetsbrott | 151 | 0.7 | 0.9 | 9 | 0.1 | 0.1 | 160 | 0.5 | 0.6 |
| 5 | Fordonstöld | 3 247 | 16.0 | 18.9 | 2 053 | 22.2 | 25.7 | 5 300 | 18.0 | 21.1 |
| 6 | Stöld ur fordon | 580 | 2.9 | 3.4 | 302 | 3.3 | 3.8 | 882 | 3.0 | 3.5 |
| 7 | Inbrott | 1 617 | 8.0 | 9.4 | 481 | 5.2 | 6.0 | 2 098 | 7.1 | 8.3 |
| 8 | Stöld | 4 045 | 19.9 | 23.5 | 1 484 | 16.1 | 18.6 | 5 529 | 18.7 | 21.9 |
| 9 | Rån | 413 | 2.0 | 2.4 | 106 | 1.2 | 1.3 | 519 | 1.8 | 2.1 |
| 10 | Egenmäktigt förfarande | 19 | 0.1 | 0.1 | 10 | 0.1 | 0.1 | 29 | 0.1 | 0.1 |
| 11 | Bedrägeri | 1 543 | 7.6 | 9.0 | 930 | 10.1 | 11.6 | 2 473 | 8.4 | 9.8 |
| 12 | Förskingring | 109 | 0.5 | 0.6 | 16 | 0.2 | 0.2 | 125 | 0.4 | 0.5 |
| 13 | Skadegörelse | 54 | 0.3 | 0.3 | 1 | 0.0 | 0.0 | 55 | 0.2 | 0.2 |
| 14 | Allmänfarliga brott | 34 | 0.2 | 0.2 | 6 | 0.1 | 0.1 | 40 | 0.1 | 0.2 |
| 15 | Förfalskning | 78 | 0.4 | 0.5 | 98 | 1.1 | 1.2 | 176 | 0.6 | 0.7 |
| 16 | Mened, falskt åtal, osann utsaga | 7 | 0.0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0.0 | 8 | 0.0 | 0.0 |
| 17 | Brott mot allmän ordning | 14 | 0.1 | 0.1 | 0 | 0.0 | 0.0 | 14 | 0.1 | 0.1 |
| 18 | Brott mot allmän verksamhet | 459 | 2.3 | 2.7 | 67 | 0.7 | 0.8 | 526 | 1.8 | 2.1 |
| 19 | Övriga brott enligt brottsbalken | 33 | 0.2 | 0.2 | 4 | 0.0 | 0.1 | 37 | 0.1 | 0.2 |
| 20 | Trafikbrott | 15 | 0.1 | 0.1 | 5 | 0.1 | 0.1 | 20 | 0.1 | 0.1 |
| 21 | Narkotikabrott (X) | 655 | 3.2 | (X) | 1 043 | 11.4 | (X) | 1 698 | 5.8 | (X) |
| 22 | Övriga brott | 29 | 0.1 | 0.2 | 7 | 0.1 | 0.1 | 36 | 0.1 | 0.1 |
| 23 | Förpassning, avviken, efterlyst | 2 738 | 13.5 | 15.9 | 1 567 | 17.0 | 19.6 | 4 305 | 14.6 | 17.1 |
| 24 | Domstolsinställelse m m | 861 | 4.2 | 5.0 | 493 | 5.4 | 6.2 | 1 354 | 4.6 | 5.4 |
| 25 | Enligt barnavårdslagen | 212 | 1.0 | 1.2 | 139 | 1.5 | 1.7 | 351 | 1.2 | 1.4 |
| 26 | Enl nykterhetsvårds-lagen (X) | 2 385 | 11.8 | (X) | 138 | 1.5 | (X) | 2 523 | 8.6 | (X) |
| 27 | Enl lagen om sluten psykiatrisk vård (X) | 63 | 0.3 | (X) | 15 | 0.2 | (X) | 78 | 0.3 | (X) |
| | Summa | 20 292 | 100.0 | 100.0 | 9 191 | 100.0 | 100.0 | 29 483 | 100.0 | 100.0 |

nämnts brottsomhändertagandena mycket nära och förs här till denna grupp. Om de undersökta omhändertagandena i den på så sätt reducerade gruppen sätts till 100 % för såväl missbrukare som icke-missbrukare kan man notera (tabell 50), att fordonsstölderna dominerar starkt som anledning till omhändertagande i de för missbruk klassade arresttillfällena, där de svarar för drygt en fjärdedel (25,7 %) av alla omhändertaganden. I gruppen utan stickmärken svarar fordonsstölderna för 18,9 % av omhändertagandena. Här dominerar i stället de vanliga stölderna med 23,5 % av omhändertagandena, medan stölder föranledde 18,6 % av de arresttillfällen där stickmärken förekom.

I flertalet brottskategorier är de relativa frekvenserna små för såväl missbrukare som icke-missbrukare. Arrestanter utan tecken på intravenöst missbruk är vanligare bland omhändertaganden för våldsbrott, sedlighetsbrott, inbrott, rån, förskingring och skadegörelse, medan arrestanter med missbrukstecken är vanligare under rubriceringen stöld ur fordon, bedrägeri, förfalskning, förpassning, domstolsinställelse och omhändertagande enligt barnavårdslagen.

Man måste beakta att dessa jämförelser av den *relativa* fördelningen av olika brottstyper inom och mellan de båda kategorierna arresttillfällen med och utan tecken på intravenöst missbruk inte utsäger något om de absoluta brottsfrekvenserna för missbrukare och icke-missbrukare vare sig i undersökningen eller i samhället. Av den riskpopulation som hör till Stockholms polisdistrikt utgör som tidigare visats de intravenösa missbrukarna ett par procent av den vuxna manliga svenska befolkningen. Absolut sett blir därför missbrukarna som grupp starkt överrepresenterade i alla brottskategorier utom några mycket få och ovanliga, sådana som ämbetsbrott, högmålsbrott etc. Det intravenösa missbruket har således fått en omfattande spridning inom traditionellt högkriminella kretsar i Stockholm.

### 4.6.3. *Brottstyper och individuella missbruksförlopp*

4.6.3.1. *Översikt.* Analysen har förts vidare för att belysa olika brottstyper och individuella missbruksförlopp. Enligt det klassiska epidemiologiska schemat för sjukdomsförlopp (s 180) har relationen mellan brottspanorama och missbrukssituation studerats efter följande indelningsgrunder:

A Enbart ett undersökningstillfälle per individ;
   *a*) Icke-missbrukare;
   *b*) Missbrukare;

Tabell 51. *Anledning till omhändertaganden av svenska män i relation till förekomsten av*

| Referensnummer.[1] | Enbart ett undersökningstillfälle per individ | | | | Två eller fler undersökningstillfällen per individ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | alltid | | | | som *ej missbrukare*, därefter vid två eller fler tillfällen enbart missbrukare | | | |
| | Ej missbruk | | Missbruk | | Ej missbruk | | Missbruk | | Ej missbruk | | Missbruk | |
| | A | | | | B | | | | C | | | |
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| 1 | 166 | 2.8 | 4 | 0.7 | 177 | 1.7 | 27 | 0.7 | 6 | 0.8 | 13 | 1.4 |
| 2 | 210 | 3.5 | 11 | 1.8 | 252 | 2.4 | 33 | 0.9 | 13 | 1.7 | 14 | 1.5 |
| 3 | 2 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 4 | 86 | 1.4 | 1 | 0.2 | 53 | 0.5 | 1 | 0.0 | 3 | 0.4 | 1 | 0.1 |
| 5 | 925 | 15.4 | 110 | 18.3 | 1 601 | 15.0 | 902 | 23.7 | 193 | 24.3 | 206 | 21.5 |
| 6 | 177 | 2.9 | 17 | 2.9 | 300 | 2.8 | 140 | 3.7 | 20 | 2.5 | 29 | 3.0 |
| 7 | 417 | 6.9 | 26 | 4.4 | 863 | 8.1 | 180 | 4.7 | 93 | 11.8 | 41 | 4.3 |
| 8 | 1 202 | 20.0 | 108 | 18.0 | 2 166 | 20.2 | 554 | 14.6 | 142 | 17.9 | 158 | 16.5 |
| 9 | 134 | 2.2 | 5 | 0.8 | 204 | 1.9 | 29 | 0.8 | 21 | 2.7 | 20 | 2.1 |
| 10 | 9 | 0.2 | 1 | 0.2 | 7 | 0.1 | 5 | 0.1 | 1 | 0.1 | 1 | 0.1 |
| 11 | 602 | 10.0 | 55 | 9.2 | 740 | 6.9 | 463 | 12.2 | 43 | 5.4 | 72 | 7.5 |
| 12 | 58 | 1.0 | 1 | 0.2 | 45 | 0.4 | 9 | 0.2 | 2 | 0.3 | 1 | 0.1 |
| 13 | 35 | 0.6 | 0 | 0.0 | 16 | 0.2 | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| 14 | 15 | 0.3 | 1 | 0.2 | 15 | 0.1 | 2 | 0.1 | 2 | 0.3 | 0 | 0.0 |
| 15 | 37 | 0.6 | 3 | 0.5 | 30 | 0.3 | 49 | 1.3 | 4 | 0.5 | 6 | 0.6 |
| 16 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 5 | 0.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 |
| 17 | 12 | 0.2 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 18 | 195 | 3.2 | 11 | 1.8 | 176 | 1.7 | 16 | 0.4 | 14 | 1.8 | 4 | 0.4 |
| 19 | 13 | 0.2 | 1 | 0.2 | 13 | 0.1 | 2 | 0.1 | 1 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| 20 | 8 | 0.1 | 0 | 0.0 | 6 | 0.1 | 4 | 0.1 | 1 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| 21 | 285 | 4.7 | 98 | 16.4 | 249 | 2.3 | 520 | 13.7 | 20 | 2.5 | 87 | 9.1 |
| 22 | 13 | 0.2 | 1 | 0.2 | 14 | 0.1 | 5 | 0.1 | 2 | 0.3 | 0 | 0.0 |
| 23 | 685 | 11.4 | 105 | 17.5 | 1 414 | 13.2 | 532 | 14.0 | 125 | 15.8 | 219 | 22.9 |
| 24 | 254 | 4.2 | 20 | 3.4 | 481 | 4.5 | 247 | 6.5 | 20 | 2.5 | 49 | 5.1 |
| 25 | 64 | 1.1 | 7 | 1.2 | 96 | 0.9 | 42 | 1.1 | 13 | 1.7 | 24 | 2.5 |
| 26 | 592 | 6.5 | 10 | 1.7 | 1 726 | 16.2 | 34 | 0.9 | 48 | 6.1 | 11 | 1.2 |
| 27 | 23 | 0.4 | 1 | 0.2 | 25 | 0.2 | 4 | 0.1 | 2 | 0.3 | 0 | 0.0 |
| | 6 020 | 100.0 | 597 | 100.0 | 10 677 | 100.0 | 3 800 | 100.0 | 790 | 100.0 | 957 | 100.0 |

[1]) Referensnummer för anledning till omhändertagande (första kolumnen) hänvisar till motsvarande namngivna kategori i tabell 50.

*stickmärken. Antal undersökta arresttillfällen under hela observationsperioden 1965–1970.*

| Två eller fler undersökningstillfällen per individ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| som *missbrukare*, därefter vid två eller fler tillfällen enbart ej missbrukare[2] | | | | med växlande status | | | |
| Ej missbruk[2] | | D Missbruk[2] | | Ej missbruk | | E Missbruk | |
| Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| 4 | 3.5 | 3 | 1.1 | 45 | 1.7 | 35 | 1.0 |
| 6 | 5.2 | 4 | 1.5 | 46 | 1.7 | 72 | 2.0 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.1 | 0 | 0.0 |
| 1 | 0.9 | 0 | 0.0 | 8 | 0.3 | 6 | 0.2 |
| 18 | 15.6 | 62 | 23.0 | 510 | 18.9 | 773 | 21.7 |
| 4 | 3.5 | 4 | 1.5 | 79 | 2.9 | 112 | 3.1 |
| 5 | 4.4 | 20 | 7.4 | 239 | 8.9 | 214 | 6.0 |
| 18 | 15.6 | 39 | 14.5 | 517 | 19.2 | 625 | 17.5 |
| 3 | 2.6 | 3 | 1.1 | 51 | 1.9 | 49 | 1.4 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.1 | 3 | 0.1 |
| 5 | 4.4 | 36 | 13.4 | 153 | 5.7 | 304 | 8.5 |
| 1 | 0.9 | 0 | 0.0 | 3 | 0.1 | 5 | 0.1 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.1 | 1 | 0.0 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 2 | 0.1 | 3 | 0.1 |
| 1 | 0.9 | 7 | 2.6 | 6 | 0.2 | 33 | 0.9 |
| 1 | 0.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 3 | 2.6 | 0 | 0.0 | 71 | 2.6 | 36 | 1.0 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 0.2 | 1 | 0.0 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 |
| 8 | 6.9 | 23 | 8.6 | 93 | 3.5 | 315 | 8.8 |
| 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.0 |
| 31 | 26.8 | 50 | 18.6 | 483 | 18.0 | 661 | 18.6 |
| 4 | 3.5 | 14 | 5.2 | 102 | 3.8 | 163 | 4.6 |
| 1 | 0.9 | 3 | 1.1 | 38 | 1.4 | 63 | 1.8 |
| 1 | 0.9 | 0 | 0.0 | 218 | 8.1 | 83 | 2.3 |
| 0 | 0.0 | 1 | 0.4 | 13 | 0.5 | 9 | 0.3 |
| 115 | 100.0 | 269 | 100.0 | 2 690 | 100.0 | 3 568 | 100.0 |

[2]) Observera att kolumnerna här är omkastade: "ej missbruk" redovisas före "missbruk" som i detta fall kronologiskt föregått "ej missbruk".

B Två eller flera undersökningstillfällen per individ;
*a*) Icke-missbrukare vid alla undersökningstillfällen;
*b*) Missbrukare vid alla undersökningstillfällen;

C Först två eller flera undersökningstillfällen som icke-missbrukare; därefter enbart sedd som missbrukare vid två eller fler tillfällen;

D Först två eller flera undersökningstillfällen som missbrukare; därefter enbart sedd som icke-missbrukare vid två eller fler tillfällen;

E Övriga fall, dvs växlande status som missbrukare och icke-missbrukare.

I tabell 51 redovisas samtliga dessa grupper med angivande av absoluta och relativa frekvenser för varje brottstyp. De viktigaste brottstyperna skall kommenteras. Analysen av några huvudgrupper skall utvecklas ytterligare i nästa avsnitt, där brott och tecken på injektionsmissbruk redovisas för olika undersökningsår.

4.6.3.2. *Brott mot liv och hälsa.* Våldsbrotten omfattas av kapitel 3 i brottsbalken. Misshandel är det kvantitativt helt dominerande brottet i denna grupp, men hit förs också mord, dråp, mord- och dråpförsök, vållande till annans död, kroppsskada eller sjukdom samt framkallande av fara för annan.

Våldsbrotten har som nämnts utgjort en förhållandevis liten brottsgrupp, som dock varit starkt knuten till individer som inte var injektionsmissbrukare och som setts vid endast ett tillfälle under observationsperioden. Våldsbrotten svarar för 2,8 % av arresttillfällena i gruppen engångsomhändertagna icke-missbrukare (avsnitt A i tabell 51), men endast 1,6 % av det totala antalet arresttillfällen för svenska män (tabell 50).

4.6.3.3. *Sedlighetsbrott* (kapitel 6 i brottsbalken) visar likartade förhållanden som våldsbrotten vad beträffar stark övervikt för engångsomhändertagna icke-missbrukare, d v s fall som representerar en mycket stor riskpopulation.

4.6.3.4. *Tillgreppsbrott sammantagna* (kapitel 8 i brottsbalken) är en sammanfattande beteckning för en lång rad olika brottstyper: "Vanlig" stöld, fordonsstöld, stöld ur eller från fordon, inbrott samt rån och egenmäktigt förfarande (kategorierna 5 – 10 i tabellerna 50 och 51).

Tillgreppsbrotten svarar för hälften (48,7 %) av alla omhändertaganden bland männen: 48,1 % av missbrukarnas arresteringstillfällen och 48,9 % av icke-missbrukarnas (tabell 50). Den i särklass högsta andelen

gripanden för tillgreppsbrott (59,3 %) har de icke-missbrukare som senare ses som missbrukare i undersökningen (grupp C i tabell 51). Sedan de debuterat i injektionsmissbruk reduceras tillgreppsbrottens relativa andel som anledning till omhändertagande i denna grupp till 47,5 %. Detta sammanhänger med att andra omhändertaganden, främst såsom efterlyst-avviken-förpassad (kategori 23), senare ökar starkt. Typen av tillgreppsbrott varierar enligt olika uppdelningar av berörda individer efter missbrukarstatus.

4.6.3.5. *Fordonsstöld.* "Tillgrepp av fortskaffningsmedel" är den juridiska beteckningen för denna kategori. I rapporten används dock genomgående den kortare beteckningen fordonsstöld, då anledningen till dessa omhändertaganden nästan uteslutande varit stöld eller misstänkt stöld av motorfordon. Endast några få fall av cykel- och båtstölder ingår i arrestmaterialet.

Fordonsstölderna visar mycket stark bindning till intravenöst missbruk. Den mycket höga samvariationen mellan dessa båda fenomen är inte främst av karaktären orsak och verkan utan båda fenomenen går tillbaka på flera gemensamma, bakomliggande faktorer hos de berörda individerna. Fordonsstölderna synes vara mera primärt bundna till dessa individer än det intravenösa missbruket. För detta talar att den grupp, som först observerats vid två eller flera tillfällen som icke-missbrukare och därefter setts som missbrukare vid två eller flera tillfällen (grupp C), redan före injektionsdebuten hade den högsta andelen fordonsstölder i hela materialet (24,3 % av alla omhändertaganden i gruppen). Senare ökar andra typer av omhändertaganden mera än de som föranleds av fordonsstölder, varför dessa efter injektionsdebuten får en lägre relativ andel (21,5 %), trots att de absolut sett är fler efter injektionsdebuten än före denna. I grupp D, där individerna först setts som missbrukare och därefter som icke-missbrukare, spelar fordonsstölderna en mindre roll sedan injektionsmissbruket upphört (15,6 % av omhändertagandena) än under missbrukstiden (då de svarade för 23,0 % av omhändertagandena). Detta mönster framgår också i grupperna B och E i tabell 51.

4.6.3.6. *Inbrott* är en avancerad brottstyp som kräver viss företagsamhet och som relativt sett främst är bunden till icke-missbrukare. Av de engångsomhändertagna (grupp A i tabell 51) svarar inbrotten för 6,9 % av gripandena för icke-missbrukare och 4,4 % av omhändertagandena för injektionsmissbrukare. Tendensen är mera markerad i grupp B, där individerna setts flera gånger, alltid som missbrukare eller som icke-miss-

brukare. För missbrukarna svarar inbrotten här för 4,7 % av arresttillfällena men bland icke-missbrukarna för 8,1 % av gripandena. I grupp C är den relativa frekvensen av inbrott som grund för omhändertagande nästan tre gånger så stor före injektionsdebuten (11,8 %) som efter denna (4,3 %). Grupp D (först sedd flera gånger som missbrukare, därefter flera gånger som icke-missbrukare) är så liten att en omvänd tendens i denna grupp inte kan tillmätas någon större betydelse. I grupp E, som är stor och omfattar individer med växlande status som missbrukare och icke-missbrukare, framträder också tendensen att inbrotten främst är knutna till status som icke-missbrukare.

4.6.3.7. *Stöld.* Till gruppen stöld hör även snatterierna, men dessa fall har inte införts till häktet efter den 1 januari 1965 och ingår således inte i undersökningsmaterialet. De (bland arrestklientelet) sällsynta bodräktsbrotten tillhör gruppen stölder.

Stöld dominerar som grund till omhändertagande bland de engångsgripna icke-missbrukarna i materialet med 20 % av arresttillfällena i denna grupp, medan de engångsomhändertagna missbrukarna gripits för stöld i 18,0 % av fallen (grupp A i tabell 51). Vid flera omhändertaganden av samma individ, hela tiden med oförändrad status som missbrukare respektive icke-missbrukare (grupp B), svarar stölderna för 20,2 % av arresttillfällena för icke-missbrukarna men endast för 14,6 % i missbrukargruppen.

4.6.3.8. *Rån.* Rånen – även de väpnade – räknas som nämnts enligt svensk lagstiftning som tillgreppsbrott och inte som våldsbrott. "Väskryckning" räknas som stöld såvida offret inte gör motstånd eller försöker återta sin egendom, då brottet blir rubricerat som rån. Fallen av väskryckning är över huvud taget sällsynta i undersökningsmaterialet.

Rån är liksom inbrott en avancerad brottstyp som kräver viss handlingskraft. I denna relativa fördelning av olika brottstyper är rånen mycket klart knutna till status som icke-missbrukare. Bland icke-missbrukare föranleddes 2,2 % av engångsomhändertagandena av rån men endast 0,8 % bland injektionsmissbrukare. Av flergångsomhändertaganden med samma status vid varje omhändertagande (grupp B) faller också här 0,8 % av gripandena för missbrukare på rån men 1,9 % av gripandena för icke-missbrukare. Särskilt intressant är att studera relationen i grupperna C och D: Oavsett om individerna sågs som icke-missbrukare i början av observationsperioden och senare flera gånger setts som missbrukare eller tvärt om så är rånen relativt vanligare som grund för gripande

under perioderna utan tecken på intravenöst missbruk. Samma tendens framträder i grupp E. Detta fynd torde få betecknas som både oväntat och anmärkningsvärt.

4.6.3.9. *Bedrägeri* (kapitel 9 i brottsbalken) visar, frånsett när det gäller engångsomhändertaganden, en samvariation med status som missbrukare.

4.6.3.10. *Narkotikabrott.* Narkotikastrafflagen trädde i kraft den 1 april 1968. Under det tidigare skedet av observationsperioden handlades narkotikabrotten enligt narkotikaförordningen men också i viss utsträckning enligt varusmugglingslagen (smuggling och olovlig befattning med smuggelgods) och enligt brottsbalkens ockerparagraf (kapitel 9, § 5) beträffande narkotikaförsäljning.

Enligt *ockerrubriceringen* infördes 1965 – 68 44 män (vid 46 tillfällen, 4 ej undersökta) och 20 kvinnor (vid 24 tillfällen, en ej undersökt). Bland de undersökta männen var 24 intravenösa missbrukare (60 % av individerna och 62 % av arrestanterna) och bland kvinnorna 15 (79 % av individerna och 78 % av arrestanterna). Dessa inkluderas i följande redogörelser för narkotikabrott under hela perioden.

Narkotikabrott svarar som väntat för en hög andel av de omhändertaganden som berör missbrukare: 16,4 % av engångsomhändertagandena och 13,7 % av flergångsomhändertagandena med bibehållen missbrukarstatus (grupp B). Som väntat stiger narkotikabrotten snabbt som arresteringsgrund för dem som börjat injicera sig (grupp C): Narkotikabrotten svarade för 2,5 % av gripandena före injektionsdebuten men för hela 9,1 % efter debuten i denna grupp. För dem som först sågs som missbrukare men senare sågs som icke-missbrukare vid två eller flera tillfällen (grupp D) sjönk på motsvarande sätt narkotikabrottens andel av omhändertagandena, från 8,6 % under missbruksperioden till 6,9 % då stickmärken inte längre noterades.

4.6.3.11. *Förpassning, avviken, efterlyst* är en anledning till omhändertagande som dels är knuten till intravenöst missbruk, dels också i viss mån till den kriminella belastningen. Denna anledning till omhändertagande överväger något bland missbrukarna i alla grupper utom i grupp D (de som först setts flera gånger som missbrukare och därefter flera gånger som icke-missbrukare). Inte mindre än 26,8 % av omhändertagandena av dessa f d injektionsmissbrukare har föranletts av att vederbörande varit avviken eller förpassats. Förpassningarna har dock i stor utsträckning skett

Tabell 52. *Samtliga arresttillfällen för svenska män i relation till narkotikabrott och tecken på intravenöst missbruk under hela observationsperioden.*

| | Aldrig gripna för narkotikabrott | | Gripna för narkotikabrott minst en gång | |
|---|---|---|---|---|
| | Utan stick-märken varje gång | Stickmärken minst en gång | Utan stick-märken varje gång | Stickmärken minst en gång |
| Antal individer | 8 174 | 2 545 | 492 | 869 |
| Arresttillfällen totalt | 14 152 | 10 561 | 1 095 | 5 675 |
| Arresttillf. per individ | 1.73 | 4.15 | 2.23 | 6.53 |
| Arresttillfällen exkl narkotikabrott | 14 152 | 10 561 | 509 | 4 251 |
| Arresttillfällen per individ (exklusive narkotikabrott) | 1.73 | 4.15 | 1.03 | 4.89 |

från en sluten anstalt till en annan via häktet, utan att vederbörande haft någon möjlighet att återuppta sitt injektionsmissbruk.

4.6.3.12. *Nykterhetsvårdslagen* berör på grund av sin exklusivitet beträffande missbruk av etylalkohol främst personer utan tecken på intravenöst missbruk: 1,5 % av arresttillfällena för injektionsmissbrukare gällde nykterhetsvårdslagen men 11,8 % av tillfällena utan stickmärken (tabell 50). 6,5 % av engångsomhändertagandena och 16,2 % av flergångsomhändertagandena av individer utan tecken på intravenöst missbruk har gjorts enligt nykterhetsvårdslagen. Intressant är att notera att för dem som under observationstiden först setts som icke-missbrukare vid flera tillfällen och därefter som intravenösa missbrukare vid flera tillfällen (grupp C), var nykterhetsvårdslagen anledningen till omhändertagandet i 6,1 % av tillfällena innan injektionsmissbruket första gången noterades men endast i 1,2 % (11fall) efter det vederbörande hade börjat injicera sig. Alkoholisterna synes således inte längre bli föremål för aktiva åtgärder från de nykterhetsvårdande organens sida sedan de börjat injicera sig intravenöst.

4.6.4. *Brottstyper i relation till narkotikabrott och intravenöst missbruk*

För att analysera sambandet mellan narkotikabrott, annan brottslighet och förekomsten av tecken på intravenöst missbruk har samtliga under

observationsperioden aktuella individer delats i två huvudgrupper med avseende på om de någon gång införts för narkotikabrott eller inte. Inom dessa huvudgrupper har individerna ytterligare delats på två undergrupper: De som företett stickmärken vid något tillfälle och de som inte gjort det någon gång. För de fyra kategorierna har sedan samtliga arresttillfällen, d v s såväl de undersökta som de inte undersökta, tabellerats efter anledningen till omhändertagandena.

I tabell 52 lämnas en översikt över de olika kategorierna för alla typer av arresttillfällen sammantagna. Hela brottspanoramat för de fyra kategorierna redovisas i bilaga 10.

Av dem som aldrig gripits för narkotikabrott har de som företett stickmärken vid något tillfälle 2,4 gånger fler arresttillfällen per individ än icke-missbrukarna (4,15 respektive 1,73 arresttillfällen) (tabell 52). Av de 492 svenska män som gripits för narkotikabrott vid minst ett tillfälle men aldrig företett stickmärken svarade narkotikabrotten för över hälften (52,2 %) av alla arresttillfällen i gruppen (bilaga 10). Genomsnittligt hade de 1,2 gripanden för narkotikabrott per individ. Denna grupp hade alltså en låg frekvens av annan beivrad brottslighet: Endast 1,03 andra omhändertaganden per individ, d v s väsentligt lägre än i den grupp som aldrig företett varken narkotikabrott eller stickmärken, där det förekom 1,73 omhändertaganden per individ. Huvudsakligen torde de 492 svenska män som gripits för narkotikabrott men aldrig företett stickmärken ha utgjorts av personer som gripits för olaga hantering med cannabis. Denna tolkning överenstämmer med de fynd som Rexed och Wickberg (1972) gjorde i sin analys av narkotikadomar: De som dömts för olaga befattning med cannabis hade en låg belastning av annan kriminalitet. Några få professionella storlangare inom narkotikahandeln ingår veterligen i gruppen, men huvudparten av de gripna storhandlarna har varit utländska medborgare och ingår inte i dessa jämförelser (Esbjörnson 1971).

De intravenösa missbrukare som gripits för narkotikabrott har genomsnittligt 1,6 gripanden av denna typ. Därtill har de i mycket stor utsträckning omhändertagits för annan kriminalitet, och narkotikabrotten har endast svarat för en fjärdedel (24,6 %) av deras arresttillfällen. Också detta överensstämmer med Rexed och Wickbergs (1972) resultat i deras undersökning av narkotikadomar.

Om man exkluderar narkotikabrotten och sätter resterande brott till 100 % kan intressanta jämförelser göras mellan de fyra kategorierna. Fordonsstölderna är högst för dem som företett både narkotikabrott och

stickmärken (24,6 % av alla arresttillfällen i gruppen) och lägst (19,0 %) för dem som varken företett narkotikabrott eller stickmärken. Det förekom 2,30 gripanden för fordonsstölder per individ för de 455 män, som gripits för både narkotikabrott och fordonsstöld och som företett stickmärken vid minst ett tillfälle, men endast 1,38 arresttillfällen per individ för fordonsstöld för de 1 951 män som inte någon gång gripits för narkotikabrott och aldrig företett stickmärken. Fordonsstölderna har alltså samvarierat mycket starkt med triaden annan brottslighet, intravenöst missbruk och narkotikabrottslighet.

Förhållanden mellan narkotikabrott, missbruk och brottspanorama kan närmare studeras i bilaga 10.

## 4.7. Brottstyper och missbruksutveckling över tid

### 4.7.1. *Översikt*

Utbredningen av intravenöst missbruk i de båda populationerna arresttillfällen och berörda individer, förändringar över tid och omfattningen av missbrukarnas mer frekventa arresteringar har framtagits för ett fyrtiotal olika brottskategorier och typer av omhändertaganden. Då materialet är synnerligen omfattande och förhållandena inte berör undersökningens centrala hypoteser och frågeställningar lämnas i denna rapport en deskriptiv redovisning endast för de stora och viktiga kategorier som berörts i avsnitt 4.6: Våldsbrott, tillgreppsbrott (som redovisas på sex underkategorier) och narkotikabrott. Materialet har bearbetats efter kön, nationalitet och undersökningsår. I populationen individer har missbrukarna beräknats enligt maximeringsmetoden (se s 77), d v s till denna grupp har de förts som någon gång under perioden (kalenderår respektive hela observationsperioden) diagnostiserats som missbrukare. Redovisningen bygger således liksom tidigare på kategorierna individer misstänkta och omhändertagna för brott av viss typ respektive arresttillfällen och inte på populationen brott, vilket är det vanligast förekommande i kriminologisk litteratur. Materialet medger därför inte direkta jämförelser med kriminalstatistiken, som väsentligen bygger på enheterna brott och avkunnade domar.

### 4.7.2. *Brott mot liv och hälsa*

Våldsbrotten upptar en stor plats i massmedias nyhetsförmedling men de har föranlett förvånansvärt få införanden på häktet. Endast 449 personer

Tabell 53. *Brott mot liv och hälsa: Arresttillfällen och berörda individer.*

| | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| År | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 28 | 2 | 6.7 | 28 | 2 | 6.7 | 2 | – | – | 2 | – | – |
| 1966 | 56 | 10 | 15.2 | 55 | 10 | 15.4 | 6 | – | – | 6 | – | – |
| 1967 | 73 | 10 | 12.0 | 69 | 10 | 12.7 | 3 | 1 | 25.0 | 3 | 1 | 25.0 |
| 1968 | 90 | 17 | 15.9 | 89 | 16 | 15.2 | 5 | 1 | 16.7 | 5 | 1 | 16.7 |
| 1969 | 83 | 20 | 19.4 | 81 | 20 | 19.8 | 5 | 3 | 37.5 | 5 | 3 | 37.5 |
| 1970[3] | 51 | 18 | 26.1 | 49 | 17 | 25.8 | 1 | – | – | 1 | – | – |
| 1965–70 | 381 | 77 | 16.8 | 352 | 70 | 16.6 | 22 | 5 | 18.5 | 22 | 5 | 18.5 |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

har under femårsperioden gripits för våldsbrott, några få män vid flera tillfällen (tabell 53).

Den manliga dominansen i gruppen våldsbrott har för hela observationsperioden uppgått till 15,6:1 för kategorin berörda individer och 17,0:1 för kategorin arresttillfällen. Med reservation för det låga antalet kvinnor syns andelen missbrukare vara av samma storleksordning bland berörda män och kvinnor (17 resp 19 %). De manliga missbrukarnas andel i våldsbrotten ökar under perioden, men missbrukarna har inte nämnvärt flera arresttillfällen för denna brottstyp per berörd individ under femårsperioden (1,10) än de övriga (1,08).

### 4.7.3. *Tillgreppsbrott*

4.7.3.1. *Översikt.* Av översiktstabell 54 framgår som väntat att "vanliga" stölder är det mest frekventa tillgreppsbrottet bland såväl män som kvinnor. Intravenöst missbruk har noterats hos drygt en fjärdedel av de aktuella männen och hos en tredjedel av kvinnorna (tabell 54).

Tabell 54. *Olika typer av tillgreppsbrott rangordnade efter brottens grovhetsgrad: Antal arresttillfällen under hela observationsperioden 1965–1970 och berörda individer (svenska medborgare).*

| Typ av tillgreppsbrott | Arrestanter | | | Individer | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 Ej miss-brukare Antal | 2 Miss-brukare Antal | 3 Miss-brukare % | 1 Ej miss-brukare Antal | 2 Miss-brukare Antal | 3 Miss-brukare % |
| *Män* | | | | | | |
| Rån | 421 | 105 | 20.0 | 382 | 96 | 20.1 |
| Inbrottsstöld | 1 604 | 475 | 22.8 | 1 290 | 399 | 23.6 |
| Fordonsstöld | 3 328 | 2 024 | 37.8 | 2 217 | 1 096 | 33.1 |
| Stöld ur eller från fordon | 558 | 297 | 34.7 | 480 | 252 | 34.2 |
| "Vanlig" stöld | 3 908 | 1 450 | 27.1 | 2 716 | 1 000 | 26.9 |
| Egenmäktigt förfarande | 19 | 10 | 34.5 | 19 | 10 | 34.5 |
| Tillgreppsbrott[1] | 9 857 | 4 371 | | 5 208 | 1 874 | |
| *Kvinnor* | | | | | | |
| Rån | 39 | 11 | 22.0 | 39 | 9 | 18.8 |
| Inbrottsstöld | 57 | 52 | 47.7 | 55 | 46 | 45.5 |
| Fordonsstöld | 104 | 265 | 71.8 | 92 | 187 | 67.0 |
| Stöld ur eller från fordon | 12 | 32 | 72.7 | 12 | 30 | 71.4 |
| "Vanlig" stöld | 440 | 269 | 37.9 | 381 | 183 | 32.4 |
| Egenmäktigt förfarande | 2 | 2 | | 2 | 2 | |
| Tillgreppsbrott[1] | 656 | 633 | | 546 | 341 | |

[1]) Samma individ kan förekomma i flera av kategorierna ovan varför gruppen tillgreppsbrottslingar sammantagen inte utgör delgruppernas summa.

Andelen missbrukare är lägst i den mest avancerade typen av tillgreppsbrott, rånen, där endast var femte man och kvinna visat tecken på intravenöst missbruk. Om man rangordnar tillgreppsbrotten efter grovhetsgrad (med utelämnande av de mycket fåtaliga fallen av egenmäktigt förfarande) och jämför de olika undergrupperna av tillgreppsbrott med rånen erhåller man signifikanser enligt tabell 55. De män som gripits för inbrott skiljer sig således i missbruksavseende inte signifikant från de rånomhändertagna (det gäller såväl arresttillfällen som berörda individer) men kvinnorna gör det. De som gripits för andra typer av egendomsbrott är i signifikant större utsträckning injektionsmissbrukare än de rånomhändertagna.

Tabell 55. *Olika typer av tillgreppsbrott rangordnade efter brottens grovhetsgrad: Signifikanstestning av differenser mellan andelen injektionsmissbrukare i gruppen rån och andelen missbrukare i övriga typer av tillgreppsbrott.*

| Typ av tillgrepps-brott | Män | | | | Kvinnor | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | Individer | | Arrestanter | | Individer | |
| | Miss-bru-kare % | Sig-nifi-kans | Miss-bru-kare % | Sig-nifi-kans | Miss-bru-kare % | Sig-nifi-kans | Miss-bru-kare % | Sig-nifi-kans |
| Rån | 20.0 | | 20.1 | | 22.0 | | 18.8 | |
| Inbrott | 22.8 | – | 23.6 | – | 47.7 | ** | 45.5 | ** |
| Fordonsstöld | 37.8 | *** | 33.1 | *** | 71.8 | *** | 67.0 | *** |
| Stöld ur eller från fordon | 34.7 | *** | 34.2 | *** | 72.7 | *** | 71.4 | *** |
| Vanlig stöld | 27.1 | *** | 26.9 | ** | 37.9 | * | 32.4 | * |

Tabell 56. *Olika typer av tillgreppsbrott: Arresttillfällen och berörda individer.*

| År | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-beu-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru kare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bru-kare Antal | 2 Miss-bru-kare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 1 253 | 262 | 17.3 | 1 054 | 212 | 16.7 | 72 | 66 | 47.8 | 67 | 50 | 42.7 |
| 1966 | 1 828 | 458 | 20.0 | 1 468 | 373 | 20.3 | 137 | 71 | 34.1 | 132 | 60 | 31.3 |
| 1967 | 2 012 | 936 | 31.8 | 1 553 | 629 | 28.8 | 115 | 112 | 49.3 | 110 | 87 | 44.2 |
| 1968 | 1 894 | 1 121 | 37.2 | 1 436 | 746 | 34.2 | 121 | 143 | 54.2 | 116 | 114 | 49.6 |
| 1969 | 1 868 | 1 093 | 36.9 | 1 412 | 753 | 34.8 | 119 | 169 | 58.7 | 111 | 122 | 52.4 |
| 1970[3] | 983 | 491 | 33.3 | 830 | 397 | 32.4 | 90 | 70 | 43.8 | 84 | 61 | 42.1 |
| 1965–70 | 9 838 | 4 361 | 30.7 | 5 189 | 1 864 | 26.4 | 654 | 631 | 49.1 | 544 | 339 | 38.4 |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden. [2]) 1965 = kvartal II-IV. [3]) 1970 = kvartal I–II.

Tabell 57. *Tillgreppsbrott: Arresttillfällen per individ (svenska medborgare) för icke-missbrukare och injektionsmissbrukare.*

| | Män | | | Kvinnor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arresttillfällen per individ[1] | | | Arresttillfällen per individ[1] | | |
| År | 1 Ej missbrukare | 2 Missbrukare | 3 2/1 | 1 Ej missbrukare | 2 Missbrukare | 3 2/1 |
| 1965[2] | 1.19 | 1.24 | 1.04 | 1.08 | 1.32 | 1.23 |
| 1966 | 1.25 | 1.23 | 0.99 | 1.04 | 1.18 | 1.14 |
| 1967 | 1.30 | 1.49 | 1.15 | 1.05 | 1.29 | 1.23 |
| 1968 | 1.32 | 1.50 | 1.14 | 1.04 | 1.25 | 1.20 |
| 1969 | 1.32 | 1.45 | 1.10 | 1.07 | 1.39 | 1.29 |
| 1970[3] | 1.18 | 1.24 | 1.05 | 1.07 | 1.15 | 1.07 |
| 1965–70 | 1.90 | 2.34 | 1.23 | 1.20 | 1.86 | 1.55 |

[1]) Missbrukarstatus har beräknats enligt medianmetoden (se s 78).
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

Omhändertagandena för fordonsstölder är bland männen nästan lika talrika som för vanliga stölder, och inte mindre än en tredjedel av dessa män är missbrukare av intravenös typ (tabell 54).

För tillgrepppsbrotten, som utgör den största andelen i materialet, skall de olika undergrupperna belysas med separat tabellmaterial, men först lämnas en översikt över samtliga omhändertaganden för tillgreppsbrott fördelade på olika undersökningsår (tabell 56).

Vid 14 199 respektive 1 285 tillfällen har 7 053 svenska män och 883 kvinnor gripits för tillgreppsbrott och därvid blivit undersökta beträffande förekomsten av stickmärken. Detta ger en manlig dominans av 8,0:1 för berörda individer och 11,1:1 för arresttillfällen. Missbrukarna har som väntat blivit starkt överrepresenterade bland arresttillfällena för tillgreppsbrott: De manliga missbrukarna har gripits vid i genomsnitt 2,34 tillfällen för denna typ av brott under femårsperioden, vilket är 1,23 gånger mer än för övriga män, som gripits 1,90 gånger för tillgreppsbrott. De kvinnliga missbrukarna har gripits för tillgreppsbrott vid i genomsnitt 1,86 tillfällen eller 1,55 gånger oftare än de icke-missbrukande kvinnorna, som genomsnittligt hade 1,20 arresttillfällen i materialet. Be-

Tabell 58. *Fordonsstöld: Arresttillfällen och berörda individer.*

| | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| | Ej miss-bru-kare | Miss-bru kare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-bru-kare | Miss-bru-kare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-bru-kare | Miss-bru-kare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-bru-kare | Miss-bru-kare | 2 i % av 1+2 |
| År | Antal | Antal | | Antal | Antal | | Antal | Antal | | Antal | Antal | |
| 1965[2] | 465 | 147 | 24.0 | 411 | 121 | 22.7 | 9 | 29 | 76.3 | 7 | 22 | 75.9 |
| 1966 | 639 | 193 | 23.2 | 558 | 177 | 24.1 | 18 | 22 | 55.0 | 18 | 19 | 51.4 |
| 1967 | 707 | 453 | 39.1 | 584 | 344 | 37.1 | 21 | 62 | 74.7 | 20 | 52 | 72.2 |
| 1968 | 621 | 523 | 45.7 | 521 | 382 | 42.3 | 23 | 58 | 71.6 | 23 | 53 | 69.7 |
| 1969 | 601 | 498 | 45.3 | 496 | 386 | 43.8 | 20 | 68 | 77.3 | 19 | 59 | 75.6 |
| 1970[3] | 295 | 210 | 41.6 | 278 | 187 | 40.2 | 13 | 26 | 66.7 | 13 | 23 | 63.9 |
| 1965–70 | 3 328 | 2 024 | 37.8 | 2 217 | 1 096 | 33.1 | 104 | 265 | 71.8 | 92 | 187 | 67.0 |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

räknad per kalenderår blir dock missbrukarnas överrepresentation betydligt mindre (tabell 57).

Hypotes 10a ("Missbrukarna bör uppvisa en högre arresteringsfrekvens än icke-missbrukarna i tillgreppsbrott") får således stöd i materialet.

4.7.3.2. *Fordonsstöld.* Av samtliga svenskar gripna för fordonsstöld under femårsperioden var en tredjedel av männen och två tredjedelar av kvinnorna intravenösa missbrukare (tabell 58). Att dessa missbrukare också är vanliga i stockholmstrafiken har visats i representativitetsavsnittet.

Fordonsstöld utgör ett av de vanligaste brotten i materialet beträffande manliga missbrukare av intravenös typ, och den procentuella andelen injektionsmissbrukare har under hela observationstiden varit mycket hög för denna brottstyp. De manliga missbrukarna har gripits 1,23 gånger oftare för fordonsstölder under femårsperioden än övriga berörda män (1,8 respektive 1,5 tillfällen).

Tabell 59. *Stöld ur fordon: Arresttillfällen och berörda individer.*

| | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | I | 2 | 3 |
| | Ej miss-brukare | Miss-brukare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-brukare | Miss-brukare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-brukare | Miss-brukare | 2 i % av 1+2 | Ej miss-brukare | Miss-brukare | 2 i % av 1+2 |
| År | Antal | Antal | | Antal | Antal | | Antal | Antal | | Antal | Antal | |
| 1965[2] | 61 | 16 | 20.8 | 59 | 16 | 21.3 | – | 4 | (100)[4] | – | 4 | (100) |
| 1966 | 101 | 32 | 24.1 | 95 | 30 | 24.0 | 3 | – | – | 3 | – | – |
| 1967 | 131 | 53 | 28.8 | 129 | 53 | 29.1 | 3 | 7 | (70) | 3 | 7 | (70) |
| 1968 | 105 | 75 | 41.7 | 102 | 68 | 40.0 | 1 | 7 | (88) | 1 | 7 | (88) |
| 1969 | 108 | 84 | 43.8 | 101 | 75 | 42.6 | 3 | 10 | (77) | 3 | 10 | (77) |
| 1970[3] | 52 | 37 | 41.6 | 51 | 35 | 40.7 | 2 | 4 | (67) | 2 | 4 | (67) |
| 1965–70 | 558 | 297 | 34.7 | 480 | 252 | 34.2 | 12 | 32 | (73) | 12 | 30 | (71) |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.
[4]) Procenttal inom parentes baseras på extremt låga frekvenser.

Den manliga dominansen beträffande fordonsstölder är för hela observationsperioden 14,5:1 för arresteringstillfällen och 11,9:1 för berörda individer.

4.7.3.3. *Stöld ur fordon.* Stölder ur eller från fordon är tillgreppsbrott som erfarenhetsmässigt i stor utsträckning begås av svårt nedgångna och socialt utslagna alkoholister och narkomaner som inte är kapabla att genomföra mera avancerad brottslighet och som ofta önskar komma över några föremål som snabbt kan avyttras för inköp av alkohol eller narkotika (tabell 59).

Återomhändertagandet för denna typ av brott har under observationsperioden varit obetydligt högre för intravenösa missbrukare än för övriga berörda individer. Detta torde sammanhänga just med det nämnda höga inslaget av socialt havererade alkoholister i denna brottskategori.

Tabell 60. *Inbrott: Arresttillfällen och berörda individer.*

| År | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 300 | 37 | 11.0 | 283 | 36 | 11.3 | 8 | 10 | (56)[4] | 8 | 9 | (53) |
| 1966 | 475 | 95 | 16.7 | 425 | 88 | 17.2 | 17 | 11 | (39) | 17 | 10 | (37) |
| 1967 | 333 | 138 | 29.3 | 314 | 125 | 28.5 | 13 | 7 | (35) | 13 | 7 | (35) |
| 1968 | 302 | 138 | 31.4 | 284 | 128 | 31.1 | 8 | 12 | (60) | 8 | 12 | (60) |
| 1969 | 122 | 40 | 24.7 | 117 | 40 | 25.5 | 6 | 6 | (50) | 6 | 6 | (50) |
| 1970[3] | 72 | 27 | 27.3 | 69 | 27 | 28.1 | 5 | 6 | (55) | 5 | 6 | (55) |
| 1965–70 | 1 604 | 475 | 22.8 | 1 290 | 399 | 23.6 | 57 | 52 | (48) | 55 | 46 | (46) |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.

[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.

[3]) 1970 omfattar kvartal I–II.

[4]) Procenttal inom parentes baseras på extremt låga frekvenser.

4.7.3.4. *Inbrott.* Stöld i samband med inbrott är en brottsform som visat en fallande frekvens under observationstiden (tabell 60). Detta sammanhänger med att andra vinningsbrott – främst checkbedrägerier – varit lättare och mera vinstgivande. Dessa har också ökat mycket markant under femårsperioden.

Inbrott utförs ofta i stora serier. Inslaget av intravenösa missbrukare är relativt lågt i gruppen (24 % av männen). Inbrott är också en av de få brottstyper där berörda manliga missbrukare har färre arresttillfällen under femårsperioden (1,19) än icke-missbrukarna (1,24) (proportion 0,96).

Av berörda individer dominerar männen med förhållandet 16,7:1. Reellt sett är dominansen ännu kraftigare, då en betydande del av de kvinnor som gripits i samband med inbrott endast fungerat som medhjälpare eller "vakter" åt manliga inbrottstjuvar.

Tabell 61. *Stöld: Arresttillfällen och berörda individer.*

| År | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 364 | 60 | 14.2 | 341 | 56 | 14.1 | 50 | 23 | 31.5 | 49 | 21 | 30.0 |
| 1966 | 508 | 129 | 20.3 | 456 | 120 | 20.8 | 89 | 35 | 28.2 | 87 | 32 | 26.9 |
| 1967 | 770 | 263 | 25.5 | 674 | 238 | 26.1 | 70 | 35 | 33.3 | 69 | 32 | 31.7 |
| 1968 | 786 | 362 | 31.5 | 677 | 313 | 31.6 | 67 | 62 | 44.6 | 66 | 56 | 42.4 |
| 1969 | 950 | 434 | 31.4 | 812 | 367 | 31.1 | 87 | 83 | 48.8 | 83 | 63 | 43.2 |
| 1970[3] | 530 | 202 | 27.6 | 474 | 184 | 28.0 | 67 | 31 | 31.6 | 63 | 31 | 33.0 |
| 1965–70 | 3 908 | 1 450 | 27.1 | 2 716 | 1 000 | 26.9 | 430 | 269 | 37.9 | 381 | 183 | 32.4 |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

4.7.3.5. *Stöld.* Stöld är den vanligaste anledningen till gripanden i hela undersökningen och har ökat mycket kraftigt under observationsperioden (tabell 61). Om man sätter de tre kvartalen 1965 till 75 enheter blir indexserien för gripanden med anledning av stöld för de hela åren 1965–70: 100–115–172–193–234–250.

Den manliga dominansen är relativt låg, endast 6,6:1. Återarresteringen för stölder är inte nämnvärt högre för intravenösa missbrukare än för berörda individer utan stickmärken: 1,45 gånger för missbrukarna och 1,44 gånger för övriga berörda män.

De kvinnliga missbrukarna har 1,47 omhändertaganden per individ under observationstiden mot 1,16 för övriga kvinnor.

4.7.3.6. *Rån.* Missbrukarnas relativa frekvens av rånen i materialet har som synes (tabell 62) ökat snabbt medan absoluta frekvensen rån för dem

Tabell 62. *Rån: Arresttillfällen och berörda individer.*

| År | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 57 | 2 | 3.4 | 55 | 2 | 3.5 | 4 | – | – | 4 | – | – |
| 1966 | 104 | 9 | 8.0 | 104 | 8 | 7.1 | 10 | 2 | (17) | 10 | 2 | (17) |
| 1967 | 65 | 23 | 26.1 | 64 | 23 | 26.4 | 8 | 1 | (11) | 8 | 1 | (11) |
| 1968 | 79 | 22 | 21.8 | 78 | 22 | 22.0 | 11 | 3 | (21) | 11 | 3 | (21) |
| 1969 | 85 | 35 | 29.2 | 82 | 33 | 28.7 | 3 | 2 | (40) | 3 | 2 | (40) |
| 1970[3] | 31 | 14 | 31.1 | 31 | 14 | 31.1 | 3 | 3 | (50) | 3 | 3 | (50) |
| 1965–70 | 421 | 105 | 20.0 | 382 | 96 | 20.1 | 39 | 11 | (22) | 39 | 9 | (19) |

[1]) Antal arresttillfällen och individer (svenska medborgare) samt procenteull andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.
[2]) 1965 omfattar kvartal II–IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I–II.

varit mer stabil under observationstiden. Var tredje rånare var mot slutet av undersökningsperioden missbrukare av intravenös typ. De manliga missbrukarna har per individ något färre omhändertaganden för rån (1,09) under perioden än de rånare som inte företett stickmärken (1,10). Skillnaden är inte signifikant.

Den manliga dominansen beträffande rån är 10,0:1. Berörda kvinnor har sällan opererat på egen hand utan varit inblandade som medhjälpare.

4.7.3.7. *Narkotikabrott.* Under observationsperioden har narkotikabrotten ökat markant (tabell 63), och det absoluta antalet berörda injektionsmissbrukare har oavbrutet stigit fram till 1969. Däremot har den relativa andelen injektionsmissbrukare bland dem som omhändertagits för narkotikabrott fallit under samma period (tabell 63). Någon bearbetning angående aktuella preparattyper har inte företagits, men beträffande en an-

Tabell 63. *Narkotikabrott: Arresttillfällen och berörda individer.*

| År | Män[1] | | | | | | Kvinnor[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrestanter | | | Individer | | | Arrestanter | | | Individer | | |
| | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej missbrukare Antal | 2 Missbrukare Antal | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965[2] | 11 | 31 | (74)[d] | 10 | 28 | (74) | 5 | 9 | (64) | 5 | 9 | (64) |
| 1966 | 10 | 40 | (80) | 9 | 38 | (81) | 4 | 18 | (82) | 4 | 16 | (80) |
| 1967 | 84 | 171 | 67.1 | 78 | 147 | 65.3 | 10 | 29 | (74) | 9 | 26 | (74) |
| 1968 | 209 | 321 | 60.6 | 186 | 258 | 58.1 | 20 | 60 | (75) | 19 | 52 | (73) |
| 1969 | 248 | 350 | 58.5 | 227 | 284 | 55.6 | 38 | 117 | 75.5 | 32 | 94 | 74.6 |
| 1970[3] | 123 | 104 | 45.8 | 119 | 97 | 44.9 | 12 | 33 | (73) | 12 | 28 | (70) |
| 1965–70 | 685 | 1 017 | 59.8 | 534 | 682 | 56.1 | 89 | 266 | 74.9 | 76 | 173 | 69.5 |

[1]) Antal arresteringstillfällen och individer (svenska medborgare) samt procentuell andel missbrukare av intravenös typ bland arresttillfällen och berörda individer per kalenderår samt för hela undersökningsperioden.
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

senlig del av dem som inte företett stickmärken bör cannabis ha varit det medel som påtalats. Den starka ökningen av påtalade narkotikabrott beträffande cannabis under observationsperioden (s 38) korresponerar således mot den fallande andelen missbrukare av intravenös typ i denna del av undersökningsmaterialet.

Den manliga dominansen är relativt låg när det gäller gripanden för narkotikabrott (4,8:1 under femårsperioden). Som väntat har de intravenösa missbrukarna flera omhändertaganden för narkotikabrott än övriga (tabell 64), men differenserna är oväntat små: Berörda manliga icke-missbrukare har genomsnittligt gripits 1,28 gånger för narkotikabrott under femårsperioden, injektionsmissbrukarna 1,49 gånger (eller 1,16 gånger oftare). De kvinnliga injektionsmissbrukare som gripits för narkotikabrott har genomsnittligt 1,54 arresttillfällen av denna anledning (eller 1,31 gånger fler gripanden än berörda icke-injicerande kvinnor). Hypotes 10b (s 47) får stöd i materialet.

Tabell 64. *Narkotikabrott: Arresttillfällen per individ (svenska medborgare) för icke-missbrukare och injektionsmissbrukare.*

| | Män | | | Kvinnor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arresttillfällen per individ[1] | | | Arresttillfällen per individ[1] | | |
| År | 1 Ej missbrukare | 2 Missbrukare | 3 2/1 | 1 Ej missbrukare | 2 Missbrukare | 3 2/1 |
| 1965[2] | 1.10 | 1.11 | 1.01 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 1966 | 1.11 | 1.05 | 0.95 | 1.00 | 1.13 | 1.13 |
| 1967 | 1.08 | 1.16 | 1.08 | 1.11 | 1.12 | 1.00 |
| 1968 | 1.12 | 1.24 | 1.11 | 1.05 | 1.15 | 1.10 |
| 1969 | 1.09 | 1.23 | 1.13 | 1.19 | 1.25 | 1.05 |
| 1970[3] | 1.03 | 1.07 | 1.04 | 1.00 | 1.18 | 1.18 |
| 1965–70 | 1.28 | 1.49 | 1.16 | 1.17 | 1.54 | 1.31 |

[1]) Missbrukarstatus har beräknats enligt medianmetoden (se s 78).
[2]) 1965 omfattar kvartal II-IV.
[3]) 1970 omfattar kvartal I-II.

Bland dem som omhändertagits och dömts för s k grov narkotikabrottslighet är missbruksbilden en annan. I en promemoria utarbetad av rikspolisstyrelsen (daterad den 4 januari 1972) lämnas en redogörelse för de 152 personer som i hela riket dömts till minst två års frihetsstraff för grov narkotikabrottslighet under treårsperioden 1969–71. Endast 11 kvinnor förekom i materialet (7,2 %). 69 personer (48,9 %) var utländska medborgare, vilket återspeglar den starka internationaliseringen av den grova narkotikabrottsligheten. Av de 80 personer som undersökts beträffande stickmärken företedde endast 7 (därav 2 utlänningar) tecken på injektionsmissbruk. De professionella narkotikagrossisterna och de som dömts till längre frihetsstraff för grova narkotikabrott har således endast till ungefär en tiondel utgjorts av missbrukare.

### 4.7.4. *Slutord*

En översikt över förekomsten av tecken på injektionsmissbruk beträffande manliga arresttillfällen för hela observationsperioden visas i figurerna 33 (s 216) och 34 (s 217).

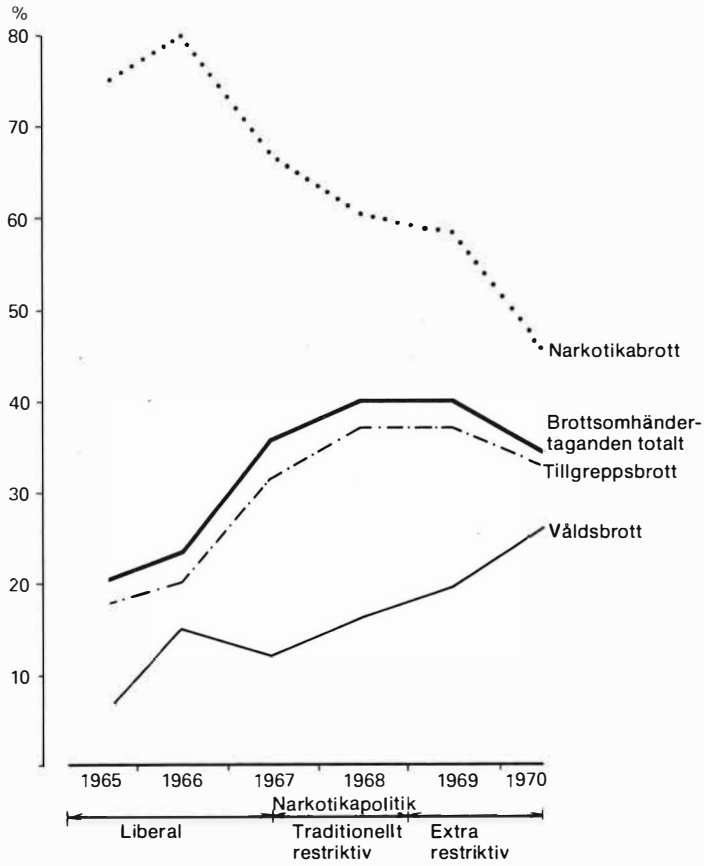



Fig 33. *Missbruksutvecklingen 1965–1970 avläst i andelen arresttillfällen med stickmärken bland svenska män i brottsomhändertaganden totalt samt i grupperna tillgreppsbrott sammantagna, våldsbrott och narkotikabrott.*

I figur 33 har samtliga tillgreppsbrott sammanförts. Missbruksförekomsten bland dessa arresttillfällen följer som synes mycket nära missbruksförekomsten i hela materialet av brottsomhändertaganden. Detta sammanhänger dels med tillgreppsbrottens dominerande ställning i materialet, dels med den höga frekvensen av tecken på injektionsmissbruk bland gripanden för tillgreppsbrott.

Beträffande våldsbrotten föreligger en successiv stegring av tecken på injektionsmissbruk bland arresttillfällena. Kurvan har här ett annat förlopp än för brottsomhändertaganden sammantagna. Inslaget av injek-

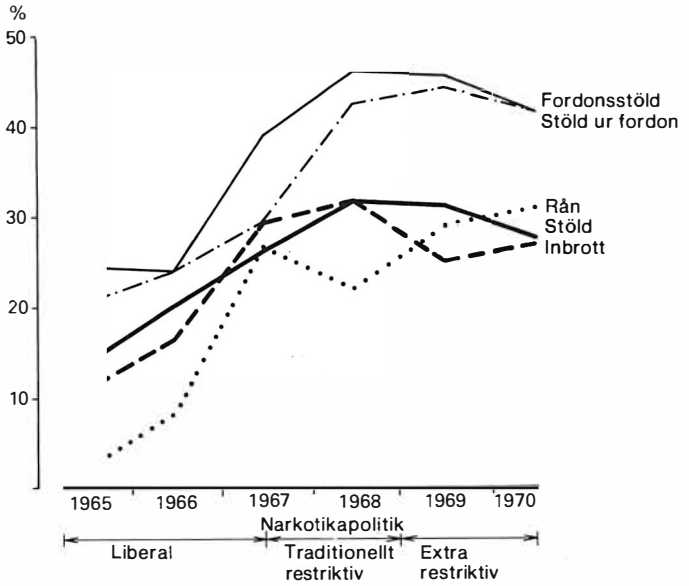



Fig 34. *Missbruksutvecklingen 1965–1970 avläst i andelen arresttillfällen med stickmärken bland svenska män omhändertagna för olika typer av tillgreppsbrott.*

tionsmissbrukare var i observationsperiodens början mycket låg bland de för våldsbrott omhändertagna. Kurvan fortsätter att stiga även efter 1968, då inslaget av injektionsmissbrukare inte längre ökar: Från 1969 faller det i totalmaterialet av brottsomhändertaganden. Våldsbrotten utgör dock en liten del av materialet (tabell 53, s 205).

Förekomsten av stickmärken hos de för narkotikabrott gripna har däremot varit fallande under nästan hela observationsperioden. Detta återspeglar främst det ökande inslaget av cannabis och cannabismissbrukare i narkotikabrottsligheten (Rexed och Wickberg 1972).

I figur 34 har de olika tillgreppsbrotten separerats på undergrupper. Även om fordonsstölderna som nämnts dominerar som gripandeanledning bland injektionsmissbrukarna har inslaget av "stöld ur fordon" visat en snabbare ökning än fordonsstölderna. Detta kan återspegla det ökade behovet att skaffa stöldgods som snabbt kan förvandlas till pengar för inköp av narkotika liksom för att finansiera hela livsformen som narkotikamissbrukare.

Injektionsmissbrukarna har under hela observationsperioden svarat för en väsentligt lägre andel av gripanden för inbrott och vanliga stölder än för gripanden med anledning av fordonsstölder och stölder ur fordon.

Missbrukarnas andel i gripanden för rån har som framgår av figur 34 visat ett mönster som skiljer sig från övriga typer av egendomsbrott. Vid observationsperiodens början var injektionsmissbruk mycket ovanligt bland rånare. Inslaget av injektionsmissbrukare ökar sedan mycket snabbt fram till 1967 och därefter mera långsamt. Vid observationsperiodens slut svarade injektionsmissbrukarna för ungefär en tredjedel av gripandena för rån. Ett studium av individuella aktmaterial (Bejerot et al 1974) tyder på att fenomenet mera förklaras av att den grupp som svarar för en betydande del av rånen blivit injektionsmissbrukare under observationstiden än att tidigare inte kriminellt avancerade injektionsmissbrukare blivit rånare. Här liksom beträffande fordonsstölderna föreligger en mycket hög samvariation mellan triaden annan egendomsbrottslighet, debut i missbruk av intravenös typ och fortsatt och vanligen tilltagande kriminalitet även vid sidan av narkotikabrotten, som spelar en numerärt liten roll för polisomhändertagandena (Bejerot et al 1974).

Figurerna 33 och 34 visar att det från observationsperiodens början mycket snabbt ökande inslaget av injektionsmissbruk bland de för egendomsbrott gjorda gripandena bröts i samband med övergången till den särskilt restriktiva narkotikapolitiken 1969. Fram till 1968 hade förekomsten av injektionsmissbruk successivt ökat i denna huvudgrupp av brottsomhändertaganden. 1969 bröts denna trend och nivån stod oförändrad 1968–69; 1970 var trenden klart fallande.

# 5. Diskussion

## 5.1. Teknik och metod

### 5.1.1. *Stickmärkestekniken*

Det enkla förhållandet att den mest avancerade missbruksformen, den intravenösa, ger upphov till objektivt lätt verifierbara stickmärken med betydande beständighet, vanligen samlade i karakteristiska formationer över vissa venpartier, särskilt på de övre extremiteterna, har använts som undersökningskriterium. Teknikens reliabilitet (s 64) och validitet (s 66) har visat sig vara mycket god.

Jämfört med andra tekniker (screeningar med blod- och urinanalys, intervju- och enkätundersökningar etc) erbjuder stickmärkestekniken betydande fördelar: Den är enkel, snabb, billig och föga resurskrävande. Jämfört med intervjutekniker erbjuder stickmärkestekniken en mycket hög grad av objektivitet; jämfört med kemiska analyser erbjuder den fördelen att ge fullgoda resultat också dagar och veckor, vanligen månader efter det senaste missbrukstillfället.

Stickmärkesteknikens begränsning ligger främst i att den endast är relevant för missbruk av intravenös typ, men denna är ur många synpunkter den allvarligaste missbruksformen.

### 5.1.2. *Stickmärkesmetoden*

Studiet av förekomsten av stickmärken bland arresttillfällen representerar i princip fortlöpande stickprov ur en okänd och föränderlig (missbrukar)population med återläggning till flödeskällan. Metoden visar sig ha många fördelar framför ett motsvarande studium av berörda individer, vilket också genomförts. I det senare fallet vållar identitetsproblem ständigt bekymmer, och risken för dubbelräkningar blir betydande i ett stort material. Flödesanalys av arresttillfällen (eller jourfall etc vid annan användning av metoden) och studium av förändringar i andelen missbruksfall förutsätter däremot i princip inte att vederbörandes identitet behöver registreras eller ens vara känd. Därtill kommer att man vid studiet av förändringar i missbrukets utbredning vid beräkningar på berörda

individer måste repliera på injektionsdebuten för att få fram retrospektiva incidensserier som med vissa justeringar kan göras jämförbara över tid. Den diagnostiska incidensen blir i detta fall grovt missvisande som aktuellt mått, då givetvis alla påträffade fall i ett inledande skede noteras som nya i en fortlöpande studie. Därtill kommer att på detta sätt konstruerade incidensserier är särskilt känsliga för hur undersökningspopulationen regenereras under olika perioder.

Metoden med fortlöpande flödesanalys kan med smärre modifieringar lätt appliceras på intressanta särpopulationer (jourfall vid akutmottagningar, psykiatriska vårdfall, ungdomsvårdsskoleklientel etc) och möjliggöra enkla, billiga och snabba skattningar av förändringar i utbredningen av den studerade missbruksformen.

## 5.2. Faktorer som påverkat genereringen av arrestantflödet och värdering av deras effekter på jämförelser över tid

Ett flertal yttre faktorer och förhållanden som påverkar genereringen av arrestanter och därmed undersökningspopulationen har förändrats under observationsperioden. Några av dessa faktorer är av karaktären systematiska fel, andra utgör delfaktorer i den studerade huvudvariabeln – permissivitet kontra restriktivitet i narkotikapolitiken – vars inverkan på missbruksförhållandena i arrestpopulationen har undersökts.

### 5.2.1. *Lagstiftning och rättspraxis; allmänt*

Omhändertagna kvinnliga butikssnattare fördes tidigare till den centrala kvinnliga arrestavdelningen medan männen fördes till distriktsstationerna för förhör. Fallen var relativt talrika och utgjordes till stor del av personer utan tidigare känd kriminalitet och utan tecken på narkotikamissbruk. Från den 1 oktober 1964 handlägges dessa fall på platsen för brottet, varför förändringen i praxis inträffade före undersökningsperiodens början (den 1 april 1965).

Prostituerade kvinnor utgjorde tidigare en betydande grupp bland arrestanterna, och injektionsmissbruk var mycket vanligt i denna grupp. Den 1 januari 1965, d v s strax före undersökningsperiodens början, avkriminaliserades prostitutionen, varför lagändringen inte påverkar den aktuella genereringen av arrestanter.

Inom de områden som föranlett huvudparten av gripandena i undersökningen – egendomsbrott, vinningsbrott och våldsbrott – har lagstiftningen inte undergått någon nämnvärd förändring under observationsperioden.

### 5.2.2. *Narkotikalagstiftning och förskrivningspraxis*

Inom narkotikaområdet har lagstiftningen som nämnts (s 41) undergått betydande förändringar under observationsperioden. Förändringarna har varit så markanta och på varandra snabbt följande att manipulerade betingelser uppstått som närmat sig ett av de sällsynta samhällsfenomen som kallas för "en experimentell situation", alltså i princip ett fenomen av samma slag som spritstrejken 1963 (Bjerver och Neri 1965) fast i detta fall med en period av *ökad* lättillgänglighet av rusmedel. Denna mycket speciella situation har i undersökningen utnyttjats till att låta de påtagliga förändringarna i narkotikalagstiftningen och tillsynsmyndighetens växlande inställning till förskrivning av narkotika för intravenös självadministration avgränsa perioder med skiftande narkotikapolitik. På detta sätt har förändringarna i narkotikapolitiken blivit en huvudfaktor vars inverkan på undersökningspopulationen studerats särskilt ingående, dels genom att perioder med olikartad narkotikapolitik jämförts inbördes, dels genom att arresttillfällen i narkotikabrott analyserats separat och i relation till omhändertaganden av andra skäl.

Efter den inledande liberala perioden, från våren 1965 till våren 1967, då förskrivning av narkotika till missbrukare försöksvis accepterades på ett för svensk praxis unikt sätt, skärptes narkotikalagstiftningen i flera omgångar. Skärpningen i förskrivningspraxis 1967 och i lagstiftningen 1968 och 1969 bör ha varit ägnad att öka antalet omhändertaganden både för narkotikabrott och för vissa andra brott, främst vinningsbrott utförda av missbrukare för att kompensera för ökad svåråtkomlighet av missbruksmedlen och därmed sammanhängande prisstegring på dessa.

### 5.2.3. *Polisresurser och prioritering av kampen mot den illegala narkotikahandeln*

Stockholmspolisens personella resurser har under observationsperioden förändrats obetydligt, från 1 932 man totalt 1965 till 2 286 under 1970. Kriminalpolissektionen minskade under samma tid från 556 till 504 man (tabell 2, s 36). Narkotikapolisen förstärktes dock kraftigt, i Stockholm från 11 man 1965 till 80 man 1969 (73 man 1970), i hela landet från 31 man 1965 till 541 man 1969 (512 man 1970) (tabell 1, s 35).

De senaste 18 månaderna av observationstiden sammanföll med rikspolisstyrelsens starka prioritering av kampen mot den illegala narkotikahanteringen under 1969–70 (s 36).

Polisens successivt ökade kännedom om missbruksmiljöerna och tillhållen samt den ökade observans som kommit narkotikamissbrukarna till del måste givetvis påverka genereringen av arrestklientelet. Under den inledande perioden – 1965, 1966 och första hälften av 1967 – då en liberal förskrivning av narkotika pågick, intog polisen en relativt avvaktande attityd till missbruksmiljöerna. Den mycket snabba stegringen av tecken på injektionsmissbruk, som då noterades i arrestantflödet (en ökning från 18,5 % till 35,8 % missbrukare bland de manliga arrestanterna, från 31,3 % till 52,9 % missbrukare bland de kvinnliga; se tabell 34, s 133), bör således reellt ha varit större än vad som kunnat observeras i stickmärkesundersökningen. Likaså bör den nedgång i missbruksfrekvens som noterats i anslutning till den riksomfattande polisoffensiven mot narkotikahandeln 1969–70 på motsvarande sätt i realiteten ha varit större än den observerade minskningen i stickmärkesundersökningen, då missbruksmiljöerna under denna tid var utsatta för väsentligt stegrad observans från polisens sida.

Den roll som domar och längre frihetsberövanden spelat för riskexpositionen i stickmärkesundersökningen under olika perioder skall diskuteras senare.

### 5.2.4. *Direkt narkotikabrottslighet*

Parallellt med missbruksepidemins expansion och särskilt i anslutning till det ökade polisiära intresset för narkotikabrottsligheten har antalet gripanden med anledning av brott mot narkotikalagstiftningen stigit markant i materialet, från totalt 56 undersökta arrestomhändertaganden under tre kvartal 1965, extrapolerat till 75 för hela året, till 753 för 1969. Trots denna tiodubbling av omhändertagandena för narkotikabrott mellan 1965 och 1969 utgjorde denna typ av gripanden 1969 endast 10,4 % av samtliga undersökta manliga arresttillfällen och 13,8 % av de kvinnliga (ur tabellerna 33, s 130 och 63, s 214. För hela undersökningsperioden utgjorde arrestomhändertaganden av män för narkotikabrott endast 1 698 undersökta tillfällen eller 5,8 % av alla (undersökta) arresttillfällen beträffande svenska män (tabell 50, s 194).

Den direkta narkotikabrottsligheten, d v s omhändertaganden för brott mot narkotikalagstiftningen, har således endast svarat för en liten del av alla gripanden i materialet. Därtill kommer att en väsentlig del av dessa

omhändertaganden gällt olaga befattning med cannabis. I denna grupp är tecken på intravenöst missbruk erfarenhetsmässigt ovanligt, varför dessa båda typer av narkotikabrott har motverkande och således på varandra dämpande, till stor del balanserande effekter beträffande förekomsten av stickmärken. Narkotikabrottsligheten i sig bör därför inte i någon högre utsträckning störa jämförelser över tid av andelen arresttillfällen med stickmärken i arrestantflödet.

### 5.2.5. *Indirekt narkotikabrottslighet*

Det finns en typ av brottslighet som utförs av narkotikamissbrukande personer och som direkt eller indirekt är förknippad med och förstärkt av missbruket. Det gäller i första hand olika typer av egendoms- och vinningsbrott som företas för att uppbringa medel för inköp av narkotika och för att finansiera livsföringen över huvud taget.

Det är ställt utom varje tvivel att den indirekta narkotikabrottsligheten ökat markant under observationstiden. Förhållandena är dock mycket komplexa. En väsentlig del av de intravenösa missbrukarna har veterligen varit socialt insufficienta och kriminellt mycket aktiva redan före sin narkotikadebut (O'Donnell 1966, Bewley och Ben-Arie 1968, Lewis och Osberg 1968, James 1969, Bejerot et al 1974). För dem har det adderade missbruket eller den komplicerande narkomanin medfört en accentuerad kriminell aktivitet, främst beträffande olika former av egendoms- och vinningsbrott, och en påskyndad social deklination. Likartade förhållanden drabbar i princip kriminellt aktiva personer som alkoholiseras respektive alkoholister som faller in i en kriminell livsföring. I detta fall är visserligen kostnaderna för anskaffning av rusmedlet mindre än när det gäller narkotika, men den sociala insufficiensen är trots detta ofta lika fullständig och individens livsföring lika präglad av ett kompulsivt drogbegär.

### 5.2.6. *Avkunnade narkotikadomar och därmed sammanhängande frihetsberövanden*

Straffutmätningen påverkar arrestantflödet i och med att de som döms till frihetsberövande för en tid undandras risken att återkomma i arrestantflödet. Särskilt vissa typer av domar i narkotikamål är av stort intresse liksom andra domar med narkotikaanknytning.

Under de båda första undersökningsåren, d v s under perioden med en liberal narkotikapolitik, sjönk antalet narkotikadomar i hela landet från 314 till 279 (tabell 4, s 38), mest uttalat i landsorten (från 80 till 43

domar), mindre i Stockholm (från 140 till 132 domar). Minskningen av antalet narkotikadomar gick således under denna tid parallellt med den dramatiska stegring av injektionsmissbruket som tidigare redovisats.

Vid återgången till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken under 1967 inträdde en markant stegring av antalet narkotikadomar i landet, från 279 under 1966 till 533 under 1967. I landsorten skedde under detta årsintervall nästan en femdubbling av antalet narkotikadomar, från 43 till 200 (tabell 4, s 38). Domstolarna i landsorten var således känsligare än domstolarna i Stockholm för förändringarna i narkotikapolitiken både under den liberala perioden 1965–66 och vid återgången till den traditionellt restriktiva politiken 1967.

Under 1969 stannade andelen intravenösa missbrukare i arrestantflödet på samma nivå som 1968, och 1970 minskade för första gången under observationstiden andelen arrestanter med stickmärken. *Här infinner sig en central och för bedömningen av narkotikapolitikens innebörd och effekter avgörande fråga: Är nedgången i andelen missbrukare i stickmärkesundersökningen under 1970 endast en skeneffekt och ett uttryck för att injektionsmissbrukarna under den striktare narkotikapolitiken och den ökade polisiära satsningen på kampen mot narkotikahandeln under 1969–70 av skilda anledningar i väsentligt större utsträckning än tidigare dömdes till frihetsberövanden och således under 1970 var undandragna riskexpositionen i undersökningen? Eller är nedgången i andelen missbrukare i arrestantflödet under 1970 i djupare mening reell och i så fall rimligtvis föranledd av den restriktivare narkotikapolitiken och en därmed minskad tillgång på narkotika ute i samhället?* Ett närmare studium av avkunnade domar och missbruksförhållanden inom anstaltklientelet ger hållpunkter för bedömning av denna frågeställning.

I den undersökning som Rexed och Wickberg (1972) utfört beträffande domar i narkotikamål har domarna delats upp på sådana som enbart gäller narkotikabrott ("rena" domar) och sådana där annan kriminalitet ingår i domarna ("blandade" domar). Författarna fann att "domar beträffande centralstimulantia ofta är blandade (en hög andel förmögenhetsbrott) och att domar avseende cannabis till större delen är rena". Förhållandena belyses i tabell 65.

Enligt Rexed och Wickberg (1972) blev påföljderna för narkotikabrott beträffande centralstimulantia för hela landet 1969 fängelse i 46 % av domarna, 1970 i 45 % av domarna. Typvärdet för strafftiden var 6–9 månader (med 27 % av domarna i denna grupp och 26 % 1970). Till detta kom ungdomsfängelse eller internering i tillsammans 3 % av do-

Tabell 65. *Narkotikadomar i Stockholm 1969 och 1970 och deras relation till centralstimulantia.* [1])

| Narkotikadomar | 1969 Antal: 713 | | 1970 Antal: 600[1] | |
|---|---|---|---|---|
| | Enbart narkotika | Blandad dom | Enbart narkotika | Blandad dom |
| Totalt | 380 | 333 | 347 | 253 |
| Därav centralstimulantia | 193 | 227 | 106 | 172 |

[1]) Efter Rexed och Wickberg (1972). Författarna uppger 599 domar för Stockholm 1970 i sin Tabell 1 (citerad i tabell 4, s 38) och 600 domar i sin tabell 5, som citeras här.

marna 1969 och 4 % 1970. I 20 % respektive 21 % av fallen utdömdes skyddstillsyn, som ofta inkluderar någon månads anstaltsvistelse.

Av uppgifterna i Rexed och Wickbergs arbete kan man beräkna att domarna i narkotikamål 1969 och 1970 innebar att ungefär hälften av de i Stockholm dömda – omkring 210 personer 1969 och omkring 140 personer 1970 – lämnade riskexpositionen för i genomsnitt ett drygt halvår. Även om huvudparten av dessa sannolikt själva injicerade centralstimulantia ingick i dessa domar även narkotikadistributörer som själva inte var missbrukare. De frihetsberövanden som förorsakades av narkotikabrott och beivrades mer eller mindre som direkt följd av de ökade polisiära insatserna mot narkotikahandeln 1969–70 reducerade således i relativt obetydlig grad antalet aktiva missbrukare ute i samhället och därmed i det fortsatta arrestantflödet. Därtill kom att de extraordinära insatserna i missbruksmiljöerna rimligtvis också måste ha inneburit att flera narkotikamissbrukare än tidigare blev gripna och lagförda för andra brott och således exponerade i stickmärkesundersökningen. För att så var fallet talar också att manliga arresttillfällen med tecken på injektionsmissbruk under hösten 1969 (kvartal III) både relativt och absolut uppnådde de högsta värdena under observationsperioden (s 132). Man bör notera att dessa båda typer av verkningar av den skärpta narkotikapolitiken har motverkande och således på varandra dämpande eller utjämnande effekter beträffande förändringar i andelen fall med stickmärken i arrestantflödet.

### 5.2.7. *Drogmissbrukare inom kriminalvårdsklientelet*

En betydande del av injektionsmissbrukarna döms för annan kriminalitet än narkotikabrott och tas för varierande tider om hand inom kriminal-

Tabell 66. *Antalet drogmissbrukare inom kriminalvårdens anstalter och frivård vid punktskattningar 1966–1970.*

| | Anstalter | | | Frivård | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tidpunkt[1] | Antal intagna | Antal missbrukare[2] | % | Antal aktuella | Antal missbrukare[2] | % |
| 1.8.1966 | 4 863 | 450 | 9 | 19 503 | 572 | 3 |
| 1.8.1968 | 4 969 | 995 | 20 | 22 160 | 1 612 | 7 |
| 1.5.1969 | 5 177 | 1 226 | 24 | 22 613 | 2 032 | 9 |
| 1.4.1970 | 4 994 | 1 090 | 22 | 23 094 | 2 316 | 10 |

[1]) Enligt uppgifter från kriminalvårdsstyrelsens inspektion för hälso- och sjukvård.
[2]) Avser såväl injektionsmissbrukare som tablettmissbrukare och haschrökare enligt befattningshavarnas skattningar.

vårdens ram. Nedgången i andelen injektionsmissbrukare i arrestantflödet mot slutet av den extra restriktiva perioden skulle alltså kunna vara en indirekt effekt av polisoffensiven mot den illegala narkotikahandeln under denna period: En väsentligt större del av injektionsmissbrukarna skulle under 1969 och 1970 kunna vara intagna på kriminalvårdsanstalter än vad som varit fallet tidigare och därmed undandragna riskexpositionen i stickmärkesundersökningen.

Inspektionen för hälso- och sjukvård inom kriminalvårdsstyrelsen har genomfört inventeringar av antalet "drogmissbrukare" såväl inom anstaltsklientelet som inom kriminalvårdens frivård (tabell 66). De angivna frekvenserna hänför sig till såväl injektionsmissbrukare som tablettmissbrukare och haschrökare.

Av tabell 66 framgår att andelen drogmissbrukare i kriminalvårdsklientelet (för hela landet) var väsentligt lägre än i stickmärkesundersökningen under samma tid, trots att statistiken från kriminalvården även inkluderar tablettmissbrukare och cannabisrökare och trots att anstaltsklientelet är hårdare selekterat än arrestklientelet. Den absoluta ökningen av missbrukarna inom anstaltssektorn från 1968 till 1969 uppgick till 231 personer. Från 1969 till 1970 *minskade* däremot antalet drogmissbrukare i anstaltsklientelet med 136 personer. Även relativt förelåg en minskning av andelen missbrukare från 1969 till 1970 från 24 till 22 % av anstaltsklientelet. Å andra sidan förelåg en ökning med 284 missbrukare inom krimi-

nalvårdens frivård från 1969 till 1970, motsvarande en relativ ökning av missbrukarnas andel från 9 till 10 % av frivårdsklientelet (tabell 66). Frivårdsklientelet är i motsats till anstaltsklientelet kontinuerligt riskexponerat för nya polisiära omhändertaganden och återkomst i stickmärkesundersökningen.

5.2.8. *Injektionsmissbrukare inom ungdomsvårdsskoleklientelet*

Vid ungdomsvårdsskolorna har ett betydande antal narkotikamissbrukare omhändertagits, väsentligt fler 1969 än 1965 (Gordan och Eliasson 1971). Antalet institutionellt vårdade ("inom skola") vid samtliga ungdomsvårdsskolor sammantagna var vid slutet av 1965 887 individer, vid slutet av 1969 727 med viss fortskridande nedgång under mellantiden. De sammanlagda vårdtiderna inom skola (vanligen avbrutna av permissioner, rymningar och/eller placeringar utom skolan) var under hela perioden 1965–69 genomsnittligt omkring ett år.

1965 var endast 7 % av samtliga elever vid skolorna kända för att ha missbrukat narkotika, 1969 var 47 % av pojkarna och 56 % av flickorna kända för detta. Av 1969 års missbrukargrupp hade 44 % av pojkarna och 25 % av flickorna debuterat med narkotika efter det de första gången tagits in på ungdomsvårdsskola. Av 1969 års hela missbrukargrupp hade 63 % av pojkarna och 77 % av flickorna injicerat. Av dem som debuterat med narkotika före intagningen hade 40 % av pojkarna och 27 % av flickorna i 1969 års material injicerat mer än ett år före intagningen. Såväl 1965 som 1969 kom huvudparten av eleverna från Stockholm.

De frihetsberövanden som drabbat en del av de yngsta injektionsmissbrukarna genom institutionell vård på ungdomsvårdsskola har endast haft en marginell effekt på expositionsrisken för gruppen injektionsmissbrukare under 20 år som helhet i undersökningen: Ungefär hälften av 1969 års ungdomsvårdsskoleklientel (ca 365 personer) var kända narkotikamissbrukare, och två tredjedelar av dem (drygt 240 personer) hade injicerat. Av dessa kom "huvudparten" (låt säga två tredjedelar eller ca 160 personer) från Stockholm. En del av dessa hade börjat injicera sig efter intagningen på skolan. Även om de på ungdomsvårdsskola intagna injektionsmissbrukarna från Stockholm 1969–70 skulle ha varit dubbelt så många som 1967–68 skulle detta, som framgår av figurerna 28 (s 178) och 29 (s 179) över den i stickmärkesundersökningen kända minimiprevalensen injektionsmissbrukare i Stockholm 1969, inte väsentligt påverka storleken av gruppen unga injektionsmissbrukare i Stockholm. Därtill kommer att de från ungdomsvårdsskolorna avvikna eleverna, där injek-

tionsmissbrukarna sannolikt inte varit underrepresenterade, i mycket stor utsträckning efterlysts och av denna anledning eller på grund av förnyad brottslighet omhändertagits i Stockholm. Via arrestavdelningarna har de därefter återförpassats till sin skola och således även under institutionsvården setts i undersökningen, i många fall vid frekventa tillfällen.

5.2.9. *Missbrukare av intravenös typ intagna för vård på sjukhus*

Intagning för vård på sjukhus och särskilt för sluten psykiatrisk vård kan för längre eller kortare perioder eliminera missbrukare av intravenös typ från risken att bli exponerade i stickmärkesundersökningen eller starkt reducera risken för förnyade polisiära omhändertaganden och därigenom påverka jämförelser över tid i undersökningen. Detsamma gäller i princip andra vårdformer (terapeutiska samhällen, vårdkollektiv etc) som för längre perioder håller missbrukare borta från missbruksmiljöerna i Stockholm.

Många injektionsmissbrukare blir intagna på psykiatriska kliniker och sjukhus på akutpsykiatriska indikationer eller dömda till sluten psykiatrisk vård (enligt LSPV § 12). Sjukhusen har dock betydande svårigheter att vårda narkotikamissbrukare, varför vårdperioderna som regel blir korta och frekventa. I sitt slutbetänkande påpekade narkomanvårdskommittén (SOU 1969:52, s 48):

> "Det förtjänar påpekas att varje sjukhusvårdad missbrukspatient under ett år vårdas i medeltal 5 gånger på sjukhus för missbruk, varav detta rubricerats som huvuddiagnos 3 gånger. Alldeles oavsett att omhändertagandet på sjukhus i ett akut intoxikationsskede innebär en stor hjälp för missbrukaren, ter sig dock en så utformad vård som föga rationell från medicinsk och social synpunkt."

Några specialundersökningar har gjorts som belyser storleksordningen av den grupp injektionsmissbrukare som omhändertagits inom sjukvården.

5.2.9.1. *Den psykiatriska sektorn i case-finding-studien.* I kartläggningen av alla under andra halvåret 1967 kända fall inom olika vårdsektorer m m rapporterade man från samtliga psykiatriska kliniker, polikliniker och sjukhus i stockholmsområdet totalt 136 manliga och 52 kvinnliga injektionsmissbrukare (tabell 19, s 102). Summan 188 personer inkluderar inte bara samtliga under detta halvår psykiatriskt sjukhusvårdade intravenösa injektionsmissbrukare i området utan även dem som sökt ambulant vid de psykiatriska poliklinikerna och jourmottagningarna, vid alkoholmot-

tagningarna, socialläkarexpeditionerna, den psykiska barna- och ungdomsvården etc.

5.2.9.2. *Psykiatriskt förstagångsvårdade injektionsmissbrukare.* I avsnittet om stickmärkesundersökningens representativitet redogjordes för en pågående undersökning om de intravenösa missbrukarnas vårdkonsumtion (s 81). Vid genomgång av journalerna för samtliga under 1968 förstagångsintagna patienter vid samtliga psykiatriska kliniker och sjukhus i stockholmsområdet (samt vid Ulleråkers sjukhus vad beträffar fall från Stockholm) påträffades totalt 116 manliga och 41 kvinnliga injektionsmissbrukare.

Fyndet från 1968, som var ett mellanår i stickmärkesundersökningen, anger storleksordningen av den grupp injektionsmissbrukare som årligen för första gången tas in för psykiatrisk vård.

5.2.9.3. *Psykiatriskt tidigare vårdade injektionsmissbrukare.* Dessa förhållanden bland de i stickmärkesundersökningen diagnostiserade fallen har inte undersökts. Några omständigheter som indirekt belyser dessa förhållanden skall dock redovisas.

Vid den undersökning som genomfördes på Allmänna häktet (dit stickmärkesundersökningen varit förlagd) sommaren 1969 av 100 arrestanter beträffande droger i blod och urin (s 67) påvisades centralstimulantia i ett stort antal fall men inte i något fall alkaloider av morfintyp. Från Ulleråkers sjukhus har man senare rapporterat att fallen av opiatmissbruk ökat starkt på bekostnad av CS-fallen bland vårdade injektionsmissbrukare (Gunne 1974). Dessa fynd kommer i en intressant belysning genom en undersökning av det s k humlegårdsklientelet.

Bland 50 av polisen omhändertagna personer ur det s k humlegårdsklientelet sommaren 1973, socialmedicinskt undersökta i en konsekutiv serie (Bejerot et al 1974), företedde 34 (29 män och 5 kvinnor) tecken på missbruk av intravenös typ. Av dessa 34 förklarade 29 att de enbart använde sig av centalstimulantia medan 3 sade sig enbart använda opiater och 2 uppgav båda preparattyperna. Av de 29 manliga injektionsmissbrukarna var 27 kända i stickmärkesundersökningen vid utgången av 1973. Endast en tredjedel (9 av 29) av de manliga injektionsmissbrukarna uppgav sig ha vårdats på sjukhus för sitt drogmissbruk, trots att den genomsnittliga durationen av injektionsmissbruket i gruppen uppgick till 6,5 år.

Opiatmissbrukare synes således vara väsentligt mera benägna att söka sjukhusvård än CS-missbrukare, vilket bör sammanhänga med opiatmissbrukarnas ofta mycket besvärande abstinenssymtom. Även om det s k humlegårdsklientelet till stor del synes utgöra en negativ elit ur missbrukarpopulationen och inte är representativ för de injektionsmissbrukare som diagnostiserats i stickmärkesundersökningen, ger fynden intrycket att vårdstatistiken mycket bristfälligt återspeglar de faktiska missbruksförhållandena ute i samhället. Dessa mekanismer är välkända inom epidemiologin och brukar betecknas som "isbergsfenomenet" (Inghe 1973): De vid sjukhusen verksamma läkarna ser bara toppen av isberget.

5.2.9.4. *Injektionsmissbrukare dömda till psykiatrisk vård.* Någon publicerad statistik över av domstol till sluten psykiatrisk vård överlämnade narkotikamissbrukare föreligger inte. Socialstyrelsens överinspektör för den psykiatriska vården uppger att för hela landet omkring 450 personer årligen intas för sluten psykiatrisk vård enligt beslut av domstol. Omkring hälften av dessa uppskattas vara injektionsmissbrukare. Den genomsnittliga vårdtiden för injektionsmissbrukare uppskattas till omkring 3 månader (Ramqvist 1974). Även under dessa vårdtider förekommer i många fall fortsatt missbruk och upprepade nya polisomhändertaganden under permissioner, frigång eller rymningar (Bejerot 1972*c*).

5.2.9.5. *Hepatitfallen.* Fallen av inokulationshepatit har som nämnts (s 81) varit synnerligen talrika under observationsperioden, men hepatiten har endast i begränsad utsträckning minskat injektionsmissbrukarnas expositionsrisk i stickmärkesundersökningen. Detta sammanhänger med att dessa patienter erbjudit så avsevärda disciplinära vårdproblem att man vid Roslagstulls sjukhus endast undantagsvis kunnat vårda dem på traditionellt sätt utan varit nödsakad att sköta dem ambulant (Agell et al 1965, Ström 1965). Många ikteriska fall har också observerats i stickmärkesundersökningen under studiens gång.

5.2.10. *Åldersfaktorn*

Befolkningens ålderssammansättning har betydelse i och med att de stora årskullar, som föddes under det andra världskriget, har legat i centrum för det intravenösa missbruket under hela observationsperioden och parallellt med undersökningen blivit fem år äldre. Av ålderspyramiden (fig 2, s 88) framgår att växlingarna är betydande och att de största årskullar-

na, som var 19 år 1965, har gått fram som en våg genom materialet under observationsperioden.

Variationerna i årskullarnas storlek i ålderspyramiden över befolkningen i Stockholm och det berörda förortsområdet (fig 2, s 84) kan vid första påseende förefalla vara besvärande och ge upphov till ett betydande systematiskt fel i undersökningen. Då skillnaderna i absoluta tal mellan näraliggande årskullar är relativt små och då missbruksfrekvenserna i stickmärkesundersökningen skiljer sig väsentligt mindre mellan näraliggande årskullar än mellan näraliggande undersökningsår dämpas väsentligt betydelsen av variationer i befolkningens ålderssammansättning under undersökningsperioden. När jämförelserna inte görs mellan absoluta frekvenser utan mellan de procentuella andelarna missbrukare bland arrestanterna i olika åldersgrupper under olika år, vilket studien väsentligen koncentrerats kring, elimineras nästan helt inverkan av förskjutningar i befolkningens ålderssammansättning under observationsperioden.

I ett avseende spelar växlingarna i ålderspyramidens sammansättning en betydande roll vid jämförelse över tid: Det gäller incidensen av debut i injektionsmissbruk och diagnostiseringen av denna i stickmärkesundersökningen. Denna faktor spelar dock en obetydlig roll vid jämförelse mellan näraliggande undersökningsår men blir påtaglig vid en jämförelse över längre perioder.

### 5.2.11. *Dödligheten*

Det är välbekant att narkomani innebär en betydande överdödlighetsrisk. Dessa förhållanden har särskilt studerats för heroinister (Helpern 1972, Bewley och Ben-Arie 1968, James 1967, Baden 1972*a*, *b*). Vid missbruk av centralstimulantia är död genom överdosering mycket sällsynt även vid intravenös tillförsel, men ett mindre antal fall är kända (Gunne 1970). Däremot föreligger en starkt förhöjd dödlighet i andra omständigheter som står i intimt samband med narkomanin och en av de viktigaste individuellt predisponerande faktorerna vid narkomani av epidemisk typ – en instabil och riskbenägen personlighet. Preliminära data har framtagits beträffande de 625 fall av intravenöst missbruk som diagnostiserades i stickmärkesundersökningen 1965. Av dessa hade 13 avlidit vid utgången av 1967, d v s efter en observationstid av drygt två år (SOU 1969:52). I sex fall rörde det sig om självmord, två hade omkommit vid trafikolycka, en hade blivit mördad. I två fall rubricerades dödsorsaken som narcotismus chronicus (med bronchopneumoni respektive amfetaminförgiftning som omedelbar dödsorsak). I ett fall var dödsorsaken akut hepatit med

nekros, i ett annat akut pankreatit. Denna preliminära bedömning gav en dödlighet om ca 10 ‰ mot normalbefolkningens 0,5–1 ‰ i dessa åldersgrupper. James (1967) fann en dödlighet om 27 ‰ bland 321 manliga heroinister 1955–65. Även utan en komplicerande narkomani bör arrestpopulationen förväntas ha en förhöjd dödlighet. Dessa förhållanden skall undersökas i en kommande studie.

Vid genomgång av 1967 års obduktioner vid Statens rättsläkarstation i Stockholm återfanns bland närmare 2 500 fall 45 säkra "läkemedelsmissbrukare" (SOU 1969:52) alla kategorier sammantagna. Dödsorsaken var i 22 fall självmord, i 10 fall olycksfall, i 11 fall medicinska förhållanden och i 2 fall var dödsorsaken oklar. Endast i 19 av de 45 fallen hade stickmärken noterats; av dessa 19 hade åtminstone 4 använt morfin och en opium.

Den starkt förhöjda överdödligheten vid narkomani tenderar således att reducera kronikerklientelet bland arrestanterna. Detta har betydelse särskilt för retrospektiva skattningar av prevalensen under epidemins tidigare skeden. För jämförelser mellan olika år i stickmärkesundersökningen är missbrukarnas överdödlighet utan praktisk betydelse, och den påverkar i obetydlig grad femårsmaterialet.

### 5.2.12. *Indirekt värdering av missbrukarnas expositionsrisk i undersökningen*

Tidigare (s 136) påpekades att man genom analys av vissa undersökningsfynd indirekt kunde belysa frågan om huruvida den noterade nedgången av missbrukstecken i arrestantflödet under den extra restriktiva perioden främst eller väsentligen skulle vara en effekt av ett ökat inslag av frihetsberövanden av missbrukare och därmed en minskad expositionsrisk för dem i undersökningen. De mätvärden som är av särskilt intresse i detta sammanhang och som tidigare inte berörts i diskussionen är förhållandena i en åldersklassad uppdelning av arresttillfällena, arresttillfällen per individ under olika perioder och den diagnostiserade incidensen av injektionsmissbruk.

Av figur 15 (s 142) framgår att sänkningen i andelen manliga arresttillfällen med stickmärken löper praktiskt taget parallellt över nästan hela åldersskalan. En ökad tendens till frihetsberövanden borde inte drabba de yngre åldersgrupperna lika starkt som de äldre, vilka på grund av genomsnittligt större kriminell belastning i högre utsträckning än de yngre borde riskera längre frihetsberövanden i anslutning till den intensifierade kampen mot narkotikahandeln 1969–70. I de båda äldsta ålders-

klasserna *ökar* till och med andelen arresttillfällen med missbrukstecken 1969–70, vilket ytterligare accentuerar resonemanget ovan. Den annars över hela åldersskalan parallella sänkningen av tecken på missbruksförekomst bland de manliga arresttillfällena 1969–70 är ett indicium på att andra förhållanden än frihetsberövanden svarar för mekanismen bakom den lägre andelen aktiva missbrukare bland arrestanterna 1969–70 jämfört med 1968.

Antalet arresttillfällen per missbrukare respektive icke-missbrukare framgår av figur 18 (s 150). Här (liksom i tabell 41, s 149) visas att de kvinnliga missbrukarna hade en lika hög arresteringsfrekvens under den extra restriktiva perioden 1969–70 som under den föregående traditionellt restriktiva perioden; de manliga arrestanterna hade till och med en väsentligt högre arresteringsfrekvens per individ under den extra restriktiva perioden. De aktiva injektionsmissbrukarna var således snarare överän underexponerade i arrestantflödet perioden 1969–70.

Ett studium av förhållandena kring injektionsdebut och diagnostiseringsår (tabell 43 s 154 och fig 19 s 155) ger ytterligare belägg för att den noterade minskningen i missbruksförekomst i arrenstantflödet inte var en skeneffekt utan återspeglade en lägre missbruksaktivitet i samhället (stockholmsområdet).

5.2.13. *Sammanfattande värdering av influerande faktorer*

Lagstiftning och rättspraxis synes som nämnts (s 220) inte nämnvärt ha påverkat rekryteringen till arrestantflödet, om man bortser från narkotikalagstiftningen (s 221). Denna har däremot tillsammans med polisens höga prioritering av kampen mot den illegala narkotikahandeln under 1969–70 (s 222) i viss mån påverkat rekryteringen till arrestpopulationen, både vad beträffar gripanden för direkt (s 222) och indirekt narkotikabrottslighet (s 223). En analys av narkotikadomarna (s 223) visar dock att missbrukarnas genom dessa domar reducerade expositionsrisk i stickmärkerundersökningen relativt sett endast har marginella effekter vid jämförelser över tid. Skattningar av förekomsten av drogmissbrukare inom kriminalvårdens anstaltsklientel visar (s 225) att inte heller den indirekta narkotkabrottsligheten i större utsträckning än tidigare undandrog missbrukare ur riskexpositionen i undersökningen under perioden med extra restriktiv narkotikapolitik: Andelen missbrukare sjönk till och med i anstaltsklientelet under 1970 (s 226) Inte heller frihetsberövanden i form av intagning på ungdomsvårdsskola (s 227) har nämnvärt påverkat riskexpositionen för gruppen unga injektionsmissbrukare.

Även om en betydande del av injektionsmissbrukarna av och till vårdas psykiatriskt är detta som regel för kortare perioder (s 228). Vårdapparaten har heller inte undergått några dramatiska förändringar under observationsperioden, varför de korta och frekventa sjukhusvistelserna inte nämnvärt stör jämförelser över tid. Därtill framkommer preliminära fynd som talar för att det endast är en mindre del av injektionsmissbrukarna som frekventerar vårdapparaten.

Fallen av s k narkomanhepatit (s 230) har huvudsakligen vårdats poliklinisk och därmed väsentligen varit oförändrat riskexponerade i stickmärkesundersökningen under observationstiden.

Förändringar i basbefolkningens ålderssammansättning (fig 2, s 84 och s 230) är av betydelse för jämförelser av incidensen under längre tidsperioder, i viss mån också för prevalensjämförelser, men de spelar en liten roll för jämförelser mellan näraliggande kalenderår och blir utan betydelse då missbrukarnas relativa andel i det åldersklassade arrestanflödet läggs som grund för jämförelser.

Den starkt förhöjda dödligheten bland narkotikamissbrukare (s 231) har likaledes betydelse vid jämförelser över längre tidsperioder, särskilt vid försök till retrospektiva rekonstruktioner av incidens och prevalens av missbrukare. För jämförelser mellan näraliggande år är denna överdödlighet utan praktisk betydelse, och den påverkar obetydligt jämförelser inom det presenterade femårsmaterialet.

### 5.2.14. *Slutsatser beträffande influerande faktorer*

Den genomförda granskningen av undersökningsbetingelserna talar för att den betydande och snabba stegring av tecken på intravenöst missbruk, absolut såväl som relativt, som noterats i polisklientelet i Stockholm under stickmärkesundersökningens första år, korresponderar mot en snabb expansion av denna missbruksform ute i samhället (stockholmsområdet).

Analysen talar vidare för att den betydande nedgång av tecken på intravenöst missbruk, absolut såväl som relativt, som noterats i polisklientelet i Stockholm under stickmärkesundersökningens sista år inte är en skeneffekt uppkommen genom ett väsentligt ökat antal frihetsberövanden rörande missbrukare av intravenös typ utan korresponderar mot en reell minskning av tecken på injektionsmissbruk i stockholmspolisens klientel och de aktuella missbrukarkretsar, som en betydande del av detta klientel genereras ur.

Den genomförda analysen visar att det är svårt att finna någon annan förklaring till den plötsliga minskningen i injektionsmissbruket 1970 än

de plötsligt insatta åtgärderna mot den illegala narkotikahandeln 1969 och de samtidiga ytterligare lagskärpningarna mot den grova narkotikabrottsligheten (se s 41), skeenden som i undersökningen sammanfattningsvis betecknas som perioden med extra restriktiv narkotikapolitik. Tolkningen styrks också av den starka prishöjning, nästan en fördubbling av priserna från 1969 till 1970 (Hilding 1974), som samtidigt förekom på de illegala injektionspreparaten.

## 5.3. Slutord

Såväl narkotikamissbruk som narkomani har givetvis – liksom nästan alla sociala och medicinska fenomen – en multifaktoriell bakgrund och genes. Däremot är uppenbarligen vissa etiologiska faktorer, såväl individuella som sociala, primära eller till och med obligata (missbruksmedel, mottaglighet, exposition), medan andra faktorer är sekundära. För preventionsarbetet är det särskilt angeläget att rikta uppmärksamheten på sådana faktorer som dels är etiologiskt betydelsefulla, dels är relativt lätta att påverka individuellt och/eller generellt.

Epidemiologiska forskningsmetoder är mycket användbara om ett sjukdomstillstånd eller fenomen visar stor ansamling i tid och rum. "Sådana sjukdomsutbrott är särskilt värdefulla när det gäller att avslöja etiologiska faktorer, eftersom mönstret (tid och plats) antyder att ett stort antal individer nästan samtidigt blev exponerade för en likartad kausal omständighet och att intervallet var kort mellan exposition och sjukdomsutbrott" (MacMahon et al 1960, s 166).

Missbruk av intravenös typ har i Sverige visat så snabba förändringar över kort tid att särskilt gynnsamma betingelser uppstått för att studera såväl etiologiska faktorer som förväntade effekter av generella åtgärder som berör missbruksmedlens lättillgänglighet i den sociala miljön. Sverige erbjuder synnerligen goda förutsättningar för forskning kring missbruksproblematik genom sin relativt ringa folkmängd, väl utvecklade administrativa, sociala och medicinska organisation och tillgång på data. Utan dessa betingelser – i detta speciella fall även den omfattande case-finding-studien 1967 – hade det varit svårt att visa att den enkla stickmärkesmetoden applicerad på relevanta befolkningsgrupper väl kan användas för att följa utbredningen av intravenöst missbruk i ett samhälle.

Stickmärkesmetoden har fördelen att kunna sättas in med mycket kort varsel, när man befarar att missbruk av intravenös typ håller på att tränga in eller expandera i en befolkning eller när man vill studera samvariatio-

nen mellan missbruket och vidtagna motåtgärder av individcentrerad (terapeutisk) eller generell (socialpolitisk) natur. Den utprövade metoden är särskilt användbar för länder som disponerar små resurser och där sociala register över befolkningsdata är bristfälliga. I och med att metoden inte kräver en individuell registrering eller ens att individens identitet är känd kan i praktiken en enda person genom fortlöpande systematiska stickprovsstudier vid strategiskt valda observationspunkter (akutmottagningar, sjukhus, rättsläkarstationer, värnpliktsmönstringar, ungdomsvårdsskolor, polisstationer, häkten, kriminalvårdsanstalter etc) följa utvecklingen av intravenöst missbruk i en miljonstad och hålla hälsovårdsmyndigheterna underrättade om situationen och därmed möjliggöra insättandet av tidiga och meningsfulla preventionsåtgärder.

Beträffande narkotikapolitik kan man sannolikt med visst fog hävda att ett samhälle har råd att hålla sig med en permissiv narkotikapolitik så länge det inte finns några större narkotikaproblem i samhället. Växer problemen och antar större dimensioner och uppmärksammas tvingas staten till en mera restriktiv politik. Teoretiskt kan man hävda att en permissiv narkotikapolitik tenderar att förstärka narkomanin (öka missbruket) men motarbeta narkomanen (öka den beroendes bundenhet, öka riskerna för återfall etc). En restriktiv narkotikapolitik däremot tenderar på motsvarande sätt att stödja narkomanen (minska återfallsrisken, minska intensiteten i missbruket) och därmed motarbeta narkomanin. En restriktiv narkotikapolitik bör ha en ansenlig preventiv effekt i ett samhälle, men om det inte dessutom föreligger en hög grad av samstämmighet mellan de värderingar som ligger bakom den restriktiva narkotikapolitiken och de värderingar som omfattas av befolkningen avtar den preventiva effekten trots allt på sikt.

# 6. Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattningen följer väsentligen samma disposition som avhandlingen och presenteras för överskådlighets skull i punkter med sidhänvisningar till de olika avsnitten.

## 6.1. Bakgrund

1. En omfattande internationell debatt har sedan andra världskriget pågått kring frågan om den officiella narkotikapolitiken i ett land bör vara liberal och permissiv eller restriktiv och/eller repressiv för att motverka icke-medicinskt bruk av narkotika. Debatten har varit särskilt intensiv i USA och England. Under 1964 framfördes i svensk fackpress och populärpress kritik också mot den traditionellt restriktiva svenska narkotikapolitiken. Däremot har veterligen inte någon liknande kritik framförts mot den allmänt restriktiva inriktningen av den narkotikapolitik som förts från Förenta Nationernas och Världshälsoorganisationens sida (s 26, 236).

2. Under vintern och våren 1965 började svenska massmedia ägna ett betydande utrymme åt läkemedelsmissbruket. Det nya momentet 1965 var att starka krav nu ställdes på en överseende, liberaliserad inställning till icke-medicinskt bruk av narkotika. Kraven på en liberaliserad narkotikapolitik växte snabbt och stöddes på ledarplats av praktiskt taget hela den svenska dagspressen och gavs också stort utrymme i radio och TV, medan den motsatta uppfattningen hade svårigheter att komma till tals. En organisation bildades för att tillvarata missbrukarnas intressen efter dessa tankegångar, vilka inspirerats av Lindesmiths teorier och en liberal engelsk förskrivningspraxis (s 25).

3. Lindesmith formulerade sina teorier utifrån erfarenheter från USA och England. Han hävdar att den restriktiva amerikanska narkotikalagstiftningen är den främsta anledningen till den höga narkomanifrekvensen i USA. Narkomanerna tvingas att köpa sina droger illegalt till mycket höga priser, och de höga kostnaderna för att tillfredsställa drogbegäret driver dem in i kriminalitet. Enligt Lindesmith är dessa förhållanden också den främsta anledningen till att narkomanerna själva säljer droger:

Det är en nödvändighet för att de skall kunna finansiera den egna förbrukningen, samtidigt som detta bidrar till missbrukets vidare spridning (s 28).

4. Våren 1965 gav medicinalstyrelsen några läkare befogenhet att skriva ut narkotika – såväl opiater som centralstimulerande medel – till ett begränsat antal narkomaner, varvid förskrivning av dessa preparat också för intravenös självadministration accepterades på ett sätt som tidigare inte godtagits (s 26).

5. 1965 introducerade jag en socialmedicinsk indelning av narkomanierna i fem huvudtyper efter uppkomstsättet. En huvudtyp var den epidemiska narkomanin, så kallad därför att den regelmässigt uppvisar stora variationer till tid och plats men också därför att den vanligen uppstår efter direkt personlig initiering av en etablerad missbrukare som börjat använda socialt inte accepterat rusmedel i euforiserande syfte. Tillståndet ses främst hos unga, omogna, psykiskt och socialt instabila människor (s 28).

6. På grundval av analys av det epidemiska drogmissbrukets spridningsdynamik hävdade jag att missbruksmedlets lättillgänglighet är den viktigaste faktorn för spridningen av denna missbruksform, sedan en missbrukargrupp har utkristalliserats och en drogkultur uppstått i samhället. Däremot är medlets lättillgänglighet självfallet utan nämnvärd betydelse innan en missbruksepidemi uppstått. Enligt denna teori måste samhället ur såväl preventiv som terapeutisk synpunkt föra en restriktiv narkotikapolitik (s 29).

7. När den liberala förskrivningsverksamheten inleddes i Stockholm våren 1965 organiserade jag en fortlöpande studie av förekomsten av tecken på intravenöst missbruk bland arrestklientelet i Stockholm. Valet av undersökningspopulation berodde dels på att polisklientelet veterligen var hårt drabbat av narkotikamissbruk, dels på att arrestanternas identitet var fastställd med hög grad av säkerhet. Valet av den intravenösa missbruksformen som studieobjekt berodde dels på att denna var den medicinskt allvarligaste formen, dels på att den var enkelt och objektivt observerbar. Avsikten var att följa de nya förhållanden som uppstått och om möjligt studera eventuella samband mellan injetionsmissbrukets utbredning och den liberala förskrivningsverksamheten (s 27).

8. Den exceptionellt liberala förskrivningsverksamheten avvecklades efter två år, och från mitten av 1967 återgick Sverige till sin traditionellt restriktiva narkotikapolitik. En ny narkotikalagstiftning trädde i kraft vå-

ren 1968. Från sommaren 1968 fick centralstimulantia endast förskrivas på licens och "principiellt inte på indikationen narkomani" (s 34, 40).

9. På grund av såväl injektionsmissbrukets som cannabisrökningens snabba expansion över landet inleddes den 1 januari 1969 en landsomfattande polisoffensiv mot den illegala narkotikahandeln. Polisresurserna för ändamålet mer än fyrdubblades jämfört med föregående år. Under våren 1969 skärptes narkotikalagstiftningen ytterligare (s 42).

10. Man kan således notera *att* den svenska narkotikapolitiken under årens lopp växlat enligt skalan permissiv-restriktiv, *att* observationsperiodens början sammanfaller med en grundläggande förändring i permissiv riktning i svensk praxis beträffande förskrivning av narkotikaklassade preparat – särskilt av centralstimulantia – till missbrukare för intravenös självadministration, *att* man efter två år återgick till den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken och *att* inledningen av polisoffensiven mot den illegala narkotikahandeln i början av 1969 markerar en skärpning av den traditionellt restriktiva politiken (s 25).

11. De snabba och drastiska växlingarna i den svenska narkotikapolitiken under observationsperioden närmar sig manipulerade betingelser – ett sällsynt samhällsfenomen som med visst fog kan betecknas som "en experimentell situation". Unikt gynnsamma möjligheter har således förelegat för att studera hur växlingar mellan permissivitet och restriktivitet i den svenska narkotikapolitiken återspeglats i förändringar i injektionsmissbruket i den undersökta gruppen, avläst dels i en flödesstudie över andelen arresttillfällen med missbrukstecken, dels andelen berörda individer, båda kategorierna i relation till ålder, kön, nationalitet, brottstyper, år för injektionsdebut, debutplats, diagnostiseringstakt etc. Även olika typer av individuella förloppstudier har genomförts (s 43).

12. Metodologiskt har materialet utnyttjats för att studera sambandet mellan arresttillfällen och berörda individer och för att undersöka hur relevant en speciell snabbmetod – analysen av flödet av arresttillfällen – är för att belysa förändringar i utbredningen av intravenöst missbruk i den studerade gruppen (s 43).

13. På basen av tidigare redovisad empiri och teori och de möjligheter som föreliggande observationsdata medgivit har ett antal hypoteser och frågeställningar byggts upp kring individuella förhållanden och de definierade växlingarna i narkotikapolitiken (s 44).

14. Som bakgrund till beskrivningen av den använda metoden har en översiktsstudie gjorts över olika metoder som står till buds för studium av

drogkonsumtionen i ett samhälle. Olika metoders praktiska, ekonomiska och metodologiska för- och nackdelar har diskuterats (s 49).

## 6.2. Metod

15. I avsnitt 2.2. har den använda stickmärkesmetoden ingående beskrivits liksom dess brister och hur dessa korrigerats. I all enkelhet går metoden ut på att rutinerade sjuksköterskor under dagtid (kl 08–22) inspekterar armvenerna och noterar förekomsten av stickmärken liksom i förekommande fall uppgifter om år för injektionsdebut och debutplats för de personer som införs till Allmänna häktet i Stockholm (s 59).

16. Den använda stickmärkesmetodens reliabilitet har undersökts beträffande bedömardivergens (mellan-bedömarreliabilitet) vid två oberoende tillfällen, och armvensbesiktningens innehållsvaliditet har diskuterats och dess samtidiga validitet har korsvaliderats mot flertalet gängse kliniskt accepterade kriterievariabler samt mot arrestanternas egna utsagor. Metodens reliabilitet och validitet är mycket god (s 64, 66).

17. I avsnitt 3.1. återges rekryteringsgrunderna för arrestpopulationen och de olika redovisningsgrunder som har använts i resultatdelen. Vidare beskrivs en unik, av författaren speciellt för denna studie utformad och anpassad mätmetod: Minimering respektive maximering av missbruket utifrån fem rangordnade kriterier (s 73, 77).

18. Studie av förekomsten av stickmärken bland arresttillfällen representerar i princip fortlöpande stickprov ur en okänd och föränderlig (missbrukar) population med återläggning till flödeskällan. Metoden visar sig ha många fördelar framför ett motsvarande studium av berörda individer, vilket också genomförts. I det senare fallet vållar identitetsproblem ständigt bekymmer, och risken för dubbelräkningar blir betydande i ett stort material. Flödesanalysen av arresttillfällen och studiet av förändringar i andelen missbruksfall förutsätter däremot inte att vederbörandes identitet behöver registreras eller ens behöver vara känd. Därtill kommer att man vid studiet av förändringar i missbrukets utbredning vid beräkningar på berörda individer måste repliera på injektionsdebuten för att få fram restrospektiva incidensserier som med vissa justeringar kan göras jämförbara över tid. Den diagnostiska incidensen blir i detta fall grovt missvisande som aktuellt mått, då givetvis alla påträffade fall i ett inledande skede noteras som nya i en fortlöpande studie. Därtill kommer att på detta sätt konstruerade incidensserier är känsliga för hur

undersökningspopulationen regenereras under olika perioder. Genom att följa andelen missbruksfall kompenserar man för förändringar i befolkningens ålderssammansättning, som annars kan medföra avsevärda återverkningar i ett inte åldersstandardiserat material. I det aktuella fallet kompenserar man också i hög grad för variationer i polisens resurser. Man kan även kompensera för varierande inriktning och prioritering av polisarbetet, om man särbearbetar brottsomhändertaganden av olika typ (särredovisar, inkluderar respektive exkluderar narkotikabrott etc) (s 148).

19. Ett närmare studium av kompletterande redogörelser och analyser visar att snittningar i det kontinuerliga arrestantflödet och jämförelser mellan olika perioder av samma längd är ett gott mått på missbrukstrenden i den undersökta populationen (s 146).

20. Metoden med fortlöpande flödesanalys kan med smärre modifieringar lätt appliceras på intressanta särpopulationer (jourfall vid akutmottagningar, psykiatriska vårdfall, ungdomsvårdsskoleklientel etc) och möjliggöra enkla, billiga och snabba skattningar av förändringar i utbredningen av den studerade missbruksformen (s 129).

21. För att få en uppfattning om representativiteten av gruppen polisomhändertagna missbrukare av intravenös typ för hela populationen av intravenösa missbrukare i stockholmsområdet har överlappningarna jämförts mellan stickmärkesundersökningen och ett tjugotal olika särpopulationer och specialstudier, alltifrån rattfylleriklientel, psykiatriskt sjukhusvårdade injektionsmissbrukare och hepatitfall till case-finding-material från den övriga somatiska och psykiatriska vården i stockholmsområdet, från de olika sociala nämnderna, polisen, kriminalvården och skolorna. Såvitt bekant har en så omfattande representativitetskontroll inte genomförts tidigare i någon studie av narkotikamissbruk. Den omfattande case-finding-studien organiserades av narkomanvårdskommittén 1967 och täckte Stockholm samt ett brett förortsområde (s 79).

22. Under case-finding-perioden andra halvåret 1967 identifierades 792 individer som injektionsmissbrukare i stickmärkesundersökningen. Av dessa fall rapporterades 333 inte från någon annan källa. Av 1 616 fall som rapporterades från samtliga övriga case-finding-källor sammantagna var 28,4 % samtidigt aktuella i stickmärkesundersökningen, medan 22,5 % tidigare var kända där och ytterligare 16,3 blev kända i stickmärkesundersökningen under de närmaste 30 månaderna efter case-finding-studiens slut. Trettio månader efter case-finding-studiens slut var således endast 32,8 % av de övriga rapporteringskällornas fynd eller 27,2 %

av hela case-finding-studiens fynd fortfarande okända som injektionsmissbrukare i stickmärkesundersökningen (s 88).

23. I en specialstudie av 142 konsekutiva fall omhändertagna för misstänkt trafikonykterhet i Stockholm hösten 1969 företedde tolv tecken på intravenöst missbruk. Elva av dessa var kända i stickmärkesundersökningen som injektionsmissbrukare. En annan studie visar att 82 % av de i Stockholm under 1968 psykiatriskt förstagångsvårdade manliga injektionsmissbrukarna av intravenös typ (95 av 116 män) och 93 % av de kvinnliga (38 av 41 individer) var kända i stickmärkesundersökningen den 30 juni 1970 (s 80).

24. Den genomförda representativitetsanalysen visar att det föreligger en hög samvariation mellan injektionsmissbruk och polisomhändertaganden, varför förläggningen av undersökningen till Allmänna häktet i Stockholm synbarligen var väl motiverad. Förändringar av missbrukets utbredning i polisklientelet bör således kunna ge vissa informationer om förändringar i utbredningen av denna missbruksform ute i samhället (s 111).

25. I avsnitt 3.3 redovisas en utförlig bortfallsanalys, där försök har gjorts att evaluera bortfallets maximala inverkan. Bortfallet i hela stickmärkesundersökningen omfattar 17,8 % av samtliga arresttillfällen för svenska medborgare. Endast vid 0,4 % av arresttillfällena har vederbörande män vägrat medverka i undersökningen; för kvinnornas del svarade vägrarna för 0,5 % av arresttillfällena. Nattetid inkom och avgick 6,9 % av de manliga och 4,6 % av de kvinnliga arrestanterna och kunde därför inte undersökas vid dessa tillfällen. Av de under dagtid aktuella fallen blev 10,3 % av de manliga och 13,4 % av de kvinnliga arresttillfällena inte undersökta, därför att de inkom och avgick mellan undersökningsronderna. Av hela bortfallet (17,8 % av arresttillfällena) har 58,3 % av männen och 48,3 % av kvinnorna blivit undersökta vid något annat gripandetillfälle. Med undantag för ett kort inledande skede har bortfallet varit jämt fördelat under observationsperioden (s 113).

För hela bortfallet gäller i stort att de som observerats vid något annat tillfälle än när de inte blev undersökta företett missbruksförhållanden som inte väsentligt skilt sig från det övriga materialets. För dem som införts vid endast ett tillfälle och därvid inte blivit undersökta gäller att denna del av såväl dag- som nattbortfallet är knutet till ett mindre belastat klientel. För vägrarna gäller dock motsatsen: De har väsentligen utgjorts av ett hårt missbruksbelastat recidivistklientel. Dessa personer har vid andra omhändertagandetillfällen ofta visat liknande tendens att vägra

medverkan. De som vid återkomst inte vägrat har i mycket stor utsträckning visat sig vara injektionsmissbrukare. Bortfallet omfattar således i någon mån en överrepresentation av både hårdare respektive lindrigare belastade fall, och dessa båda grupper tenderar att ta ut varandra. Några allvarliga systematiska avvikelser föreligger inte i bortfallet, och dess marginella effekter bör därför inte nämnvärt påverka jämförelser mellan grupper och perioder i undersökningen. Bortfallets storlek och karaktär bör således inte nämnvärt påverka tillförlitligheten i undersökningen (s 121).

## 6.3. Resultat

26. Resultaten avser undersökningsfynden från studiens början i april 1965 till och med första halvåret 1970 eller totalt 21 kvartal. Sammanlagt har 3 772 individer av 21 943 undersökta diagnostiserats som missbrukare av intravenös typ. Av missbrukarna var 160 finska medborgare och 100 av annan utländsk nationalitet (s 122).

27. Av utrymmesskäl begränsas resultatredovisningen till svenska medborgare. Av 28 833 undersökta manliga arresttillfällen konstaterades stickmärken i 9 047 fall (31,4 %). Dessa representerade 2 747 manliga svenska injektionsmissbrukare. Av 5 513 undersökta kvinnliga arresttillfällen konstaterades stickmärken i 2 730 fall (49,5 %). Dessa svarar mot 765 kvinnliga svenska injektionsmissbrukare. Männen dominerar således mycket starkt i polisklientelet, men de kvinnor som omhändertas av polisen är däremot proportionellt sett mer missbruksbelastade än männen (s 123).

28. Vid jämförelse mellan manuellt framtagna förhandsrapporter, lämnade under studiens gång, och de definitiva resultaten föreligger inga nämnvärda diskrepanser (s 126).

29. Omkring 90 % av omhändertagandena har gjorts enligt brottsbalken, denna näraliggande lagar och barnavårdslagen. Då injektionsmissbruket är starkt knutet till de enligt dessa lagar omhändertagna har vissa generella bearbetningar gjorts av detta material sammantaget, men grupperna har också särredovisats liksom omhändertaganden enligt nykterhetsvårdslagen och lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (s 74, 125).

30. Observationstiden för berörda individer varierar från 5 år och 3 månader till en dag med ett genomsnitt av drygt 2½ år. I det avgränsade

huvudmaterialet av brottsomhändertaganden har de manliga injektionsmissbrukarna under observationstiden genomsnittligt haft 4,5 arresttillfällen per individ och de kvinnliga 4,3. De män som aldrig noterats för stickmärken hade genomsnittligt 2,1 arresttillfällen per individ under hela undersökningsperioden och de icke-injicerande aktuella kvinnorna 1,7 arresttillfällen per individ. En analys av arresttillfällen och antalet berörda individer visar att missbrukarnas överrepresentation bland arresttillfällena blir relativt obetydlig om kvartalslängder används som jämförelseperioder. Då får icke-missbrukarna genomsnittligt 1,1 arresttillfällen per aktuell individ och kvartal och injektionsmissbrukarna 1,3. Dessa förhållanden är påfallande stabila. Missbrukarna hade dock en något lägre arresteringsfrekvens under den liberala perioden än under den restriktiva (s 149, 150).

31. Injektionsmissbrukets expansion i arrestklientelet har varit betydande. Under 1965 var var femte manlig arrestant som gripits för brott m m intravenös missbrukare, 1966 var fjärde och 1967 mer än var tredje (36 %). Under såväl 1968 som 1969 förekom stickmärken vid 40 % av de manliga arresttillfällena, men 1970 hade andelen sjunkit till 35 %. I det betydligt mindre kvinnliga materialet, där slumpinflytandena på frekvenserna därför är större, företedde 45 % av 1965 års arresttillfällen stickmärken. Året därpå var andelen missbruksfall 43 %, 1967 54 %, 1968 61 % och 1969 64 %. Under 1970 sjönk andelen arresttillfällen med stickmärken också bland kvinnorna, till 60 % (s 129).

32. Enligt de uppställda hypoteserna borde frekvensen missbrukare avläst i flödet arresttillfällen accelerera om man liberaliserar narkotikapolitiken, dämpas om man återgår till en traditionellt restriktiv politik och dämpas ytterligare eller falla om den restriktiva politiken skärps ytterligare. Stegringen under hela den permissiva tvåårsperioden är signifikant (***) för både män och kvinnor om man jämför andelen missbruksfall under första och sista kvartalet av perioden. Ökningen är för männens del (och för könen sammantagna) särskilt markant under den andra hälften av den liberala perioden, från mitten av 1966 till mitten av 1967. Andelen missbruksfall dämpas under den restriktiva perioden (andra hälften av 1967 och hela 1968) och faller i både det manliga och det kvinnliga materialet av arresttillfällen under den avslutande extra restriktiva perioden. Hypoteserna om narkotikapolitikens inverkan på narkotikamissbruket får således stöd i undersökningens stora material (männen samt könen sammantagna) (s 133).

33. Nedgången i andelen missbruksfall under den extra restriktiva perioden skulle kunna vara skenbar och en följd av att missbrukarna i större utsträckning än icke-missbrukarna under polisoffensiven mot den illegala narkotikahandeln 1969–70 dömdes till långvariga fängelsestraff och därmed i större utsträckning eliminerades ur den aktuella riskpopulationen. Denna frågeställning har analyserats ingående på basen av arresttillfällen per individ under olika perioder, missbruksfallens åldersfördelning, narkotikabrottens andel av det totala brottspanoramat, effekten av frihetsberövanden med anledning av narkotikabrott, andelen rapporterade missbrukare inom kriminalvårdens anstaltsklientel under olika år, missbruksförhållandena inom ungdomsvårdsskoleklientelet och andelen psykiatriskt vårdade injektionsmissbrukare. Analysen talar för att nedgången i andelen missbruksfall bland arresttillfällena under den särskilt restriktiva perioden inte berodde på att injektionsmissbrukare genom ökat antal frihetsberövanden var undandragna riskexposition i undersökningen utan att nedgången väsentligen måste ses som en följd av minskad tillgång på narkotika ute i samhället under denna tid. Polisens höga prioritering av kampen mot den illegala narkotikahandeln under 1969–70 (med bl a en ökning av narkotikapolisen i Stockholm från 25 man 1968 till 80 man 1969) medförde en hårdare bevakning av missbruksmiljöerna och borde således medföra en ökad selektering av injektionsmissbrukare till arrestantflödet. Den reella nedgången i narkotikamissbruk bör således ha varit större än den observerade nedgången i arrestantflödet (s 233).

34. I ett åldersklassat material av arresttillfällen framträder en dramatisk stegring av injektionsmissbruket under den permissiva perioden bland de yngsta och de äldsta arrestanterna. I åldersgruppen 15–19 år skedde en dryg fyrdubbling av andelen missbruksfall, från 6 % av arresttillfällena i denna åldersgrupp under 1965 till 28 % 1967. Absolut sett var ökningen betydligt större. Bland de äldsta (40–44 år) skedde under samma tid en dryg femdubbling av andelen injektionsfall (från 4 till 22 % av arresttillfällena) (s 137).

35. I den åldersklassade fördelningen över arresttillfällen med stickmärken ligger kurvorna för männen lagrade över varandra för åren 1965 – 1966 – 1967 – 1968 utan att kurvorna skär varandra på någon punkt. Nedgången 1969 och 1970 är också jämn över hela åldersskalan med undantag för de äldsta åldersgrupperna, där en viss ökning inträtt, sannolikt främst sammanhängande med att de etablerade missbrukarna åldrats under observationsperioden och därför successivt kommit att tillhöra

äldre åldersgrupper i materialet. Detta förmodande styrks också av att andelen missbruksfall i det kvinnliga materialet är högst i åldersgruppen 20–24 år under åren 1965, 1966 och 1967, medan åldersgruppen 25–29 år visade den högsta andelen missbruksfall under åren 1968, 1969 och 1970 (s 137, 142).

36. Relativt är injektionsfrekvensen genomgående högre i populationen arresttillfällen än i populationen berörda individer, och den är definitionsmässigt lägst vid beräkning enligt minimerinsmetoden, d v s då man anger den andel som vid varje undersökningstillfälle under perioden företett stickmärken. För långa beräkningsperioder blir avvikelserna stora, särskilt vid minimering av missbruket, men för korta perioder blir överensstämmelsen god oavsett om man maximerar eller minimerar beräkningen av andelen missbrukare. Kvartalsperioden som jämförelsemått blir således i denna studie en synnerligen lämplig kompromiss mellan olika metodologiska för- och nackdelar (s 146).

37. Uppgift om året för injektionsdebut föreligger för 2 554 svenska män och 693 kvinnor. Uppgifterna har reliabilitetsprövats genom jämförelse mellan data från olika undersökningstillfällen. En liten och med åren successivt tilltagande senareläggning av debutuppgifterna framkommer, men den påverkar inte nämnvärt gjorda jämförelser. För dem som uppgivit injektionsdebut i Stockholm är debutåldern för kvinnorna 20,4 (± 0,3) år, för männen 22,4 (± 0,2) år. Typvärdet för debutåldern ligger för kvinnorna redan vid 16 år, för männen vid 18 år. Medianåldern vid injektionsdebuten har varit 19,0 år för kvinnorna och 20,9 år för männen.

Debutåldern för intravenöst missbruk i de diagnostiserade fallen steg för såväl män som kvinnor vid övergången från liberal till restriktiv narkotikapolitik, men åldersdifferenserna är inte signifikanta. I stort sett kan man hävda att debutåldern i injektionsmissbruk inte synes ha undergått någon större förändring under 25-årsperioden från epidemins start fram till 1970 (s 151).

38. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt sambandet mellan debutår och diagnostiseringsår under perioder med olika typer av narkotikapolitik. Tiden mellan uppgiven debut och diagnostisering i polisklientelet är längst under den permissiva perioden, kortare under den traditionellt restriktiva och synes förkortas ytterligare under den avslutande extra restriktiva perioden, men här är totalantalen små och slumpinflytandena stora. Dessa tendenser överensstämmer med de uppställda hypoteserna. En mer permissiv narkotikapolitik medför att missbruket diagnostiseras

senare än under traditionellt restriktiv politik. Detta medför betydande konsekvenser för ett aktivt behandlings- och rehabiliteringsarbete, som med tanke på injektionsmissbrukets höga kroniceringstendens bör insättas så tidigt som möjligt i missbrukskarriären (s 153).

39. På basen av den först lämnade uppgiften om debutår har en incidensserie framtagits. Serien före observationsperiodens början är retrospektivt insamlad; i gengäld har dessa fall haft möjlighet att bli diagnostiserade under hela observationsperioden och således haft samma expositionstid för undersökningen. De som debuterat under undersökningens gång har däremot haft successivt avtagande expositionstider för att observeras i undersökningen. De få som noterats för 1970 skall alltså både ha debuterat och blivit diagnostiserade under det första halvåret 1970 (där observationsperioden avbröts) (s 168).

40. Incidensserien inleds med fyra svenska män som uppgivit sig ha lärt den intravenösa injektionstekniken i USA under åren 1945–47. Ursprungligen lär tekniken emanera från Egypten; de äldsta referenserna förlägger ursprunget av denna epidemi till Kairo 1925. Först mot slutet av 1940-talet föreligger otvetydigt en subkultur av manliga missbrukare av intravenös typ i Stockholm. I det kvinnliga materialet har 1954 uppgivits som tidigaste debutår.

Incidensfrekvenserna stiger i början av 1960-talet snabbt och närmast exponentiellt med nära nog en fördubbling år från år fram till 1965, då 539 individer (415 män och 124 kvinnor) uppgivit debut under året. Därefter har fallen som nämnts observerats med avtagande observationstid, och man bör av denna anledning förvänta sig en fallande serie av nyupptäckta fall. För 1966 har 516 debutanter (398 män och 118 kvinnor) noterats, men för 1967 ett högre antal än 1966: 590 fall (452 män och 138 kvinnor). Detta tyder på att epidemin expanderade kraftigt ännu 1967, då den liberala narkotikapolitiken avbröts. Under första halvåret 1967 kulminerade emellertid den exceptionellt liberala narkotikaförskrivningen. Någon annan åtgärd i restriktiv riktning än att denna förskrivningsverksamhet avvecklades i maj 1967 vidtogs inte under året. Observationstiderna för dem som debuterat i injektionsmissbruk under senare hälften av undersökningsperioden är så korta att den uppställda hypotesen om en snabbare debuttakt under den liberala perioden bör testas på det tioårsmaterial som föreligger 1975 (s 170).

41. I serierna över den för dödlighet m m okorrigerade minimiincidensen av intravenöst missbruk noteras för åren 1959–60 en nedgång i frekvensen nya fall bland såväl män som kvinnor. Detta kontrasterar starkt

mot den i serien för övrigt år från år fortskridande ökningen av antalet debutanter. Nedgången torde stå i ett direkt samband med de under 1958 insatta kraftiga motåtgärderna mot den illegala narkotikahandeln: Det viktigaste missbruksmedlet, amfetaminet, narkotikaklassades detta år (detsamma skedde med "ersättningsmedlet" fenmetralin i början av 1959), och narkotikapolisens resurser förstärktes från 2 till 10 man; därtill tillsattes en särskild narkotikaåklagare i Stockholm. Motåtgärderna synes ha bromsat upp och fördröjt epidemiexpansionen ett par år. Indirekt talar den påvisade samvariationen mellan motåtgärderna 1958–59 och den omedelbara nedgången i debuttakten också för undersökningsmetodens relevans som indikator på förändringar i missbruksutvecklingen (s 175).

42. För de injektionsmissbrukare som lämnat uppgift om debutår har incidensserien ackumulerats till en för dödlighet och avtagande observationstid okorrigerad prevalensserie. Den omfattar för 1949 15 män, 1954 53 män och 3 kvinnor, 1959 203 män och 28 kvinnor, 1964 643 män och 155 kvinnor samt 1969 2 053 män och 548 kvinnor (s 177).

43. Proportionen män/kvinnor har också förskjutits starkt under epidemins gång. 1954 skall endast 3 kvinnor ha debuterat i intravenöst missbruk, medan 53 män säger sig då redan ha varit aktiva som injektionsmissbrukare. 1959 var de manliga missbrukarna med Stockholm som debutplats drygt 7 gånger fler än de kvinnliga, 1964 drygt fyra gånger fler och 1969 knappt 4 gånger fler än de kvinnliga missbrukarna. Hypotesen att den manliga dominansen i en missbruksepidemi bör förväntas avta när epidemin drar ut över längre tid får stöd i föreliggande material (s 180).

44. Status vid de olika observationstillfällena har studerats i serier över individuella förlopp. De första upp till sju observationerna har studerats med utgångspunkt från om vederbörande setts som missbrukare respektive icke-missbrukare vid första observationstillfället. Här framträder mycket starkt den höga kroniciteten i injektionsmissbruket. Endast smärre fraktioner av dem som setts som missbrukare återkommer som icke-missbrukare. Däremot återkommer missbrukarna i hög grad med samma status som tidigare. Bland icke-missbrukarna dominerar de engångsomhändertagna mycket starkt. Bland dem som gripits en andra gång har dock 17 % av kvinnorna och 13 % av männen debuterat som injektionsmissbrukare under mellantiden (s 180).

45. Åldern vid första observationen är signifikant lägre för missbrukarna än för icke-missbrukarna: För männen 26,2 respektive 27,0 år

(***), för kvinnorna 23,2 respektive 25,0 år (***). Detta mönster består och accentueras till och med i den fortsatta selektionen av individer med stort antal gripanden (s 183).

46. Missbrukarna är också en åldersmässigt mera homogen grupp, vilket stöder tidigare beskrivningar att drogepidemier förutom geografisk och tidsmässig eller historisk avgränsning också visar en hög åldersmässig avgränsning (s 185).

47. För att undersöka hur tiden – och särskilt perioder med olika typer av narkotikapolitik – kan ha påverkat de individuella förloppen har en särskild serie framtagits med utgångspunkt från den första observationen varje kalenderår. Här framträder tendenser mycket likartade dem i föregående serie (s 186).

48. Sammanfattningsvis kan man om dessa observations- och förloppsserier säga att det råder en markant skillnad i återarresteringar mellan missbrukare och icke-missbrukare, att endast en liten del av icke-missbrukarna ses igen men då till betydande del som missbrukare, att en stor del av missbrukarna återkommer men att endast ett fåtal av dem senare observeras som icke-missbrukare. Dessa förhållanden är i stort likartade för män och kvinnor (s 192).

49. Missbrukarnas och icke-missbrukarnas andel av olika brottskategorier har studerats över tid, och brottspanoramat har analyserats enligt två olika beräkningsgrunder: Med narkotikabrott inkluderade respektive exkluderade. Missbrukargruppen är i mycket hög grad knuten till olika former av egendomsbrott, särskilt fordonsstölder. Av samtliga svenskar gripna för fordonsstöld under femårsperioden var en tredjedel av männen och två tredjedelar av kvinnorna injektionsmissbrukare. Brottspanoramat var i allt väsentligt detsamma före injektionsdebuten som efter denna. *Narkotikabrotten har spelat en mycket underordnad roll i alla berörda kategorier:* De har svarat för 3,2 % av samtliga (manliga svenska) arresttillfällen utan stickmärken och för 11,4 % bland dem med stickmärken. Även för dem som företett stickmärken vid alla undersökningstillfällen har narkotikabrotten endast svarat för en ringa del (13,7 %) av samtliga gripanden (s 192).

50. Bland dem som omhändertagits och dömts för s k grov narkotikabrottslighet är missbruksbilden en helt annan. I en promemoria från rikspolisstyrelsen (den 4 januari 1972) lämnas en redogörelse för de 152 personer som i hela riket dömts till minst två års frihetsstraff för grov narkotikabrottslighet under treårsperioden 1969–71. Endast 11 kvinnor förekom i materialet (7,2 %). 69 personer (48,9 %) var utländska medbor-

gare, vilket återspeglar den starka internationaliseringen av den grova narkotikabrottsligheten. Av de 80 personer som passerat Allmänna häktet i Stockholm och som undersökts beträffande stickmärken företedde endast 7 (därav 2 utlänningar) tecken på injektionsmissbruk. De professionella narkotikagrossisterna och de som dömts till längre frihetsstraff för grova narkotikabrott har således endast till en ringa del utgjorts av missbrukare (s 213).

51. Det från observationsperiodens början mycket snabbt ökande inslaget av injektionsmissbruk bland de för egendomsbrott gjorda gripandena bröts i samband med övergången till den särskilt restriktiva narkotikapolitiken 1969. Fram till 1968 hade förekomsten av injektionsmissbruk successivt ökat i denna huvudgrupp av brottsomhändertaganden. 1969 bröts denna trend och nivån stod oförändrad 1968–69; 1970 var trenden klart fallande (s 216).

52. Andelen narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstaltsklientel har under hela observationsperioden varit väsentligt lägre än för berörda individer i stickmärkesundersökningen. Såväl absolut som relativt blev missbrukarna färre i anstaltsklientelet under 1970 jämfört med 1969. Samtidigt föll som nämnt för första gången under observationsperioden andelen missbrukare i arrestklientelet (s 225).

53. Den restriktiva narkotikapolitiken har inte, som ofta hävdats i populärdebatten, fyllt fängelserna med missbrukare utan svarat mot en samtidig såväl absolut som relativ tillbakagång av narkotikamissbruket inom kriminalvårdens anstaltsklientel och stockholmspolisens arrestanter.

54. Att studien inte gäller hela Sverige utan av praktiska skäl fått begränsas till Stockholm utgör inte någon väsentlig nackdel för bedömningen av de förhållanden som studerats: a) Det är genom omfattande utredningsmaterial dokumenterat att injektionsmissbruket länge främst varit knutet till stockholmsregionen (SOU 1967:25, 1967:41, 1969:52; b) narkotikapolitiken gäller hela landet och således också Stockholm. Av detta följer givetvis inte att man från de gjorda iakttagelserna beträffande effekter som samvarierar med fluktuationerna i narkotikapolitiken kan generalisera till att narkotikapolitiken bör ha åtföljts av *kvantitativt* likartade effekter i landet i övrigt, där bevakningsresurser etc avvägts på annat sätt. Däremot bör man förvänta att narkotikapolitikens *kvalitativa* effekter har varit likartade i Stockholm och landet i övrigt.

55. Sammanfattningsvis visar studien att det föreligger en mycket stark *individuell* samvariation mellan kriminalitet och injektionsmissbruk. Det synes inte i särskilt hög grad vara fråga om ett kausalsamband utan om

en samvariation som går tillbaka på gemensamma, bakomliggande faktorer som störd personlighetsutveckling och tidig social missanpassning. Däremot synes kriminalitet och injektionsmissbruk leda till att båda fenomenen ömsesidigt förstärker varandra. Om så är fallet föreligger också en mera *generell* samvariation över tid mellan intravenöst drogmissbruk och kriminalitet (annan än narkotikabrottslighet) i samhället.

*Bilaga 1*

# Missbruksutveckling, lagstiftning och administrativa åtgärder m m inom narkotikaområdet före och under observationsperioden; en kronologisk översikt

Utöver den komprimerade översikten i introduktionsavsnittet lämnas här en fylligare redogörelse för rubricerade förhållanden i Sverige fram till mitten av 1970. Datumangivelserna (parentetiskt omedelbart efter årtal) fungerar som referens till de olika lagarna, vilka i svensk rättspraxis brukar benämnas efter dagen för deras fastställande av regeringen. *Juridiska och administrativa åtgärder markeras med kursivering* medan uppgifter om missbruksutvecklingen presenteras utan särskild textmarkering.

Sedan slutet av 1960-talet har ett betydande antal enkätundersökningar om narkotikaerfarenheter genomförts bland skolungdom, studenter och manliga inskrivningsskyldiga. Därvid har man funnit att stora ungdomsgrupper rökt cannabis men att relativt få injicerat centralstimulantia, opiater eller andra medel. Det utbredda cannabismissbruket är en mycket sen företeelse i Skandinavien; det tog fart först vid mitten av 60-talet men hade föregåtts av cannabisrökning i en snäv grupp av jazzintresserad ungdom, artister, bohemer etc i Stockholm ända sedan slutet av 40-talet (Bejerot 1968*a*, 1970*a*). Då föreliggande studie har centrerats kring det avancerade missbruket av intravenös typ kommer cannabisrökningen endast att beröras i förbigående.

| | |
|---|---|
| 1906 | *(den 7 december) infördes en svensk giftstadga som förbjöd andra än apotekare att driva detaljhandel med vissa gifter.* |
| 1912 | *tillkom den internationella narkotikakonventionen, vanligen kallad Haagkonventionen.* |
| 1923 | *(den 6 april) utfärdades en svensk narkotikakungörelse enligt Haagkonventionens åtaganden. In- och utförsel samt framställning av kokain, opium, morfin och vissa morfinderivat reglerades. Straffet var böter högst 10 000 kronor.* |
| 1930 | *(den 17 oktober) fördes i en ny kungörelse – med ikraftträdande den 1 januari 1931 (MF 1930:84, SFS 1930:38) – kokablad, cannabis och flera opiumderivat in under specialregleringen; därjämte infördes brottet olaga innehav.* |

1933 *(den 16 september) tillkom en reviderad narkotikakungörelse som trädde i kraft den 1 januari 1934 (MF 1933:65). Fängelsestraff infördes vid försvårande omständigheter i samband med en rad narkotikaförseelser.*

Under 1930-talet var avancerat giftmissbruk (med undantag för det endemiska alkoholmissbruket) och narkomani ovanliga företeelser i vårt land. Det förekom ett visst missbruk av lugnande bromidpreparat (främst bromisovalerylcarbamid), och svåra beroendetillstånd och relativt långdragna förgiftningspsykoser (delirier) var välkända komplikationer till detta missbruk (Rylander 1933). En viss överkonsumtion av sömnmedel förekom också, och barbiturismen framstod tidigt som en avgränsad narkomaniform (Rylander 1933). Av redovisade fallbeskrivningar framgår att alkoholmissbruk inte hade förelegat före eller i samband med medicinmissbruket i över hälften av dessa fall. Opiatberoende förekom men var sällsynt (Åmark 1942), och ett visst kokainmissbruk var känt i skådespelarkretsar (Adolfsson 1973).

1935–36 Amfetamin, det klassiska syntetiskt framställda centralstimulerande medlet och typsubstansen för hela den stora gruppen av efterföljare, introducerades 1935 i klinisk medicin av Prinzmetal och Bloomberg (Eysenck 1961, s 643) och därefter snart också i Sverige. Preparatet blev tidigt föremål för missbruk i USA, där den framstående medicinska tidskriften JAMA (1937) på ledarplats varnade för okontrollerad användning och särskilt nämnde det vanliga tablettätandet i studentkretsar under tentamensläsning. Preparatet såldes dock receptfritt i Sverige den första tiden.

1939 *(den 19 juni) infördes recepttvång på amfetamin- och metamfetaminpreparat i Sverige (MF 1939:56).*

1937–40 Under åren 1937–1940 sökte medicinalstyrelsen genom förfrågningar till vissa tjänsteläkare fastställa totalantalet narkomaner i Sverige. Man fann därvid ett 70-tal fall (SOU 1967:25). Även om det här är fråga om ett mycket osäkert minimivärde, belyser undersökningen dock den obetydliga roll problemet spelade i vårt land före kriget. Det var med introduktionen av amfetaminpreparaten, som vi fick ett narkomaniproblem av betydenhet och – både vad beträffar preparattyp, spridningssätt och klientel – även ett narkomaniproblem av kvalitativt helt annan art än tidigare.

Gruppen medicinalpersonal utgjorde en väsentlig del av narkomanifallen i Sverige före kriget och så synes förhållandet ofta vara i länder utan pågående massmissbruk eller drogepidemier enligt min terminologi. Enligt Modlin och Montes (1964) utgjorde läkarna omkring 15 % av alla kända narkomaner i USA, England, Tyskland, Holland och Frankrike under decenniet närmast efter det andra världskriget. Därtill kom att ytterligare 15 % av de kända narkomanerna i nämnda länder vid denna tidpunkt tillhörde andra kategorier av sjukvårdspersonal eller paramedicinska yrkesgrupper. Främst har det varit kraftigt smärtstillande preparat av morfintyp, som utgjort risk vid självmedicinering bland medicinalpersonal (Åmark 1942), men senare har även andra preparatgrupper kommit in i bilden.

Tecken på beroendebildning även vid kortvarig och måttlig dosering av amfetamin under försöksbetingelser hade rapporterats (Ivy och Krasno 1941), men i Sverige var beroendefallen i början av 1940-talet få och okända. Forssman (1942) nämnde att några tecken på tillvänjning eller vanemässig användning av amfetamin inte säkert hade konstaterats men påpekade att Loewenstein (1940) hade beskrivit ett fall av metamfetaminberoende. "Tillvänjningsrisk torde ej föreligga" var slutomdömet. Författaren påpekade att amfetaminerna "stundom med god effekt (hade) använts vid psykoser med oklarhetstillstånd och depression, särskilt vid kronisk alkoholism". Just indikationen alkoholism kom, som vi snart skall se, att spela en stor roll för gängmissbrukets uppkomst i Sverige.

1943 *(den 7 april) utsände medicinalstyrelsen ett cirkulär (MF 1943:41) till samtliga läkare i landet med en varning för okritiskt användande av amfetaminpreparat.*

1944 Goldberg (1944) publicerade en omfattande översiktsstudie beträffande amfetaminpreparatens effekter, indikationer, bruk och missbruk och redovisade en försäljningsanalys beträffande ett urval av apotek i Stockholm, i universitetsstäderna och i landsorten. Försäljningen av amfetaminpreparat hade enligt Goldberg delvis synts "följa i pressen förekommande uppgifter om dessa medels användbarhet". I samband med införandet av recepttvång 1939 inträdde en stagnation i försäljningen under ungefär ett år. "I samband med ett antal artiklar och intervjuer i dags- och veckopressen, vari fenoprominpreparaten rekom-

menderades för användning till vissa kategorier av människor på ganska vida indikationer, skedde från allmänhetens sida en stark ökning av efterfrågan på apoteken, såväl med som utan recept. För dem utan recept fanns alltid en eller annan 'telefondoktor', som villigt ordinerade dessa preparat."

Från och med andra halvåret 1940 hade en markant stegring inträtt i försäljningen av amfetaminpreparaten. Under femårsperioden 1938–42 ökade försäljningen 20-faldigt på landsortsapoteken och 80-faldigt i Stockholm. I och med medicinalstyrelsens cirkulär 1943 hade försäljningen inom loppet av ett kvartal reducerats med 50 % vid de undersökta apoteken i Stockholm, 40 % i universitetsstäderna och 60 % i landsorten.

Missbruksfall hade nu uppmärksammats och Goldberg påpekade att en rad dylika fall av olika svårighetsgrad var kända; missbruk förekom "även hos tidigare fullt friska individer". Liknande rapporter från utlandet refererades. Förekomsten av smyghandel var redan känd, och Goldberg påpekade att en pågående undersökning visat att "drygt två tredjedelar av alla dem, som vid något tillfälle nyttjat eller fortfarande använde fenoprominpreparat, erhållit dessa av vänner och bekanta och ej på recept!"

Goldberg menade att enbart recepttvånget hade visat sig illusoriskt som medel att stävja en ökad förbrukning, varför han förordade att amfetaminpreparaten skulle läggas under strängare kontroll, "t ex av samma natur som den som gäller för narkotika".

1944 *(den 14 april) underkastades amfetaminpreparaten väsentligen samma bestämmelser som gällde för narkotika (MF 1944:45).*

1944–46 Förbrukningen av amfetaminpreparat var hela tiden betydligt större i Stockholm än i landsorten, vilket Goldberg (1944) visade genom att sätta försäljningen i relation till den totala apoteksomsättningen. Vid storstadsapoteken stod amfetaminförsäljningen närmast i logaritmisk relation till den totala apoteksförsäljningen; apotek med dubbelt så stor omsättning sålde fyra gånger så mycket amfetamintabletter etc. Goldberg påpekade att det vid större storstadsapotek förekom en anrikning av "ett från genomsnittet avvikande klientel med betydligt större förbrukning av fenoprominpreparat än befolkningen för övrigt..." Receptförfalskare var inte ovanliga vid storstadsapote-

ken, särskilt nattetid och "vanligen under de tidiga morgontimmarna".

Tidigare hade missbruket väsentligen haft en iatrogen bakgrund eller varit självetablerat (Bejerot 1965*a*, 1968*a*, 1970*a*). Kring krigsslutet uppstod i Stockholm ett gängbetonat missbruk i vissa kotterier. Därmed framträdde också en ny typ av missbrukare, vilka i många väsentliga avseenden skilde sig från de tidigare isolerade, individuella fallen (Brill 1966, 1968).

Den första fasen av detta gängmissbruk väntar ännu på en systematisk kartläggning, men en rekonstruktion av det tidiga utvecklingsförloppet är fullt möjlig, då många av dessa veteraner fortfarande är i livet och då sociala akter, polisutredningar, medicinska journaler etc finns bevarade. Dessa missbrukare av ny typ – epidemisk typ enligt min terminologi (Bejerot 1965*a*, 1968*a*, 1970*a*) – utgjordes till stor del av en snäv krets av författare, musiker, konstnärer och bohemer med rikliga kamrat- och kotterikontakter. Många av dem var alkoholiserade och deras ursprungliga kontakter med amfetaminpreparaten synes ofta ha varit betingade av bakruseffekter (Bejerot 1968*a*, 1970*a*). Så småningom lämnade flera i dessa kretsar sina avancerade alkoholvanor och övergick till centralstimulantia som dominerande euforiseringsmedel.

1947 Den första säkert omvittnade introduktionen av cannabis i efterkrigs-Sverige emanerar från denna tid. En välkänd norsk-amerikansk jazzmusiker hade medfört marihuana och introducerade denna i en snäv krets av jazzmusiker och jazzintresserade i Stockholm (Bejerot 1968*a*).

1949 Några få amfetaminister av intravenös typ förekom nu i Stockholm. En på den tiden framstående poet uppger sig ha börjat injicera 1949.

1949–50 Amfetaminmissbrukarna av gängytp uppgick endast till några dussintal då missbruket omkring 1949–50 bröt igenom från bohemkretsarna till kriminellt aktiv ungdom i Stockholm (Bolin 1966).

1954 Det tilltagande narkotikamissbruket bland jazzmusiker påtalades i skarpa ordalag i en ledare i fackorganet "Musikern" (april). Under vårriksdagen ställde en liberal riksdagsman (Rimmerfors 1954) en enkel fråga till justitieministern hur regeringen såg på de oroande uppgifterna i pressen om tilltagan-

de narkotikamissbruk. Eftersom narkotikaförfattningen löd under inrikesdepartementet blev det inrikesministern (Hedlund 1954) som besvarade frågan (den 27 april). Förfrågningar hos medicinalstyrelsen och polismyndigheten hade givit inrikesministern "intrycket att, även om allt icke är välbeställt, narkotikamissbruket just nu inte är något mera allvarligt problem i vårt land".

Sommaren 1954 fick jag tillfälle att muntligen och tillsammans med en av mina patienter, en 15-årig kvinnlig amfetaminmissbrukare, inför Stockholms barnavårdsnämnd redogöra för det alarmerande missbruksläget i Stockholm (Bejerot 1968*a*, 1970*a*). Under senare hälften av 1954 genomförde barnavårdsnämndens nattpatrull i Stockholm en kartläggning av gängmissbruket, men rapporten saknas i nämndens arkiv.

Langningsverksamheten var redan vid denna tidpunkt av betydande omfattning; medlen emanerade praktiskt taget uteslutande från läkarförskrivningar. I slutet av november grep polisen en storlangare som bevisligen lurat till sig omkring 10 000 tabletter centralstimulantia från ett 25-tal godtrogna läkare. I december 1954 drog Astra, den största läkemedelsproducenten i Sverige, in sitt amfetaminpreparat från marknaden, men andra företag fortsatte att förse apoteksväsendet med centralstimulantia (Bejerot 1968*a*, 1970*a*). – *De första domarna beträffande illegal hantering med centralstimulantia avkunnades 1954.*

1955 Socialstyrelsens skolbyråchef L Bolin lämnade följande karakteristik av missbruksläget i Stockholm vintern 1954–55: "Missbruket förekommer huvudsakligen inom tre kategorier – studerande ungdom, bl a konststuderande, vissa estetgäng som håller till i olika källarlokaler samt socialvårdsklientelet, dit bostadslösa, kriminella och prostituerade hör. Sammanlagt skulle det röra sig om några hundra missbrukare" (Dagens Nyheter 22.2.1955).

Medicinalstyrelsen lät 1955 genomföra en undersökning av "I Sverige under 1954 på sjukhus vårdade fall av narkomani". 147 fall rapporterades (91 män och 56 kvinnor); 60 hade tidigare inte vårdats på sjukhus. Iatrogen orsak redovisades i 67 fall, "annan" likaså i 67 fall och okänd anledning i 13 fall. 23 av fallen tillhörde gruppen medicinalpersonal, därav tio läkare. Ålders-

gruppen 36–50 år var dominerande för båda könen, och opiaterna dominerade starkt bland missbruksmedlen (75 % av fallen); beroende av centralstimulantia förelåg endast i 35 fall (23 %) (Krook och Lindgren 1956). Författarna påpekar själva att det faktiska antalet narkomaner "kan antas vara större,eftersom narkomani såsom sjukdom i sig ofta kan fortskrida flera år, innan vederbörande patient måste omhändertagas på sjukhus".

1955 *(den 25 oktober) inregistrerades Preludin (fenmetralin) i Sverige* och lanserades som aptitnedsättande medel, men det dröjde ända till 1957 innan dess centralstimulerande verkan uppmärksammades mera allmänt i missbrukarkretsar. När det blev allt svårare att komma över amfetaminpreparaten blev Preludin snabbt begärligt.

1956 Enligt samstämmiga uppgifter från många veteraner ur de äldsta missbrukargängen var intravenös tillförsel ovanlig fram till sommaren 1956, då på kort tid många gick över till denna avancerade administrationsform.

I början av 1955 hade L Bolin hävdat att "narkotikaproblemet för Sveriges del endast existerar i Stockholm – en undersökning i Göteborg har således visat att narkotikamissbruk knappast förekommer där alls" (Dagens Nyheter 22.2.1955). Sommaren 1956 hade det nya missbruksmönstret nått Göteborg, och de första "kvartarna" började uppträda där (Ny Tid 16.8.1956). *Den 14 september 1956 inregistrerades Ritalina (metylfenidat) i Sverige.*

1955–57 Under åren 1955–57 försökte en ungdomspsykiater vid Stockholms barnavårdsnämnd spåra de nya missbruksfenomenen som berördes i pressen med lyckades bland ett tusental av barnavårdsnämndens aktuella problemfall endast hitta 17 missbrukare, varav tre rubricerades som narkomaner (Takman 1958, 1961). Undersökningen hade inte inkluderat fältarbete i de kända missbruksmiljöerna, där missbrukarna dock som regel var äldre än barnavårdsklientelet.

1956–60 Under senare hälften av 50-talet spreds främst i Stockholm ett gängbetonat injektionsmissbruk (subkutant, intramuskulärt och intravenöst) av morfinersättningsmedlet dextromoramid (Palfium). Medlet hade en snäv terapeutisk bredd. Efter några dödsfall i överdosering och uppmaningar från medicinalstyrelsen till

läkarna att iaktta stor försiktighet vid förskrivning av Palfium försvann detta missbruk efter några år (Krook 1974).

1958 Vid en behandlingskonferens på Södersjukhuset i februari 1958 lämnades de första rapporterna om missbruk av Preludin (fenmetralin) (Berggren 1959, Ettlinger 1959).

1957–58 Under denna tvåårsperiod rapporterades till medicinalstyrelsen åtta apoteksinbrott, varvid enbart narkotika tillgripits (SOU 1967:41).

1948–57 *Under detta decennium avkunnades endast 13 domar i narkotikamål i Sverige* (Rexed och Wickberg 1972).

1958 Med anledning av den omfattande utredningen av apoteksinbrotten *tillsattes sommaren 1958 en särskild narkotikaåklagare (Warholm) och samtidigt tillsatte polisen en särskild kommission för att utreda dessa inbrott* (Lagerbielke 1970). Utredningarna ledde till att ett betydande antal langare och hundratals avancerade missbrukare av gängtyp snabbt blev kända, men få var under 21 år (Bejerot 1968*a*, 1970*a*).

*Den 17 oktober 1958 intogs amfetamin även formellt i narkotikakungörelsen med ikraftträdande den 1 januari 1959 (MF 1958:91).*

1959 *(den 6 mars) klassades fenmetralin (Preludin) som narkotikum med ikraftträdande den 1 april (MF 1959:12) – De första två domarna beträffande cannabis avkunnades 1959* (Rexed och Wickberg 1972).

1959–60 Fram till 1959–60 försörjdes den snabbt växande skaran av missbrukare med centralstimulantia som främst emanerade från läkarförskrivningar, i någon mån också från receptförfalskningar och apoteksinbrott. Då det vid denna tidpunkt fanns en stor marknadsefterfrågan började en organiserad illegal import komma igång på allvar 1959–60. Den första uppgift som återfunnits i pressläggen beträffande narkotikasmuggling gäller Aftonbladet den 8 januari 1960.

Fortfarande förekom dock en betydande släpphänthet enligt medicinalstyrelsen (MF 1960:131) vid förskrivning av centralstimulerande medel, främst bantningspreparat. Vid polisutredningar framkom att vissa langargäng hade organiserat omfattande turnéer i landsorten och uppvaktat läkare med hjälp av feta kvinnor, som inte hade några svårigheter att få ut stora förskrivningar av Preludin eller andra bantningspreparat (Takman 1961).

1960 *(den 14 oktober) beslöt regeringen att inta de centralstimulerande medlen metylfenidat (Ritalina) och pipradrol (Meratran, Pipradrol) i narkotikaförordningen (och därtill vissa hydrokonhaltiga preparat) med ikraftträdande den 1 januari 1961 (MF 1960:91).*

*Den 16 oktober 1960 ålade regeringen domstolarna utökad skyldighet att underrätta medicinalstyrelsen om domar i narkotikamål.*

*Den 8 november uppmanade medicinalstyrelsen i mycket skarpa ordalag (MF 1960:131) läkarkåren till en striktare förskrivningspraxis:* "Det är bevisligen ingen större svårighet att komma över recept på vissa narkotika. I stor utsträckning förekommer en frikostighet beträffande indikationer och en bristande kontroll vid förskrivningen, som icke kan försvaras och som måste upphöra. Särskilt gäller detta telefonrecepten, beträffande vilka styrelsen kan tvingas vidtaga långt gående restriktioner, därest icke större vaksamhet och återhållsamhet iakttages".

Sinnessjukhuslagstiftningskommittén redovisade (SOU 1964:40, s 234) en undersökning över fall av narkomani som under 1960 vårdats på psykiatriska sjukhus och kliniker i Sverige. 190 fall rapporterades (113 män och 77 kvinnor). I 124 fall förelåg beroende av opiater och morfinersättningsmedel, i 66 fall beroende av centralstimulantia. Några fall av blandmissbruk hade förts till opiatgruppen. Endast 14 fall var under 20 år; 62 var mellan 20 och 30 år.

1961 *(den 31 mars) antogs nu gällande internationella narkotikakonvention (den tionde), vanligen kallad The Single Convention on Narcotic Drugs. Den trädde i kraft internationellt den 13 december 1964 och för Sveriges vidkommande den 17 januari 1965.* (Konventionen ingår som bilaga i SOU 1967:41).

1962 *Den 27 februari 1962 införde medicinalstyrelsen en stark begränsning av och skärpta krav beträffande telefonrecept på narkotika (MF 1962:20). I fortsättningen fick endast fem narkotikatabletter – men inga injektionspreparat – förskrivas per telefonrecept.* Därmed blev det fråga om så små kvantiteter att det inte längre lönade sig för langarna att laborera med falska telefonrecept.

I november 1962 diagnostiserades det första fallet av inokulationshepatit bland missbrukare av intravenös typ i Stockholm (Agell et al 1965, Ström 1972).

*Den 14 december 1962 antogs en ny grundläggande författning på detta område, narkotikaförordningen, med ikraftträdande den 1 januari 1964.*

1960–63 "Redan i början av 1960-talet betraktade man t ex på Långholmen (centralfängelset i Stockholm) narkotikaproblemet som betydande" (SOU 1969:52, s 65).

1963 *(den 27 december) utfärdade medicinalstyrelsen en ny förteckning (MF 1963:150) över vilka varor som skall anses som narkotika. Tillägg har senare gjorts: MF 1964:30, MF 1966:28 och 116, MF 1967:61 och MF 1969:3. (1963 års förteckning ersattes av en ny kungörelse från socialstyrelsen den 18 augusti 1972 (MF 1972:31), vari narkotikabegreppet från den 1 juli 1972 utvidgades till att även omfatta en lång rad sedativa och hypnotika.)*

1964 *Den 1 januari 1964 trädde 1962 års narkotikaförordning i kraft. Enligt den stadgade straffskalan kunde fängelse i högst två år utdömas enligt förordningen. I samband med att brottsbalken (antagen den 21 december 1962) trädde i kraft den 1 januari 1965 sänktes maxistraffet till ett års fängelse enligt brottsbalkens promulgationslag. Genom att överlåtelse av narkotika ofta kunde rubriceras som ocker kunde straffskalan utsträckas till fängelse i fyra år. Även brottsrubriceringen "grov varusmuggling" kom ofta till användning; här var straffmaximum fängelse i två år.*

*Den 4 februari utfärdade medicinalstyrelsen en ny narkotikakungörelse (MF 1964:11) beträffande tillämpningen av 1962 års narkotikaförordning.*

Den 26 februari 1964 framföres i Svensk Läkartidning en omfattande kritik mot den traditionellt restriktiva narkotikapolitiken i landet (Takman 1964). Förnyad kritik framfördes hösten 1964 i den konservativa kulturtidskriften Origo (Hirschfeldt 1964). Detta markerar inledningen till en omfattande kampanj för en liberal narkotikapolitik vilken snabbt växte fram i massmedia under 1965 (Bejerot 1968*a*, 1970*a*, Carpelan och Österman 1970, Johansson 1970, Malmstedt 1970).

1957–64 En utredning angående medicinalstyrelsens disciplinnämnds handläggning 1957–64 av narkotikaärenden beträffande läkare framlades några år senare av Björnberg (bil i SOU 1967:41). I 65 fall hade narkotikamissbruk hos läkare förelegat, men den verkliga missbrukssiffran bör ha varit väsentligt högre. Långt ifrån alla fall torde komma till medicinalstyrelsens kännedom. Antalet yrkesverksamma läkare i Sverige uppgick 1964 till 8 190.

1965 *Polisväsendet förstatligades den 1 januari 1965.* Den 15 februari ifrågasatte rikspolischefen – i ett remissvar till riksdagens allmänna beredningsutskott beträffande en motion angående bekämpning av narkotikahandeln – "om inte en närmare undersökning borde göras för att utröna problemets omfattning och karaktär".

Den 26 mars 1965 bildades Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), vilket blev organisatoriskt och ideologiskt centrum för propagandan för en liberal narkotikapolitik (Bejerot 1968*a*, 1970*a*, Malmstedt 1970, Carpelan och Österman 1970).

I april 1965 inledde ett mindre antal läkare en liberal förskrivning av opiater och centralstimulantia till narkomaner för självadministration i en utsträckning som tidigare inte tillåtits (SOU 1967:25). Den mest aktive läkaren förklarade att s k "legal förskrivning" till narkomaner i öppen vård länge försökts på andra håll i världen, "men såvitt jag vet aldrig ett experiment av liknande karaktär som denna pågående försöksverksamhet, där förskrivningen ej är auktoritativ utan liberal och kombineras med grupp-psykoterapi och socioterapi. Med liberalförskrivning avses en förskrivning där patienten själv bestämmer doseringen och doktorn mera är rådgivare, även om han naturligtvis har vetorätt" (SOU 1967:25, s 124).

*Den 18 juli 1965 tillsatte medicinalstyrelsen en expertgrupp för undersökning rörande narkotikamissbruket. Den utvidgades och ombildades 1966 till narkomanvårdskommittén.*

1966 Cannabismissbruket fick 1965–66 en explosionsartad spridning över landet: "Polisbeslagen började öka under början av 1966, och hösten samma år blev det tämligen plötsligt uppenbart att bruket av cannabis fått en ganska vid spridning bland skolelever och annan ungdom i Sverige" (SOU 1969:52, s 18).

Under hösten 1966 intervjuades ett representativt urval av ca 1 300 ungdomar mellan 16 och 25 år i Stockholm (bortfall 7 %). 12 % av pojkarna och 3,5 % av flickorna hade använt narkotika, ungefär hälften endast en gång. Frekvensen föreföll högst i 18–20 årsåldern. 19 pojkar (3 %) och två flickor (0,3 %) hade tagit narkotika mer än tio gånger. Endast tio personer, alla pojkar, hade tagit intravenösa injektioner (1 % av samtliga pojkar); fyra hade injicerat mer än tio gånger. 25 % av pojkarna

och 10 % av flickorna hade erbjudits narkotika vid något tillfälle (SOU 1969:52, s 19).

1962–67 Statistik över på sjukhus vårdade narkomaner och missbrukare är ett bristfälligt mått på missbrukets faktiska omfattning. Många missbrukare söker erfarenhetsmässigt inte vård (Krook och Lindgren 1956), diagnostiken är ofta bristfällig även vid psykiatriska kliniker (Bergsman och Järpe 1966). Den officiella svenska statistiken inom den psykiatriska sektorn har därtill brustit i fråga om identitetsdata. Trots dessa stora brister i primärmaterialet är det befogat att återge frekvensen för medicinmissbruk ("abusus alii") under åren 1962–67 på svenska psykiatriska sjukhus och kliniker vårdade (utskrivna) fall (individer): 272–314–375–605–770–995 (Hoffmann och Håkanson 1969). De yngre åldersgrupperna (under 30 år) har ökat betydligt snabbare än de äldre i detta material. I omkring 80 % av fallen har missbruksmedlet tyvärr inte rapporterats. Från och med 1969 har den officiella statistiken på detta område förbättrats.

1967 *I februari 1967 avgav narkomanvårdskommittén sin första rapport: "Kartläggning och vård" (SOU 1967:25). Man föreslog att narkomaner även i fortsättningen i första hand skulle vårdas vid de psykiatriska sjukhusen. Kommittén tog avstånd från en utvidgning av indikationerna för intagning och kvarhållande av narkomaner på sjukhus mot deras vilja.*

I april 1967 genomfördes en anonym enkät till 8 549 elever i klass 9 (huvudsakligen 16-åringar) i 72 skolor i Stockholm. 23 % av pojkarna och 17 % av flickorna hade provat narkotika, 3–4 % mer än tio gånger (bortfall på denna fråga 8,7 %). De flesta hade börjat använda narkotika efter den 1 juli 1966. Cannabis var det helt dominerande medlet (Herulf 1969). I Göteborg genomfördes samtidigt en liknande enkät. 6,3 % i årskurs 9 hade prövat narkotika, 3,3 % hade "fortsatt". Den relativa frekvensen motsvarade således en tredjedel av den i Stockholm vid samma tidpunkt (SOU 1969:52, s 27).

*I maj 1967 avvecklades den mycket liberala förskrivningsverksamheten i Stockholm. Patienterna överfördes till andra läkare och förskrivningarna trappades snabbt ned under 1967.*

*I juni 1967 var narkomanvårdskommittén färdig med sitt andra betänkande: "Kontrollsystemet" (SOU 1967:41). Man underströk vik-*

Tabell A. *Narkotikavanor bland inskrivningsskyldiga i Storstockholm 1967/68–1970/71 (efter Agrell et al 1970 samt förhandsuppgifter från Militärpsykologiska institutet).*

| | 1967/68 | | 1968/69 | | 1969/70 | | 1970/71 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Ickebrukare | 3124 | 79,2 | 6685 | 74,6 | 5033 | 75,9 | 3601 | 65,7 |
| Cannabismissbruk | 546 | 13,9 | 2015 | 22,5 | 1366 | 20,6 | 1789 | 32,6 |
| Peroralt missbruk | 185 | 4,7 | 165 | 1,8 | 198 | 3,0 | 39 | 0,7 |
| Injiceringsmissbruk | 87 | 2,2 | 86 | 1,0 | 33 | 0,5 | 55 | 1,0 |
| Totalt | 3942 | 100,0 | 8951 | 99,9 | 6630 | 100,0 | 5484 | 100,0 |
| Bortfall | | | | 0,4 | | 2,4 | | 3,3 |

*ten av att den internationella kontrollen utvidgades att även omfatta centralstimulantia. Man föreslog bl a att straffmaximum för grov narkotikasmuggling skulle höjas till fängelse i fyra år och att en central databearbetning skulle införas beträffande alla receptexpeditioner. "Läkare föreslås få möjlighet att erhålla besked från registret huruvida viss patient, som står under deras behandling, erhåller beroendeframkallande medel också genom annan läkare."* Internationellt redovisades kommitténs arbete av Goldberg (1968*a*).

1967–68 Vid inskrivningen till den obligatoriska militärtjänsten har sedan 1967 anonyma enkätundersökningar genomförts beträffande narkotikaerfarenhet bland inskrivningsskylidiga (män omkring 18 år gamla). Ur en sammanfattande rapport (Agrell et al 1970) återges en tabell över deklarerade narkotikavanor i Stockholm för denna population (tabell A).

Cannabismissbruket fortsatte som synes att expandera under 1968, men både det perorala tablettmissbruket och injicerandet hade minskat 1968. "Antalet individer som missbrukat narkotika mer än tio gånger är större i 1968 än i 1967 års undersökning, medan antalet engångsmissbrukare är mindre."

1967–68 skedde en omstrukturering av den illegala narkotikahandeln; många småhandlare slogs ut av välorganiserade, internationella ligor (Åkerman 1970).

1968 *(den 8 mars) antog regeringen en narkotikastrafflag som trädde i kraft redan den 1 april samma år. Brotten delades upp i tre kategorier:*

*narkotikaförseelse (straffmaximum: böter), narkotikabrott (straffmaximum: fängelse två år) och grovt narkotikabrott (straffmaximum: fängelse fyra år). Samtidigt vidtogs ändringar i varusmugglingslagen varigenom grov varusmuggling som avser narkotika bestraffades strängare: fängelse lägst sex månader, högst fyra år.*

Under våren 1968 genomfördes en enkätundersökning på ett representativt urval om 900 studenter vid Stockholms universitet höstterminen 1967 (bortfall 16 %) (Ahrens et al 1969). 21 % av männen och 15 % av kvinnorna hade använt cannabis: knappt en tredjedel vid ett tillfälle, drygt en tredjedel vid fem tillfällen eller mer, några enstaka 50 gånger eller mer. Över en tredjedel hade debuterat 1965 eller tidigare. Dubbelt så många rekryterades dock under 1967 som under något av de föregående åren. Intravenösa injektioner hade inte tagits av någon bland 491 män men av tre bland 247 kvinnor. Dessa hade injicerat under tonåren, men inte något aktuellt fall rapporterades.

*Den 3 maj 1968 beslutade socialstyrelsen att införa licensprövning vid förskrivning av "vissa centralstimulerande läkemedel (amfetamin, metylfenidat m fl)", vilket framfördes i en skrivelse till samtliga läkare den 12 juni. Från den 1 juli 1968 fick centralstimulantia endast utlämnas efter licensansökan som godkänts av socialstyrelsens vetenskapliga råd. Styrelsen förklarade att "licens kommer att beviljas i ytterst begränsad omfattning och ej för beredningar, avsedda för injektion. Licens kommer i princip inte att beviljas på indikationen narkomani".*

*Den 25–27 november anordnade socialstyrelsen ett internationellt symposium beträffande missbruk av centralstimulantia (Sjöqvist och Tottie 1969). Arrangemanget ingick som förberedelse för senare framställningar i internationella organ om utvidgad kontroll över dessa medel.*

*Den 27 december 1968 samlades regeringen till ett katastrofmöte i narkotikafrågan och ett tiopunktsprogram för kampen mot narkotikamissbruket antogs.*

1969 *Den 1 januari 1969 inledde rikspolisstyrelsen en riksomfattande offensiv mot den illegala narkotikahandeln;* se avsnittet 1.3.3, "Polisaktiviteten inom narkotikaområdet". Under mars företog Sveriges Radio en intervjuundersökning av ett representativt urval av drygt tusen personer i åldrarna mellan 15 och 70 år (bortfall 7 %, varav 2 % vägrare). 3 % uppgav sig själva ha prövat något

narkotiskt medel; 5 % bland männen, 8 % bland ungdomarna (15–24 år), 10 % bland studenterna, 8 % bland storstadsborna (SOU 1969:52, s 19).

*Den 1 april 1969 höjdes straffen för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling som avser narkotika till fängelse högst sex år, varjämte straffet för ej grov varusmuggling som avser narkotika höjdes till två år.*

*Den 7 mars antogs – försöksvis på ett år – lag om telefonavlyssning vid förundersökning angående grovt narkotikabrott: lagen har därefter förlängts. Tillstånd till telefonavlyssning kan endast medges av domstol.*

*Den 1 juli 1969 trädde en ändring av lagen om sluten psykiatrisk vård i kraft: vidgade möjligheter gavs att mot en narkotikamissbrukares vilja lägga in vederbörande för psykiatrisk vård.*

*WHO:s expertkommitté förklarade vid sammanträde i augusti 1969 (Genève) att intravenöst missbruk av centralstimulantia är av sådan typ och sådan farlighetsgrad att det bör jämställas med kokainism* (Mårtens 1970).

*I november 1969 avslutade narkomanvårdskommittén sitt arbete med en tredje rapport: "Samordnade åtgärder" (SOU 1969:52). En volym "Socialmedicinska och kliniska undersökningar" (SOU 1969:53) redovisades samtidigt. Kommittén föreslog nu en mer effektiv tillämpning av lagen om sluten psykiatrisk vård och en översyn av kungörelsen om lagens tillämpning. Man betonade vikten av en vårdkedja (uppsökande vård, öppen vård, sluten vård, eftervård) och rekommenderade specialavdelningar för narkomaner vid varje psykiatriskt sjukhus i de tre största städerna. "Kommittén framlägger ånyo förslag om receptregistrering." Goldberg (1968 a,b) har utförligt redovisat kommitténs arbete internationellt.*

1970 *FN:s narkotikakommission upprättade vid extrasession i januari ett konventionsförslag ("draft protocol") beträffande psykotropa medel, där centralstimulantia avses bli föremål för kontroll av samma typ som gäller för exempelvis kokain och morfin (Commission on Narcotic Drugs 1970).*

*Bilaga 2.*

# Tullens narkotikabeslag 1965–1972.

| | Antal beslag | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Beslagtagen narkotika | 1965<br>32 | 1966<br>22 | 1967<br>41 | 1968<br>145 | 1969<br>277 | 1970<br>638 | 1971<br>457 | 1972<br>354 |
| Cannabis | | | | | | | | |
| gram | 20 | 7 446 | 11 624 | 45 420.1 | 33 118.8 | 126 445.9 | 111 059.56 | 144 489 |
| milliliter | | | | | | | | |
| antal tabl | | | | | | | | |
| Opium | | | | | | | | |
| gram | 112 | | 16.4 | 1 120 | 119.1 | 1 103.8 | 2 559.15 | 20 |
| milliliter | | | | | | | | |
| antal tabl | | | | | 80 | | | |
| Morfinpreparat | | | | | | | | |
| gram | | | 0.3 | | | 16.8 | | |
| milliliter | | | 16 | | 71 | | | 10 |
| antal tabl | | | | | 710 | | 8 | 297 |
| Heroin | | | | | | | | |
| gram | | | | 0.7 | | | | |
| milliliter | | | | | | | | |
| antl tabl | | | | | | | | |
| Amfetamin | | | | | | | | |
| gram | | | 4 302.63 | 77.45 | 1 708.5 | 3.57 | 1.26 | 1 009 |
| milliliter | | | | | 1 | | 25 | |
| antal tabl | 1 848 | 424 | 4 427 | 3 125 | 5 926 | 4 054 | 4 314 | 4 019 |
| Fenmetralin | | | | | | | | |
| gram | | | | | 2 228.1 | 4 387.5 | 4 217 | 14 019 |
| milliliter | | | | | | | | |
| antal tabl | 15 101 | 40 666 | 124 675 | 76 454 | 1 715 | 6 069 | 1 492 | 390 |
| Metylfenidat | | | | | | | | |
| gram | | | | | | | | |
| milliliter | | | | | | | | |
| antal tabl | 10 050 | 354 | 412 | 126 467 | 275 | 102 | 129 | 45 |
| LSD | | | | | | | | |
| microgram | | | | | 100 | 13 650 | | |
| milliliter | | | | | | | | |
| antal tabl | | | | | 1 614 | 3 654 | 2 589 | 2 098 |
| STP (gift) | | | | | | | | |
| gram | | | | | 0.7 | | | |
| Meskalin | | | | | | | | |
| gram | | | | | | 8.7 | | |
| antal tabl | | | | | 13 | | | |

*Bilaga 3.*

# Sjukhusförfrågning

KAROLINSKA INSTITUTET
Socialmedicinska institutionen
Industrivägen 13
Stockholm 60
Tel: 23 69 00

Till

Beträffande

Rubricerade patient ingår i en epidemiologisk undersökning av intravenöst medicinmissbruk. Vid kroppsbesiktning den / 19 företeddes patienten märken efter venpunktioner och uppgav att detta/dessa emanerade från provtagning/blodgivning hos Er den / 19 .

Jag tar tacksam för att få patientens uppgifter bekräftade eller vederlagda. Noteringar beträffande patienten göres enklast på denna skrivelse, som därefter returneras.

Stockholm den / 19 .

/Nils Bejerot/
forskningsläkare i narkomani vid statens medicinska forskningsråd

SVAR:

*Bilaga 4.*

# Representativitet: Tabeller över vissa jämförelser mellan stickmärkesundersökningen och case-findingstudien 1967.

Bilaga 4 A. *Jämförelser mellan stickmärkesundersökningen (SMU) och case-findingstudien (CFS): Antal, medelålder och medelålderns medelfel i olika material och fraktioner samt signifikans för gjorda jämförelser.*[1]

| Beteckning[2] | Fraktion | Antal | Medelålder | Medelfel | Jämföres | Medeldiff. | Signifikans |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Män* | | | | | | |
| C | Fall samtidigt rapporterade från SMU½ och annan källa | 379 | 26.5 | 0.4 | C & D | −0.9 | – |
| F | Fall okända i SMU4 | 405 | 25.6 | 0.5 | C & F | 0.9 | – |
| D | Fall exklusivt rapporterade från SMU½ | 253 | 27.4 | 0.5 | D & F | 1.8 | * |
| C+D | SMU½:s bidrag till CFS | 632 | 26.9 | 0.3 | (C+D) & F | 1.3 | * |
| C+D+E | Fall rapporterade i CFS och kända i SMU4 | 1 073 | 26.5 | 0.2 | (C+D+E) & F | 0.9 | * |
| | *Kvinnor* | | | | | | |
| C | Fall samtidigt rapporterade från SMU½ och annan källa | 80 | 24.5 | 0.8 | C & D | 2.2 | * |
| F | Fall okända i SMU4 | 173 | 21.8 | 0.5 | C & F | 2.7 | ** |
| D | Fall exklusivt rapporterade från SMU½ | 80 | 22.3 | 0.7 | D & F | 0.5 | – |
| C+D | SMU½:s bidrag till CFS | 160 | 23.4 | 0.5 | (C+D) & F | 1.6 | * |
| C+D+E | Fall rapporterade i CFS och kända i SMU4 | 298 | 24.1 | 0.4 | (C+D+E) & F | 2.3 | ** |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man pga bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).

[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilgaga 4 B. *Case-finding-studien: Venndiagram och beteckningar för material i följande tabellredovisningar av differenser mellan fraktioner av olika rapporteringskällor i case-finding-studien (CFS) och delar av stickmärkesundersökningen (SMU).*

| Rapporteringskälla eller fraktion | | Jämföres med | |
|---|---|---|---|
| Beteckning[1] | Material | Beteckning[1] | Material |
| $R$ | Hela rapporteringskällan | $C+D-r_1$ | Samtliga fall i SMU½ exklusive de från rapporteringskällan samtidigt rapporterade fallen |
| $r_1$ | Rapporteringskällans fall samtidigt observerade i SMU½ | $C+D-r_1$ | Samtliga fall i SMU½ exklusive de från rapporteringskällan samtidigt rapporterade fallen |
| $r_2$ | Rapporteringskällans fall kända i SMU4 före eller efter case-finding-perioden | $E-r_2$ | Motsvarande fall i SMU4 från övriga case-finding-källor utom vederbörande rapporteringskälla |
| $r_3$ | Rapporteringskällans fall okända i SMU4 | $F-r_3$ | Alla övriga fall i CFS okända i SMU4 |
| $r_3$ | Rapporteringskällans fall okända i SMU4 | $r_1$ | Rapporteringskällans fall samtidigt observerade i SMU½ |

[1] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91.

Bilaga 4 C. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från Roslagstulls sjukhus och stickmärkesundersökningen.*

| Roslagstulls sjukhus | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 311 | 22.0 | 0.3 | C+D−$r_1$ | 546 | 27.2 | 0.3 | −5.2 | *** |
| $r_1$ | 76 | 21.8 | 0.6 | C+D−$r_1$ | 546 | 27.2 | 0.3 | −5.4 | *** |
| $r_2$ | 109 | 22.0 | 0.5 | E−$r_2$ | 323 | 26.9 | 0.3 | −4.9 | *** |
| $r_3$ | 126 | 22.1 | 0.4 | F−$r_3$ | 254 | 24.8 | 0.4 | −2.7 | *** |
| $r_3$ | 126 | 22.1 | 0.4 | $r_1$ | 76 | 21.8 | 0.6 | 0.3 | – |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 D. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från Roslagstulls sjukhus och stickmärkesundersökningen.*[1]

| Roslagstulls sjukhus | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 105 | 20.1 | 0.4 | C+D−$r_1$ | 145 | 23.9 | 0.6 | −3.8 | *** |
| $r_1$ | 15 | 19.2 | 0.7 | C+D−$r_1$ | 145 | 23.9 | 0.6 | −4.7 | ** |
| $r_2$ | 27 | 21.0 | 1.0 | E−$r_2$ | 108 | 25.1 | 0.7 | −4.1 | ** |
| $r_3$ | 63 | 20.0 | 0.5 | F−$r_3$ | 106 | 21.7 | 0.5 | −1.7 | * |
| $r_3$ | 63 | 20.0 | 0.5 | $r_1$ | 15 | 19.2 | 0.7 | 0.8 | – |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 E. *Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från Roslagstulls sjukhus och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen.*[1]

| Roslagstulls sjukhus | | Stickmärkesundersökningen | | |
|---|---|---|---|---|
| Källa[2] Källfraktion | Könskvot Män/Kvinnor | SMU[1/2] | Könskvot Män/Kvinnor | Signifikans |
| $R$ | 2.96<br>311/105 | C+D−$r_1$ | 3.77<br>546/145 | – |
| $r_1$ | 5.07<br>76/15 | C+D−$r_1$ | 3.77<br>546/145 | – |
| $r_2$ | 4.03<br>109/27 | E−$r_2$ | 2.99<br>323/108 | – |
| $r_3$ | 2.00<br>126/63 | F−$r_3$ | 2.40<br>254/106 | – |
| $r_3$ | 2.00<br>126/63 | $r_1$ | 5.07<br>76/15 | ** |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 73).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 F. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från socialnämnden i Stockholm och stickmärkesundersökningen.*[1]

| Socialnämnden i Stockholm | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 167 | 27.3 | 0.5 | C+D−$r_1$ | 570 | 26.4 | 0.3 | 0.9 | – |
| $r_1$ | 52 | 28.1 | 0.9 | C+D−$r_1$ | 570 | 26.4 | 0.3 | 1.7 | – |
| $r_2$ | 75 | 28.1 | 0.8 | E−$r_2$ | 357 | 25.1 | 0.3 | 3.0 | *** |
| $r_3$ | 40 | 24.8 | 1.1 | F−$r_3$ | 340 | 23.8 | 0.3 | 1.0 | – |
| $r_3$ | 40 | 24.8 | 1.1 | $r_1$ | 52 | 28.1 | 0.9 | −3.3 | * |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 G. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från socialnämnden i Stockholm och stickmärkesundersökningen.*

| Socialnämnden i Stockholm | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 69 | 24.9 | 0.6 | C+D−$r_1$ | 145 | 23.9 | 0.6 | 1.0 | − |
| $r_1$ | 16 | 24.9 | 1.2 | C+D−$r_1$ | 145 | 23.9 | 0.6 | 1.0 | − |
| $r_2$ | 24 | 27.0 | 1.1 | E−$r_2$ | 111 | 23.7 | 0.7 | 3.3 | * |
| $r_3$ | 29 | 23.2 | 0.9 | F−$r_3$ | 140 | 20.6 | 0.4 | 2.6 | ** |
| $r_3$ | 29 | 23.2 | 0.9 | $r_1$ | 16 | 24.9 | 1.2 | 2.6 | − |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 H. *Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från socialnämnden i Stockholm och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen.*[1]

| Socialnämnden i Stockholm | | Stickmärkesundersökningen | | |
|---|---|---|---|---|
| Källa[2] Källfraktion | Könskvot Män/Kvinnor | SMU½ | Könskvot Män/Kvinnor | Signifikans |
| $R$ | 2.42<br>167/69 | C+D−$r_1$ | 3.93<br>570/145 | ** |
| $r_1$ | 3.25<br>52/16 | C+D−$r_1$ | 3.93<br>570/145 | − |
| $r_2$ | 3.13<br>75/24 | E−$r_2$ | 3.22<br>357/111 | − |
| $r_3$ | 1.38<br>40/29 | F−$r_3$ | 2.43<br>340/140 | * |
| $r_3$ | 1.38<br>40/29 | $r_1$ | 3.25<br>52/16 | * |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 I. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan män rapporterade från psykiatriska sjukhus och stickmärkesundersökningen.*[1]

| Psykiatriska sjukhus | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 127 | 29.7 | 0.6 | C+D−$r_1$ | 593 | 26.5 | 0.3 | 3.2 | *** |
| $r_1$ | 29 | 27.8 | 1.4 | C+D−$r_1$ | 593 | 26.5 | 0.3 | 1.3 | – |
| $r_2$ | 54 | 29.9 | 0.7 | E−$r_2$ | 378 | 25.0 | 0.3 | 4.9 | *** |
| $r_3$ | 38 | 30.0 | 1.1 | F−$r_3$ | 342 | 23.2 | 0.3 | 6.8 | *** |
| $r_3$ | 38 | 30.0 | 1.1 | $r_1$ | 29 | 27.8 | 1.4 | 2.2 | – |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilaga 4 J. *Case-finding-studien: Jämförelser mellan kvinnor rapporterade från psykiatriska sjukhus och stickmärkesundersökningen.*

| Psykiatriska sjukhus | | | | Stickmärkesundersökningen | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Material | | | | Material | | | | |
| Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Beteckning[2] | Antal | Medelålder | Medelfel | Medeldifferens | Signifikans |
| $R$ | 51 | 25.0 | 0.8 | C+D−$r_1$ | 147 | 23.2 | 0.5 | 1.8 | – |
| $r_1$ | 13 | 25.4 | 0.9 | C+D−$r_1$ | 147 | 23.2 | 0.5 | 2.2 | – |
| $r_2$ | 25 | 25.3 | 1.0 | E−$r_2$ | 110 | 24.1 | 0.7 | 1.2 | – |
| $r_3$ | 13 | 23.8 | 1.8 | F−$r_3$ | 156 | 20.8 | 0.4 | 3.0 | * |
| $r_3$ | 13 | 23.8 | 1.8 | $r_1$ | 13 | 25.4 | 0.9 | −1.6 | – |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

Bilga 4 K. *Case-finding-studien: Könskvoter och absoluta frekvenser för män och kvinnor rapporterade från psykiatriska sjukhus och fraktioner därav versus stickmärkesundersökningen.* [1]

| Psykiatriska sjukhus | | Stickmärkesundersökningen | | |
|---|---|---|---|---|
| Källa[2] Källfraktion | Könskvot Män/Kvinnor | SMU½ | Könskvot Män/Kvinnor | Signifikans |
| $R$ | 2.49<br>127/51 | C+D−$r_1$ | 4.03<br>593/147 | * |
| $r_1$ | 2.23<br>29/13 | C+D−$r_1$ | 4.03<br>593/147 | – |
| $r_2$ | 2.16<br>54/25 | E−$r_2$ | 3.44<br>378/110 | – |
| $r_3$ | 2.92<br>38/13 | F−$r_3$ | 2.19<br>342/156 | – |
| $r_3$ | 2.92<br>38/13 | $r_1$ | 2.23<br>29/13 | – |

[1] Jämförelserna i bilaga 4 har begränsats till fallen under 45 år, då man p g a bristande personalresurser ursprungligen måste arbeta med denna begränsning i SMU (se sid 74).
[2] Beträffande bokstavsbeteckningar se fig 3 s 91 och bilaga 4 B.

*Bilaga 5*

Bilaga 5 AB. *Omhändertaganden av finska medborgare enligt olika anledningar 1965–1970.*

A=arresttillfällen, I=berörda individer

| Anledning till omhändertagande | | Totalt | Under-sökta[1] | Miss-brukare | Missbru-kare i % | Ej under-sökta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *A Män* | | | | | | |
| Brott m m (se s 76) | A | 3 504 | 3 149 | 227 | 7 | 355 |
| | I | 2 287 | 2 113 | 97 | 5 | 174 |
| Barnavårdslagen | A | 21 | 18 | 4 | 22 | 3 |
| | I | 14 | 13 | 2 | 15 | 1 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 706 | 481 | 8 | 2 | 225 |
| | I | 433 | 311 | 6 | 2 | 122 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall[2] | A | 4 | 2 | 1 | 50 | 2 |
| | I | 4 | 2 | 1 | 50 | 2 |
| Utlänningslagen | A | 2 321 | 2 003 | 19 | 1 | 318 |
| | I | 1 978 | 1 724 | 16 | 1 | 254 |
| Övriga omhändertaganden | A | 170 | 106 | 1 | 1 | 64 |
| Totalt | A | 6 726 | 5 759 | 260 | 4.5 | 967 |
| *B Kvinnor* | | | | | | |
| Brott m m (se s 76) | A | 507 | 440 | 58 | 14 | 67 |
| | I | 395 | 353 | 27 | 8 | 42 |
| Barnavårdslagen | A | 23 | 23 | 6 | 26 | 0 |
| | I | 19 | 19 | 4 | 21 | 0 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 35 | 25 | 0 | 0 | 10 |
| | I | 18 | 12 | 0 | 0 | 6 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall | A | 79 | 55 | 10 | 18 | 24 |
| | I | 55 | 44 | 7 | 16 | 11 |
| Utlänningslagen | A | 294 | 257 | 8 | 3 | 37 |
| | I | 252 | 225 | 8 | 4 | 27 |
| Övriga omhändertaganden | A | 69 | 45 | 2 | 4 | 24 |
| Totalt | A | 1 007 | 845 | 84 | 9.9 | 162 |

[1] Ett mindre antal vägrare och fall klassade för "misstänkt missbruk" ingår bland de undersökta medan procenten missbrukare beräknats på nettot icke-missbrukare och missbrukare sammantagna.

[2] Män omhändertagna för psykiatrisk undersökning förs vanligen till närmaste distriktsstation, endast undantagsvis till polishuset.

Bilaga 5 CD. *Omhändertaganden av utländska medborgare exklusive finska medborgare enligt olika anledningar 1965–1970.*

A=arresttillfällen, I=berörda individer

| Anledning till omhändertagande | | Totalt | Under-sökta[1] | Miss-brukare | Missbru-kare i % | Ej under-sökta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *C Män* | | | | | | |
| Brott m m (se s 76) | A | 3 323 | 2 981 | 194 | 7 | 342 |
| | I | 2 563 | 2 352 | 68 | 3 | 211 |
| Barnavårdslagen | A | 12 | 12 | 3 | 25 | 0 |
| | I | 10 | 10 | 2 | 20 | 0 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 66 | 39 | 1 | 3 | 27 |
| | I | 47 | 34 | 1 | 3 | 13 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall[2] | A | 7 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| | I | 7 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| Utlänningslagen | A | 1 195 | 1 104 | 14 | 1 | 91 |
| | I | 1 083 | 1 008 | 12 | 1 | 75 |
| Övriga omhändertaganden | A | 81 | 49 | 1 | 2 | 32 |
| Totalt | A | 4 684 | 4 191 | 213 | 5.1 | 493 |
| *D Kvinnor* | | | | | | |
| Brott m m (se s 76) | A | 272 | 234 | 31 | 14 | 38 |
| | I | 228 | 197 | 9 | 5 | 31 |
| Barnavårdslagen | A | 11 | 7 | 2 | 29 | 4 |
| | I | 9 | 7 | 2 | 29 | 2 |
| Nykterhetsvårdslagen | A | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | I | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall | A | 30 | 21 | 1 | 5 | 9 |
| | I | 26 | 19 | 1 | 5 | 7 |
| Utlänningslagen | A | 203 | 193 | 14 | 7 | 10 |
| | I | 170 | 162 | 9 | 6 | 8 |
| Övriga omhändertaganden | A | 18 | 16 | 0 | 0 | 2 |
| Totalt | A | 536 | 473 | 48 | 10.1 | 63 |

[1] Ett mindre antal vägrare och fall klassade för "misstänkt missbruk" ingår bland de undersökta medan procenten missbrukare beräknats på nettot icke-missbrukare och missbrukare sammantagna.

[2] Män omhändertagna för psykiatrisk undersökning förs vanligen till närmaste distriktsstation, endast undantagsvis till polishuset.

Bilaga 5 E. *Procentuell andel manliga missbrukare av intravenös typ (svenska medborgare) gripna för brott m m per kvartal beräknad på arresttillfällen och på berörda individer vid minimering respektive maximering av missbruksförekomsten samt vid den mellersta observationen.*

| Narkotika-politik | År och kvartal | Arresttillfällen[1] | | | Individer | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Missbrukare | | | Ej missbrukare | | | Missbrukare i % | | |
| | | Miss-bruk *N* | Ej miss-bruk *N* | Miss-bruk (%) | Min *N* | Med *N* | Max *N* | Min *N* | Med *N* | Max *N* | Min[2] (%) | Med[2] (%) | Max[2] (%) |
| Liberal | 1965 II | 150 | 663 | 18.5 | 123 | 125 | 130 | 618 | 593 | 609 | 16.6 | 17.4 | 17.6 |
| | III | 192 | 799 | 19.4 | 142 | 143 | 159 | 733 | 701 | 714 | 16.2 | 16.9 | 18.2 |
| | IV | 188 | 614 | 23.4 | 158 | 160 | 167 | 576 | 558 | 566 | 21.5 | 22.3 | 22.8 |
| | 1966 I | 179 | 695 | 20.5 | 157 | 153 | 162 | 652 | 641 | 647 | 19.4 | 19.3 | 20.0 |
| | II | 231 | 758 | 23.4 | 190 | 193 | 198 | 691 | 675 | 682 | 21.6 | 22.2 | 22.5 |
| | III | 263 | 857 | 23.5 | 218 | 217 | 231 | 793 | 779 | 780 | 21.6 | 21.8 | 22.8 |
| | IV | 283 | 714 | 28.4 | 239 | 236 | 246 | 658 | 644 | 652 | 26.6 | 26.8 | 27.4 |
| | 1967 I | 385 | 813 | 32.1 | 306 | 310 | 319 | 744 | 732 | 735 | 29.1 | 29.8 | 30.3 |
| | II | 507 | 911 | 35.8 | 378 | 386 | 403 | 820 | 808 | 804 | 31.6 | 32.3 | 33.4 |
| Traditionellt restriktiv | III | 521 | 851 | 38.0 | 396 | 396 | 410 | 772 | 755 | 765 | 33.9 | 34.4 | 34.9 |
| | IV | 458 | 800 | 36.4 | 351 | 352 | 368 | 732 | 717 | 717 | 32.4 | 32.9 | 33.9 |
| | 1968 I | 479 | 791 | 37.7 | 363 | 358 | 383 | 714 | 696 | 696 | 33.7 | 34.0 | 35.5 |
| | II | 508 | 818 | 38.3 | 409 | 409 | 421 | 747 | 732 | 736 | 35.4 | 35.8 | 36.4 |
| | III | 699 | 936 | 42.8 | 486 | 483 | 510 | 843 | 816 | 822 | 36.6 | 37.2 | 38.3 |
| | IV | 611 | 848 | 41.9 | 450 | 448 | 474 | 769 | 746 | 746 | 36.9 | 37.5 | 38.9 |
| Extra restriktiv | 1969 I | 489 | 803 | 37.8 | 378 | 375 | 395 | 750 | 718 | 733 | 33.5 | 34.3 | 35.0 |
| | II | 512 | 895 | 36.4 | 384 | 386 | 408 | 815 | 781 | 790 | 32.2 | 33.1 | 34.1 |
| | III | 761 | 891 | 46.1 | 560 | 551 | 582 | 805 | 789 | 784 | 41.2 | 41.1 | 42.6 |
| | IV | 551 | 825 | 40.0 | 429 | 418 | 446 | 753 | 729 | 736 | 36.3 | 36.4 | 37.7 |
| | 1970 I | 385 | 768 | 33.4 | 307 | 308 | 330 | 699 | 681 | 676 | 30.5 | 31.1 | 32.8 |
| | II | 518 | 924 | 35.9 | 404 | 406 | 424 | 832 | 815 | 813 | 32.7 | 33.3 | 34.3 |

[1] Arrestanter noterade för "misstänkt missbruk" eller vägran att medverka är inte inräknade.

[2] Beträffande kriterier se s 78.

Bilaga 5 F. *Procentuell andel kvinnliga missbrukare av intravenös typ (svenska medborgare) gripna för brott m m per kvartal beräknad på arresttillfällen och på berörda individer vid minimering respektive maximering av missbruksförekomsten samt vid den mellersta observationen.*

| Narkotika-politik | År och kvartal | Arresttillfällen[1] | | | Individer | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Missbrukare | | | Ej missbrukare | | | Missbrukare i % | | |
| | | Miss-bruk *N* | Ej miss-bruk *N* | Miss-bruk (%) | Min *N* | Med *N* | Max *N* | Min *N* | Med *N* | Max *N* | Min[2] (%) | Med[2] (%) | Max (%) |
| Liberal | 1965 II | 46 | 101 | 31.3 | 37 | 37 | 38 | 93 | 92 | 92 | 28.5 | 28.7 | 29.2 |
| | III | 85 | 87 | 49.4 | 67 | 67 | 69 | 83 | 80 | 81 | 44.7 | 45.6 | 46.0 |
| | IV | 81 | 73 | 52.6 | 60 | 57 | 62 | 72 | 70 | 71 | 45.5 | 44.9 | 46.6 |
| | 1966 I | 78 | 99 | 44.1 | 64 | 66 | 67 | 91 | 86 | 88 | 41.3 | 43.4 | 43.2 |
| | II | 52 | 88 | 37.1 | 45 | 44 | 45 | 87 | 87 | 87 | 34.1 | 33.6 | 34.1 |
| | III | 82 | 121 | 40.4 | 63 | 63 | 68 | 108 | 105 | 103 | 36.8 | 37.5 | 39.8 |
| | IV | 85 | 93 | 47.8 | 69 | 68 | 71 | 87 | 86 | 86 | 44.2 | 44.2 | 45.2 |
| | 1967 I | 115 | 104 | 52.5 | 93 | 93 | 97 | 98 | 97 | 96 | 48.7 | 48.9 | 50.3 |
| | II | 118 | 105 | 52.9 | 88 | 90 | 95 | 92 | 88 | 88 | 48.9 | 50.6 | 51.9 |
| Traditionellt restriktiv | III | 140 | 115 | 54.9 | 106 | 107 | 112 | 104 | 101 | 98 | 50.5 | 51.4 | 53.3 |
| | IV | 115 | 93 | 55.3 | 96 | 94 | 97 | 85 | 83 | 84 | 53.0 | 53.1 | 53.6 |
| | 1968 I | 152 | 91 | 62.6 | 114 | 113 | 119 | 84 | 81 | 80 | 57.6 | 58.2 | 59.8 |
| | II | 130 | 81 | 61.6 | 106 | 102 | 111 | 73 | 70 | 68 | 59.2 | 59.3 | 62.0 |
| | III | 164 | 114 | 59.0 | 125 | 125 | 131 | 107 | 102 | 101 | 53.9 | 55.1 | 56.5 |
| | IV | 146 | 97 | 60.1 | 111 | 105 | 112 | 89 | 87 | 87 | 55.5 | 54.7 | 56.3 |
| Extra restriktiv | 1969 I | 157 | 95 | 62.3 | 125 | 117 | 126 | 84 | 83 | 83 | 59.8 | 58.5 | 60.3 |
| | II | 158 | 77 | 67.2 | 112 | 111 | 115 | 71 | 65 | 67 | 61.2 | 63.1 | 63.2 |
| | III | 212 | 131 | 61.8 | 143 | 146 | 150 | 117 | 107 | 111 | 55.0 | 57.7 | 57.5 |
| | IV | 193 | 101 | 65.6 | 130 | 126 | 133 | 96 | 96 | 94 | 57.5 | 56.8 | 58.6 |
| | 1970 I | 119 | 72 | 62.3 | 89 | 89 | 96 | 68 | 63 | 62 | 56.7 | 58.6 | 60.8 |
| | II | 159 | 113 | 58.5 | 108 | 107 | 111 | 106 | 105 | 103 | 50.5 | 50.5 | 51.9 |

[1] Arrestanter noterade för "misstänkt missbruk" eller vägran att medverka är inte inräknade.

[2] Beträffande kriterier se s 78.

Bilaga 5 Ga. *Antal arresttillfällen kvartalsvis för män (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m*[1]*; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel.*

| | Ålder | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <15 | | | 15–19 | | | 20–24 | | | 25–29 | | |
| Kvartal | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965 II | 2 | – | – | 215 | 8 | 3.6 | 167 | 64 | 27.7 | 95 | 53 | 35.8 |
| III | 1 | – | – | 267 | 21 | 7.3 | 213 | 73 | 25.5 | 92 | 45 | 32.8 |
| IV | 6 | – | – | 197 | 21 | 9.6 | 146 | 71 | 32.7 | 88 | 39 | 30.7 |
| 1966 I | 7 | – | – | 199 | 19 | 8.7 | 185 | 63 | 25.4 | 95 | 46 | 32.6 |
| II | 2 | – | – | 216 | 28 | 11.5 | 211 | 65 | 23.6 | 107 | 64 | 37.4 |
| III | 2 | – | – | 254 | 36 | 12.4 | 209 | 84 | 28.7 | 122 | 67 | 35.4 |
| IV | 6 | – | – | 224 | 48 | 17.6 | 172 | 84 | 32.8 | 86 | 61 | 41.5 |
| 1967 I | 11 | 1 | 8.3 | 257 | 63 | 19.7 | 161 | 118 | 42.3 | 103 | 75 | 42.1 |
| II | 14 | – | – | 284 | 109 | 27.7 | 205 | 134 | 39.5 | 95 | 109 | 53.4 |
| III | 10 | – | – | 242 | 119 | 33.0 | 213 | 147 | 40.8 | 101 | 106 | 51.2 |
| IV | 2 | – | – | 223 | 103 | 31.6 | 203 | 133 | 39.6 | 105 | 108 | 50.7 |
| 1968 I | 7 | – | – | 208 | 73 | 26.0 | 166 | 144 | 46.5 | 120 | 124 | 50.8 |
| II | 6 | 1 | 14.3 | 277 | 124 | 30.9 | 171 | 154 | 47.4 | 85 | 101 | 54.3 |
| III | 14 | – | – | 323 | 150 | 31.7 | 187 | 186 | 49.9 | 116 | 166 | 58.9 |
| IV | 18 | – | – | 278 | 136 | 32.9 | 168 | 177 | 51.3 | 95 | 133 | 58.3 |
| 1969 I | 27 | – | – | 257 | 98 | 27.6 | 193 | 150 | 43.7 | 96 | 110 | 53.4 |
| II | 16 | – | – | 316 | 91 | 22.4 | 202 | 162 | 44.5 | 115 | 114 | 49.8 |
| III | 23 | 2 | 8.0 | 253 | 148 | 36.9 | 221 | 224 | 50.3 | 132 | 182 | 58.0 |
| IV | 6 | 1 | 14.3 | 263 | 95 | 26.5 | 196 | 162 | 45.3 | 124 | 145 | 53.9 |
| 1970 I | 7 | – | – | 257 | 70 | 21.4 | 165 | 113 | 40.6 | 108 | 113 | 51.1 |
| II | 9 | – | – | 355 | 99 | 21.8 | 207 | 140 | 40.3 | 121 | 127 | 51.2 |

[1] Beträffande kategorier se s 76.

Bilaga 5 Gb. *Antal arresttillfällen kvartalsvis för män (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m*[1]*; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel.*

| | Ålder | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30–34 | | | 35–39 | | | 40–44 | | | >45 | | |
| Kvartal | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965 II | 96 | 21 | 17.9 | 48 | 4 | 7.7 | 40 | – | – | 663 | 150 | 18.5 |
| III | 87 | 30 | 25.6 | 114 | 22 | 16.2 | 22 | 1 | 4.3 | 796 | 192 | 19.4 |
| IV | 71 | 34 | 32.4 | 82 | 20 | 19.6 | 24 | 3 | 11.1 | 614 | 188 | 23.4 |
| 1966 I | 87 | 28 | 24.3 | 93 | 19 | 17.0 | 29 | 4 | 12.1 | 695 | 179 | 20.5 |
| II | 85 | 37 | 30.3 | 101 | 32 | 24.1 | 36 | 5 | 12.2 | 758 | 231 | 23.4 |
| III | 93 | 32 | 25.6 | 132 | 29 | 18.0 | 45 | 15 | 25.0 | 857 | 263 | 23.5 |
| IV | 92 | 45 | 32.8 | 85 | 33 | 28.0 | 49 | 12 | 19.7 | 714 | 283 | 28.4 |
| 1967 I | 92 | 63 | 40.6 | 79 | 39 | 33.1 | 110 | 26 | 19.1 | 813 | 385 | 32.1 |
| II | 98 | 60 | 38.0 | 105 | 53 | 33.5 | 110 | 42 | 27.6 | 911 | 507 | 35.8 |
| III | 88 | 60 | 40.5 | 97 | 54 | 35.8 | 100 | 35 | 25.9 | 851 | 521 | 38.0 |
| IV | 81 | 55 | 40.4 | 97 | 43 | 30.7 | 89 | 16 | 15.2 | 800 | 458 | 36.4 |
| 1968 I | 82 | 68 | 45.3 | 98 | 46 | 31.9 | 110 | 24 | 17.9 | 793 | 479 | 37.7 |
| II | 79 | 70 | 47.0 | 99 | 36 | 26.7 | 101 | 22 | 17.9 | 818 | 507 | 38.3 |
| III | 97 | 93 | 48.9 | 104 | 70 | 40.2 | 95 | 34 | 26.4 | 936 | 699 | 42.8 |
| IV | 88 | 73 | 45.3 | 104 | 50 | 32.5 | 97 | 42 | 30.2 | 848 | 611 | 41.9 |
| 1969 I | 70 | 61 | 46.6 | 70 | 33 | 32.0 | 90 | 37 | 29.1 | 803 | 489 | 37.8 |
| II | 91 | 66 | 42.0 | 79 | 47 | 37.3 | 76 | 32 | 29.6 | 895 | 512 | 36.4 |
| III | 98 | 99 | 50.3 | 84 | 57 | 40.4 | 80 | 49 | 38.0 | 891 | 759 | 46.1 |
| IV | 70 | 71 | 50.4 | 78 | 42 | 35.0 | 88 | 35 | 28.5 | 825 | 550 | 40.0 |
| 1970 I | 85 | 48 | 36.1 | 79 | 21 | 21.0 | 67 | 20 | 23.0 | 768 | 385 | 33.4 |
| II | 70 | 79 | 53.0 | 80 | 37 | 31.6 | 82 | 36 | 30.5 | 924 | 518 | 35.9 |

[1] Beträffande kriterier se s 76.

Bilaga 5 Ha. *Antal arresttillfällen kvartalsvis för kvinnor (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m*[1]*; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel.*

| | Ålder | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | <15 | | | 15–19 | | | 20–24 | | | 25–29 | | |
| Kvartal | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss, bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965 II | 6 | – | – | 52 | 12 | 18.8 | 17 | 23 | 57.5 | 12 | 4 | 25.0 |
| III | 1 | – | – | 44 | 22 | 33.3 | 22 | 35 | 61.4 | 9 | 15 | 62.5 |
| IV | 3 | – | – | 30 | 20 | 40.0 | 15 | 36 | 70.6 | 12 | 12 | 50.0 |
| 1966 I | 8 | – | – | 50 | 29 | 36.7 | 18 | 29 | 61.7 | 11 | 8 | 42.1 |
| II | 7 | – | – | 43 | 18 | 29.5 | 12 | 23 | 65.7 | 5 | 6 | 54.5 |
| III | 15 | 2 | 11.8 | 60 | 29 | 32.6 | 16 | 29 | 64.4 | 7 | 11 | 61.1 |
| IV | 6 | 1 | 14.3 | 54 | 31 | 36.5 | 16 | 26 | 61.9 | 7 | 18 | 72.0 |
| 1967 I | 12 | – | – | 48 | 49 | 50.5 | 17 | 37 | 68.5 | 5 | 15 | 75.0 |
| II | 8 | 2 | 20.0 | 56 | 61 | 52.1 | 21 | 29 | 58.0 | 8 | 11 | 57.9 |
| III | 11 | 1 | 8.3 | 50 | 57 | 53.3 | 21 | 54 | 72.0 | 11 | 14 | 56.0 |
| IV | 7 | 3 | 30.0 | 39 | 48 | 55.2 | 14 | 31 | 68.9 | 16 | 16 | 50.0 |
| 1968 I | 4 | – | – | 41 | 65 | 61.3 | 21 | 40 | 65.6 | 12 | 26 | 68.4 |
| II | 8 | 2 | 20.0 | 44 | 52 | 54.2 | 10 | 44 | 81.5 | 3 | 16 | 84.2 |
| III | 7 | 2 | 22.2 | 60 | 56 | 48.3 | 23 | 60 | 72.3 | 7 | 26 | 78.8 |
| IV | 7 | 2 | 22.2 | 56 | 46 | 45.1 | 15 | 42 | 73.7 | 9 | 31 | 77.5 |
| 1969 I | 10 | 1 | 9.1 | 47 | 59 | 55.7 | 18 | 44 | 71.0 | 9 | 35 | 79.5 |
| II | 6 | 3 | 33.3 | 30 | 63 | 67.7 | 12 | 30 | 71.4 | 9 | 35 | 79.5 |
| III | 20 | 6 | 23.1 | 46 | 90 | 66.2 | 26 | 57 | 68.7 | 17 | 31 | 64.6 |
| IV | 7 | 2 | 22.2 | 44 | 73 | 62.4 | 19 | 53 | 73.6 | 13 | 39 | 75.0 |
| 1970 I | 10 | I | 9.1 | 34 | 55 | 61.8 | 14 | 31 | 68.9 | 7 | 27 | 79.4 |
| II | 9 | 2 | 18.2 | 47 | 55 | 53.9 | 18 | 46 | 71.9 | 13 | 29 | 69.0 |

[1] Beträffande kriterier se s 76.

Bilaga 5 Hb. *Antal arresttillfällen kvartalsvis för kvinnor (svenska medborgare) omhändertagna för brott m m*[1]*; fördelning efter ålder och tecken på missbruk av intravenös typ samt missbruksfallens procentuella andel.*

| | Ålder | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30–34 | | | 35–39 | | | 40–44 | | | >45 | | |
| Kvartal | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 | 1 Ej miss-bruk *N* | 2 Miss-bruk *N* | 3 2 i % av 1+2 |
| 1965 II | 7 | 5 | 41.7 | 2 | 1 | 33.3 | 5 | 1 | 16.7 | 101 | 46 | 31.3 |
| III | 4 | 6 | 60.0 | 5 | 7 | 58.3 | 2 | – | – | 87 | 85 | 49.4 |
| IV | 6 | 8 | 57.1 | 4 | 4 | 50.0 | 2 | 1 | 33.3 | 72 | 81 | 52.9 |
| 1966 I | 7 | 5 | 41.7 | 3 | 5 | 62.5 | 2 | 2 | 50.0 | 99 | 78 | 44.1 |
| II | 5 | 2 | 28.6 | 14 | 1 | 6.7 | 2 | 2 | 50.0 | 88 | 52 | 37.1 |
| III | 7 | 5 | 41.7 | 14 | 2 | 12.5 | 2 | 4 | 66.7 | 121 | 82 | 40.4 |
| IV | 3 | 4 | 57.1 | 5 | 4 | 44.4 | 2 | 1 | 33.3 | 93 | 85 | 47.8 |
| 1967 I | 8 | 4 | 33.3 | 9 | 7 | 43.8 | 5 | 3 | 37.5 | 104 | 115 | 52.5 |
| II | 3 | 6 | 66.7 | 4 | 6 | 60.0 | 5 | 3 | 37.5 | 105 | 118 | 52.9 |
| III | 3 | 3 | 50.0 | 10 | 5 | 33.3 | 9 | 6 | 40.0 | 115 | 140 | 54.9 |
| IV | 5 | 6 | 54.5 | 5 | 6 | 54.5 | 7 | 5 | 41.7 | 93 | 115 | 55.3 |
| 1968 I | 3 | 9 | 75.0 | 6 | 5 | 45.5 | 4 | 7 | 63.6 | 91 | 152 | 62.6 |
| II | 6 | 3 | 33.3 | 4 | 7 | 63.6 | 6 | 6 | 50.0 | 81 | 130 | 61.6 |
| III | 5 | 7 | 58.3 | 4 | 8 | 66.7 | 8 | 5 | 38.5 | 114 | 164 | 59.0 |
| IV | 4 | 12 | 75.0 | 3 | 6 | 66.7 | 3 | 7 | 70.0 | 97 | 146 | 60.1 |
| 1969 I | 5 | 5 | 50.0 | 3 | 9 | 75.0 | 3 | 4 | 57.1 | 95 | 157 | 62.3 |
| II | 12 | 8 | 40.0 | 4 | 13 | 76.5 | 4 | 6 | 60.0 | 77 | 158 | 67.2 |
| III | 6 | 16 | 72.7 | 8 | 8 | 50.0 | 8 | 4 | 33.3 | 131 | 212 | 61.8 |
| IV | 5 | 2 | 28.6 | 8 | 14 | 63.6 | 5 | 10 | 66.7 | 101 | 193 | 65.6 |
| 1970 I | 4 | 2 | 33.3 | 2 | 1 | 33.3 | 1 | 2 | 66.7 | 72 | 119 | 62.3 |
| II | 13 | 9 | 40.9 | 3 | 10 | 76.9 | 10 | 8 | 44.4 | 113 | 159 | 58.5 |

[1] Beträffande kriterier se s 76.

Bilaga 6. *Okorrigerad minimiincidens av intravenöst missbruk: Debutår och debutplats för intravenöst missbruk beträffande svenska medborgare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970.*

| | Debutplats | | | | | | | | Debut-plats ej angiven | | Totalt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Stockholm | | Göteborg | | Landsorten | | Utomlands | | | | | |
| Debutår | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv |
| Före 1945 | 1 | – | – | – | 1 | – | – | – | 1 | – | 3 | – |
| 1945 | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | 1 | – |
| 1946 | 3 | – | – | – | – | – | 3 | – | – | – | 6 | – |
| 1947 | 4 | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 5 | – |
| 1948 | 4 | – | – | – | – | – | – | – | 1 | – | 5 | – |
| 1949 | 3 | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 4 | – |
| 1950 | 4 | – | – | – | 2 | – | – | – | – | – | 6 | – |
| 1951 | 3 | – | – | – | – | – | 1 | – | – | – | 4 | – |
| 1952 | 12 | – | – | – | 1 | – | – | – | 4 | – | 17 | – |
| 1953 | 10 | – | – | – | 1 | – | – | – | 1 | – | 12 | – |
| 1954 | 9 | 3 | 1 | – | 4 | – | – | – | 1 | – | 15 | 3 |
| 1955 | 8 | – | 1 | – | 4 | – | 2 | – | 3 | – | 18 | – |
| 1956 | 24 | 1 | – | – | 1 | – | 1 | – | 4 | 1 | 30 | 2 |
| 1957 | 28 | 4 | 2 | – | – | – | – | – | 3 | 1 | 33 | 5 |
| 1958 | 48 | 9 | 1 | 1 | 6 | – | – | – | 13 | 4 | 68 | 14 |
| 1959 | 42 | 11 | 1 | 3 | 2 | – | 1 | – | 9 | 2 | 55 | 16 |
| 1960 | 30 | 12 | – | – | 2 | – | – | – | 11 | 1 | 43 | 13 |
| 1961 | 46 | 9 | 2 | – | 2 | – | – | – | 7 | 3 | 57 | 12 |
| 1962 | 63 | 19 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | – | 14 | 5 | 85 | 27 |
| 1963 | 108 | 35 | 2 | 3 | 7 | 1 | 1 | – | 20 | 5 | 138 | 44 |
| 1964 | 193 | 52 | 6 | 2 | 6 | 2 | 2 | 1 | 35 | 16 | 242 | 73 |
| 1965[1] | 329 | 96 | 7 | – | 14 | 2 | 3 | – | 62 | 28 | 415 | 126 |
| 1966 | 331 | 101 | 5 | – | 15 | 3 | 5 | 2 | 42 | 12 | 398 | 118 |
| 1967 | 393 | 117 | 5 | 2 | 19 | 8 | – | 1 | 35 | 10 | 452 | 138 |
| 1968 | 221 | 45 | 4 | 1 | 28 | 4 | – | 1 | 10 | 5 | 263 | 56 |
| 1969 | 136 | 34 | – | – | 9 | 1 | 1 | 1 | 8 | 4 | 154 | 40 |
| 1970[2] | 22 | 6 | – | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 25 | 6 |
| Summa | 2 075 | 554 | 40 | 13 | 127 | 23 | 26 | 6 | 286 | 97 | 2 554 | 693 |

[1] Från 1965 har fallen diagnostiserats under successivt avtagande observationstider.

[2] Av 1970 ingår endast kvartal I–II i undersökningen. Dessa fall har således både debuterat och diagnostiserats under detta halvår.

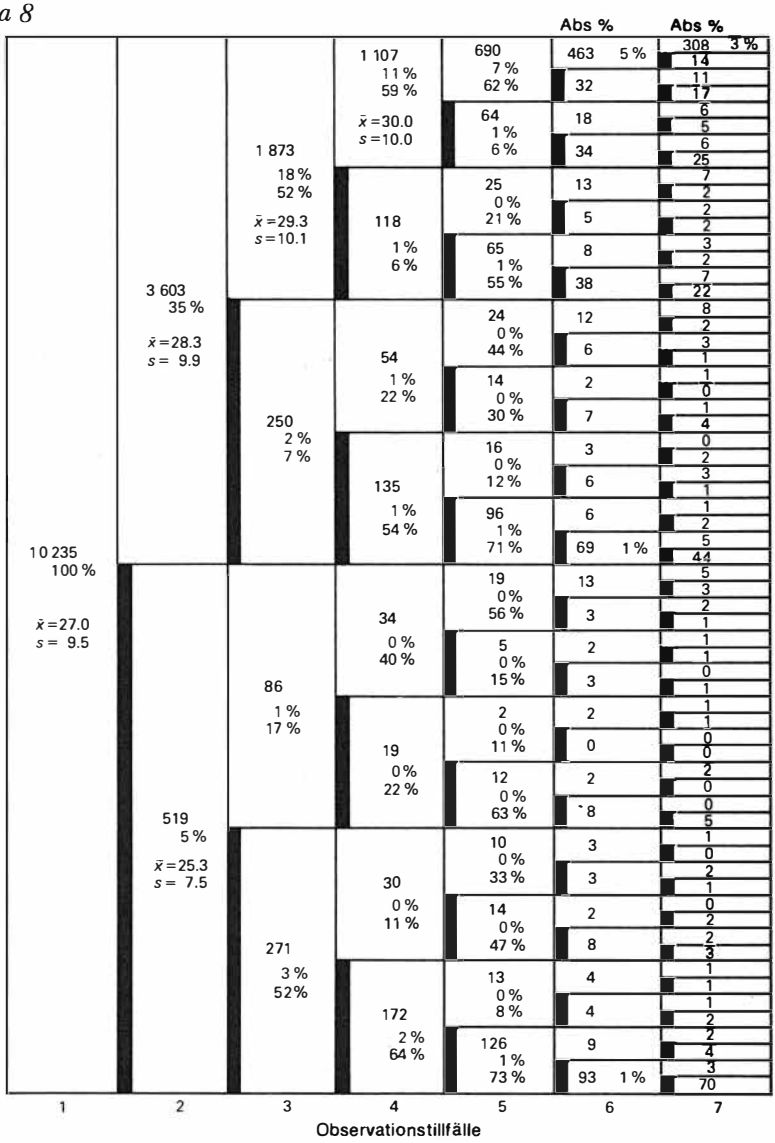
Bilaga 7. *Okorrigerad minimiprevalens av intravenöst missbruk: Debutår och debutplats för intravenöst missbruk beträffande svenska medborgare diagnostiserade i stickmärkesundersökningen 1965–1970.*

| | Debutplats | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Stockholm | | Göteborg | | Landsorten | | Utomlands | | Debutplats ej angiven | | Totalt | |
| Debutår | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv | Män | Kv |
| Före 1945 | 1 | – | – | – | 1 | – | – | – | 1 | – | 3 | – |
| 1945 | 1 | – | – | – | 1 | – | – | – | 2 | – | 4 | – |
| 1946 | 4 | – | – | – | 1 | – | 3 | – | 2 | – | 10 | – |
| 1947 | 8 | – | – | – | 1 | – | 4 | – | 2 | – | 15 | – |
| 1948 | 12 | – | – | – | 1 | – | 4 | – | 3 | – | 20 | – |
| 1949 | 15 | – | – | – | 1 | – | 5 | – | 3 | – | 24 | – |
| 1950 | 19 | – | – | – | 3 | – | 5 | – | 3 | – | 30 | – |
| 1951 | 22 | – | – | – | 3 | – | 6 | – | 3 | – | 34 | – |
| 1952 | 34 | – | – | – | 4 | – | 6 | – | 7 | – | 51 | – |
| 1953 | 44 | – | – | – | 5 | – | 6 | – | 8 | – | 63 | – |
| 1954 | 53 | 3 | 1 | – | 9 | – | 6 | – | 9 | – | 78 | 3 |
| 1955 | 61 | 3 | 2 | – | 13 | – | 8 | – | 12 | – | 96 | 3 |
| 1956 | 85 | 4 | 2 | – | 14 | – | 9 | – | 16 | 1 | 126 | 5 |
| 1957 | 113 | 8 | 4 | – | 14 | – | 9 | – | 19 | 2 | 159 | 10 |
| 1958 | 161 | 17 | 5 | 1 | 20 | – | 9 | – | 32 | 6 | 227 | 24 |
| 1959 | 203 | 28 | 6 | 4 | 22 | – | 10 | – | 41 | 8 | 282 | 40 |
| 1960 | 233 | 40 | 6 | 4 | 24 | – | 10 | – | 52 | 9 | 325 | 53 |
| 1961 | 279 | 49 | 8 | 4 | 26 | – | 10 | – | 59 | 12 | 382 | 65 |
| 1962 | 342 | 68 | 11 | 5 | 28 | 2 | 13 | – | 73 | 17 | 467 | 92 |
| 1963 | 450 | 103 | 13 | 8 | 35 | 3 | 14 | – | 93 | 22 | 605 | 136 |
| 1964 | 643 | 155 | 19 | 10 | 41 | 5 | 16 | 1 | 128 | 38 | 847 | 209 |
| 1965[1] | 972 | 251 | 26 | 10 | 55 | 7 | 19 | 1 | 190 | 66 | 1 262 | 335 |
| 1966 | 1 303 | 352 | 31 | 10 | 70 | 10 | 24 | 3 | 232 | 78 | 1 660 | 453 |
| 1967 | 1 696 | 469 | 36 | 12 | 89 | 18 | 24 | 4 | 267 | 88 | 2 112 | 591 |
| 1968 | 1 917 | 514 | 40 | 13 | 117 | 22 | 24 | 5 | 277 | 93 | 2 375 | 647 |
| 1969 | 2 053 | 548 | 40 | 13 | 126 | 23 | 25 | 6 | 285 | 97 | 2 529 | 687 |
| 1970[2] | 2 075 | 554 | 40 | 13 | 127 | 23 | 26 | 6 | 286 | 97 | 2 554 | 693 |

[1] Från 1965 har fallen diagnostiserats under successivt avtagande observationstider.

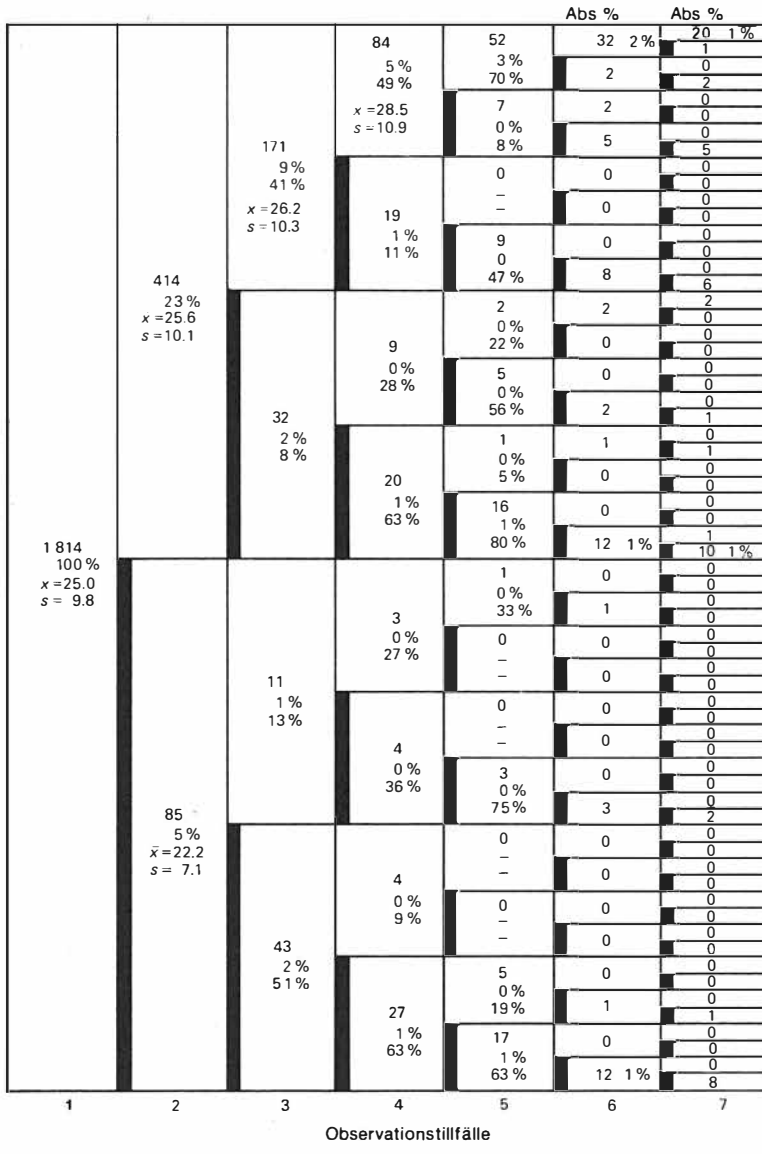
[2] Av 1970 ingår endast kvartal I–II i undersökningen.

*Bilaga 8*



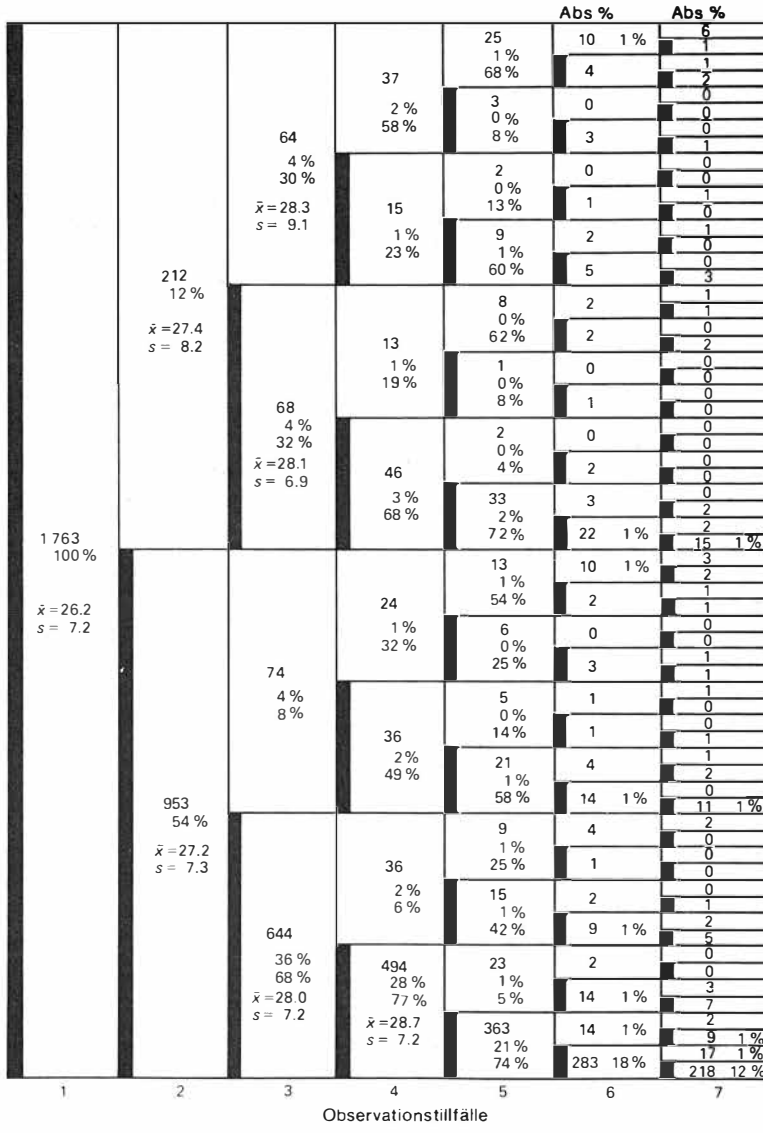

Bilaga 8 A. *Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska män som var icke–missbrukare vid den första observationen.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma diagnosgruppen vid närmast föregående diagnostillfälle ("relativ procent") har angivits liksom medelålder och spridning för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med kraftig linje till vänster i respektive cell.



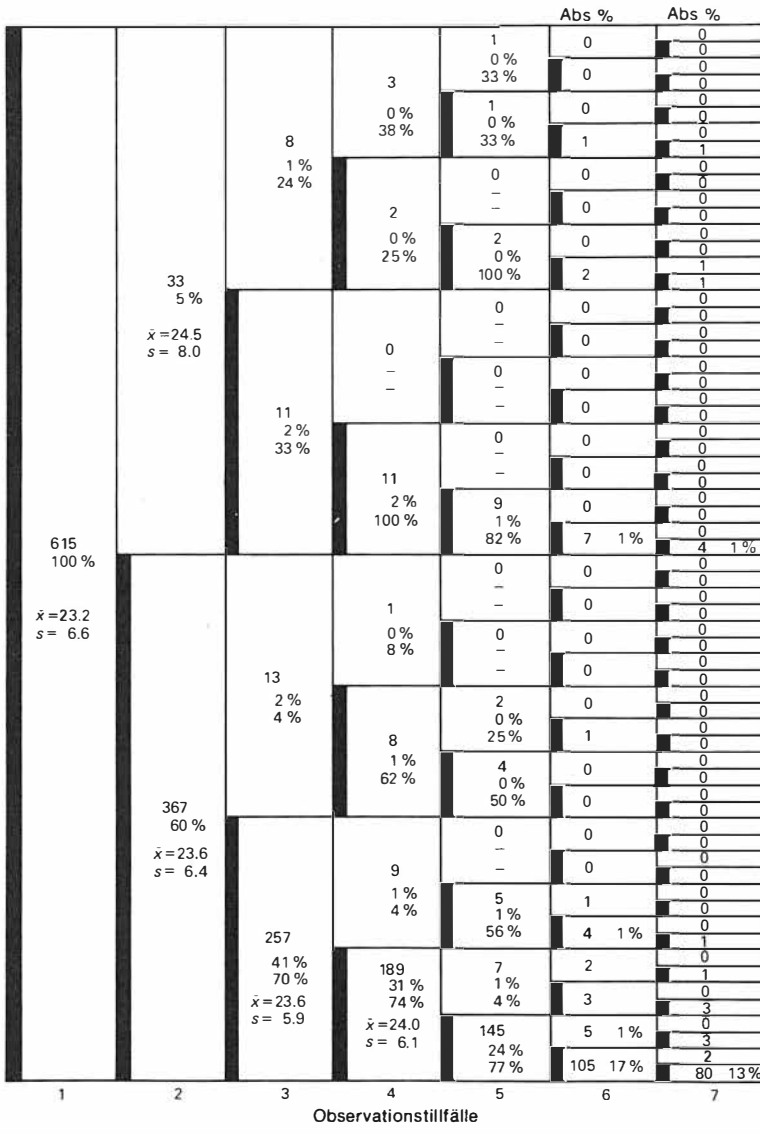

Bilaga 8 B. *Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska kvinnor som var icke–missbrukare vid den första observationen.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma diagnosgruppen vid närmast föregående diagnostillfälle ("relativ procent") har angivits liksom medelålder och spridning för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med kraftig linje till vänster i respektive cell.




Bilaga 8 C. *Status vid de sju första observationstillfällena: Svenska män som var injektionsmissbrukare den första observationen.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma diagnosgruppen vid närmast föregående diagnostillfälle ("relativ procent") har angivits liksom medelålder och spridning för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med kraftig linje till vänster i respektive cell.


Abs %
Abs %
615
100 %
x̄ =23.2
s = 6.6
33
5 %
x̄ =24.5
s = 8.0
367
60 %
x̄ =23.6
s = 6.4
8
1 %
24 %
11
2 %
33 %
13
2 %
4 %
257
41 %
70 %
x̄ =23.6
s = 5.9
3
0 %
38 %
2
0 %
25 %
0
–
–
11
2 %
100 %
1
0 %
8 %
8
1 %
62 %
9
1 %
4 %
189
31 %
74 %
x̄ =24.0
s = 6.1
1
0 %
33 %
1
0 %
33 %
0
–
–
2
0 %
100 %
0
–
–
0
–
–
0
–
–
9
1 %
82 %
0
–
–
0
–
–
2
0 %
25 %
4
0 %
50 %
0
–
–
5
1 %
56 %
7
1 %
4 %
145
24 %
77 %
0
0
0

*Bilaga 9*

Bilaga 9 A. *Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska män som var icke–missbrukare vid första observationen.*

Totalantal berörda individer respektive år och observerade frekvenser senare år samt andelen missbrukare vid senare observationer. Injektionsmissbrukarna anges såväl totalt som i procent av utgångsgruppen ("absolut procent") och i procent av de under respektive år återobserverade ("relativ procent"). I bilaga 9 E-N återges uppgifterna i detaljerade spårscheman för varje individuell kombination av växlingar i status.

| | 1965 | 1966 | | 1967 | | 1968 | | 1969 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kategori | Ant | Ant | % | Ant | % | Ant | % | Ant | % |
| Icke–missbrukare | 1 918 | 555 | | 401 | | 326 | | 251 | |
| Missbrukare | – | 98 | | 153 | | 172 | | 172 | |
| Absolut % | | | 5 | | 8 | | 9 | | 9 |
| Relativ % | | | 15 | | 28 | | 35 | | 41 |
| Ej observerade | – | 1 265 | | 1 364 | | 1 420 | | 1 495 | |
| Icke–missbrukare | | 2 016 | | 445 | | 291 | | 259 | |
| Missbrukare | | – | | 90 | | 112 | | 108 | |
| Absolut % | | | | | 4 | | 6 | | 5 |
| Relativ % | | | | | 17 | | 28 | | 29 |
| Ej observerade | | – | | 1 481 | | 1 613 | | 1 649 | |
| Icke–missbrukare | | | | 2 003 | | 396 | | 204 | |
| Missbrukare | | | | – | | 69 | | 70 | |
| Absolut % | | | | | | | 3 | | 3 |
| Relativ % | | | | | | | 15 | | 26 |
| Ej observerade | | | | – | | 1 538 | | 1 729 | |
| Icke–missbrukare | | | | | | 1 677 | | 285 | |
| Missbrukare | | | | | | – | | 52 | |
| Absolut % | | | | | | | | | 3 |
| Relativ % | | | | | | | | | 15 |
| Ej observerade | | | | | | – | | 1 340 | |

Bilaga 9 B. *Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska män som var injektionsmissbrukare vid första observationen.*

Totalantal berörda individer respektive år och observerade frekvenser senare år samt andelen missbrukare vid senare observationer. Injektionsmissbrukarna anges såväl totalt som i procent av utgångsgruppen ("absolut procent") och i procent av de under respektive år återobserverade ("relativ procent"). I bilaga 9 E–N återges uppgifterna i detaljerade spårscheman för varje individuell kombination av växlingar i status.

| | 1965 | 1966 | | 1967 | | 1968 | | 1969 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kategori | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Icke-missbrukare | – | 51 | | 30 | | 28 | | 29 | |
| Missbrukare | 365 | 178 | | 182 | | 169 | | 142 | |
| Absolut % | | | 49 | | 50 | | 46 | | 39 |
| Relativ % | | | 78 | | 86 | | 86 | | 83 |
| Ej observerade | – | 136 | | 153 | | 168 | | 194 | |
| Icke-missbrukare | | – | | 21 | | 15 | | 18 | |
| Missbrukare | | 293 | | 133 | | 128 | | 100 | |
| Absolut % | | | | | 45 | | 44 | | 34 |
| Relativ % | | | | | 86 | | 90 | | 85 |
| Ej observerade | | – | | 139 | | 150 | | 175 | |
| Icke-missbrukare | | | | – | | 39 | | 29 | |
| Missbrukare | | | | 401 | | 142 | | 103 | |
| Absolut % | | | | | | | 35 | | 26 |
| Relativ % | | | | | | | 78 | | 78 |
| Ej observerade | | | | – | | 220 | | 269 | |
| Icke-missbrukare | | | | | | – | | 17 | |
| Missbrukare | | | | | | 308 | | 108 | |
| Absolut % | | | | | | | | | 35 |
| Relativ % | | | | | | | | | 86 |
| Ej observerade | | | | | | – | | 183 | |

Bilaga 9 C. *Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska kvinnor som var icke-missbrukare vid första observationen.*

Totalantal berörda individer respektive år och observerade frekvenser senare år samt andelen missbrukare vid senare observationer. Injektionsmissbrukarna anges såväl totalt som i procent av utgångsgruppen ("absolut procent") och i procent av de under respektive år återobserverade ("relativ procent"). I bilaga 9 E-N återges uppgifterna i detaljerade spårscheman för varje individuell kombination av växlingar i status.

| | 1965 | 1966 | | 1967 | | 1968 | | 1969 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kategori | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Icke-missbrukare | 346 | 45 | | 28 | | 20 | | 8 | |
| Missbrukare | – | 23 | | 23 | | 14 | | 8 | |
| Absolut % | | | 7 | | 7 | | 4 | | 2 |
| Relativ % | | | 34 | | 45 | | 41 | | 50 |
| Ej observerade | – | 278 | | 295 | | 312 | | 330 | |
| Icke-missbrukare | | 347 | | 56 | | 19 | | 15 | |
| Missbrukare | | – | | 16 | | 19 | | 14 | |
| Absolut % | | | | | 5 | | 5 | | 4 |
| Relativ % | | | | | 22 | | 50 | | 48 |
| Ej observerade | | – | | 275 | | 309 | | 318 | |
| Icke-missbrukare | | | | 331 | | 28 | | 16 | |
| Missbrukare | | | | – | | 16 | | 10 | |
| Absolut % | | | | | | | 5 | | 3 |
| Relativ % | | | | | | | 36 | | 38 |
| Ej observerade | | | | – | | 287 | | 305 | |
| Icke-missbrukare | | | | | | 297 | | 31 | |
| Missbrukare | | | | | | – | | 13 | |
| Absolut % | | | | | | | | | 4 |
| Relativ % | | | | | | | | | 30 |
| Ej observerade | | | | | | – | | 253 | |

Bilaga 9 D. *Översiktstabell över status vid första observationstillfället varje kalenderår för svenska kvinnor som var injektionsmissbrukare vid första observationen.*

Totalantal berörda individer respektive år och observerade frekvenser senare år samt andelen missbrukare vid senare observationer. Injektionsmissbrukarna anges såväl totalt som i procent av utgångsgruppen ("absolut procent") och i procent av de under respektive år återobserverade ("relativ procent"). I bilaga 9 E-N återges uppgifterna i detaljerade spårscheman för varje individuell kombination av växlingar i status.

| | 1965 | 1966 | | 1967 | | 1968 | | 1969 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kategori | Antal | Antal | % | Antal | % | Antal | % | Antal | % |
| Icke-missbrukare | – | 6 | | 4 | | 2 | | 1 | |
| Missbrukare | 126 | 62 | | 55 | | 51 | | 40 | |
| Absolut % | | | 49 | | 44 | | 40 | | 32 |
| Relativ % | | | 91 | | 93 | | 96 | | 97 |
| Ej observerade | – | 58 | | 67 | | 73 | | 85 | |
| Icke-missbrukare | | – | | 4 | | 2 | | 3 | |
| Missbrukare | | 102 | | 46 | | 38 | | 31 | |
| Absolut % | | | | | 45 | | 37 | | 30 |
| Relativ % | | | | | 92 | | 95 | | 91 |
| Ej observerade | | – | | 52 | | 62 | | 68 | |
| Icke-missbrukare | | | | – | | 5 | | 1 | |
| Missbrukare | | | | 137 | | 62 | | 42 | |
| Absolut % | | | | | | | 45 | | 31 |
| Relativ % | | | | | | | 93 | | 98 |
| Ej observerade | | | | – | | 70 | | 94 | |
| Icke-missbrukare | | | | | | – | | 5 | |
| Missbrukare | | | | | | 100 | | 46 | |
| Absolut % | | | | | | | | | 46 |
| Relativ % | | | | | | | | | 90 |
| Ej observerade | | | | | | – | | 49 | |

Bilaga 9 E. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1965 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har marerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.

Bilaga 9 F. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1965 blev undersökta första gången och då var injektionsmissbrukare.*

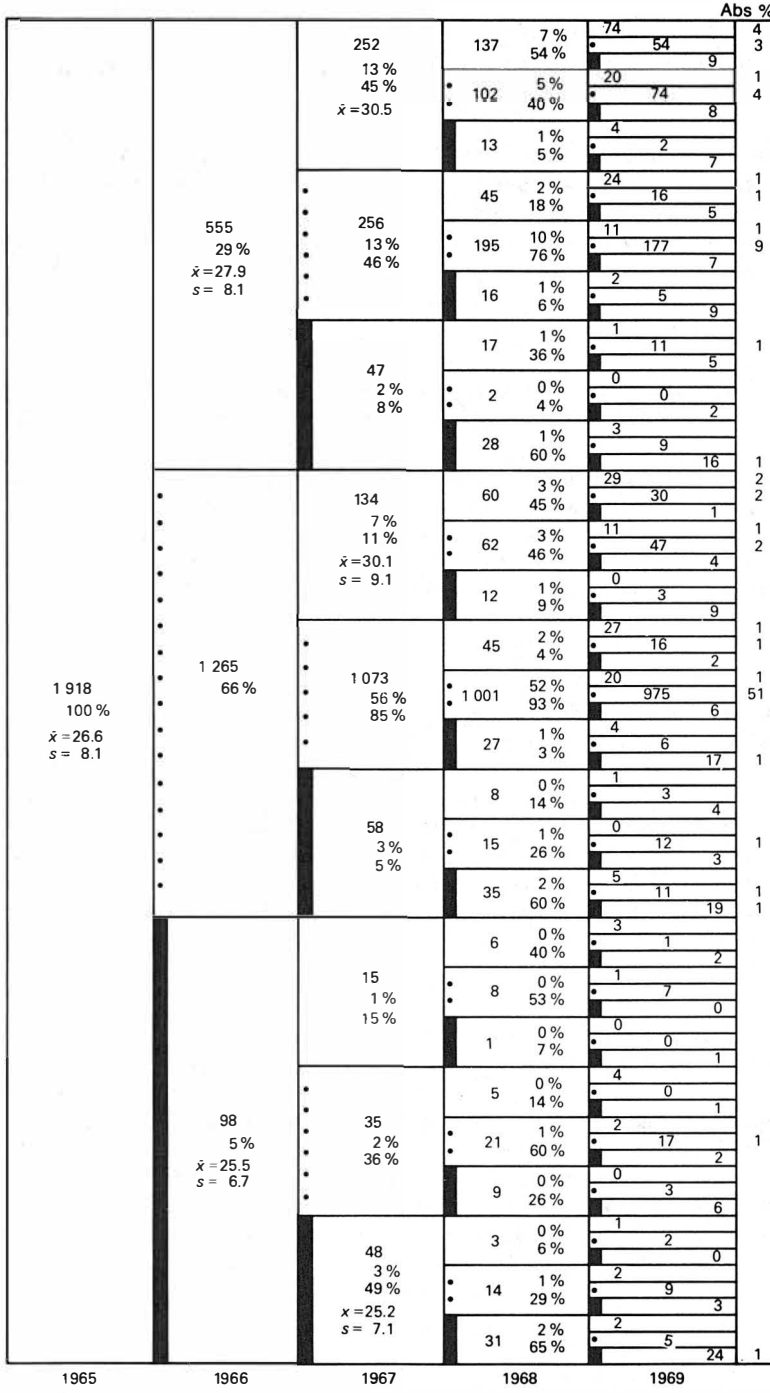
Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.

Bilaga 9 G. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1965 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare.*

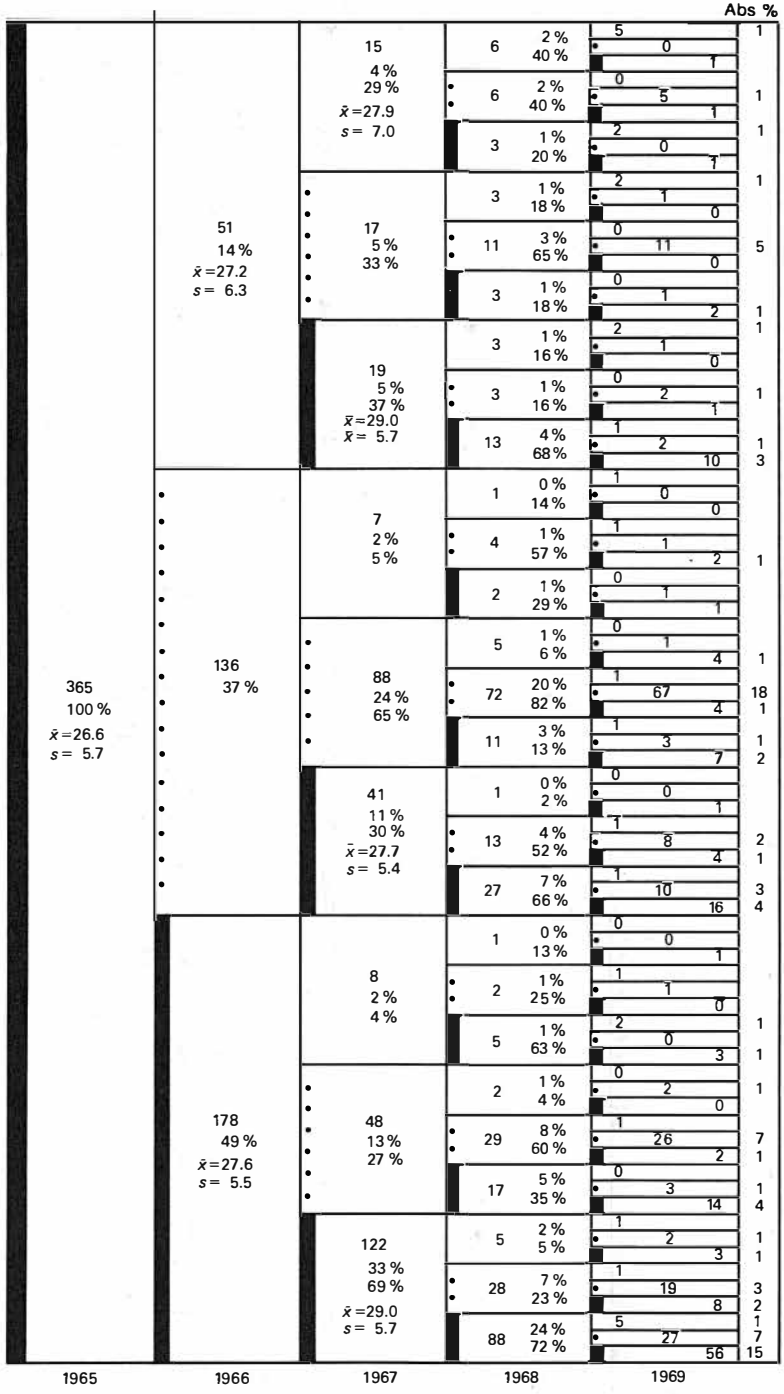
Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.

Bilaga 9 H. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1965 blev undersökta första gången och då var injektionsmissbrukare.*

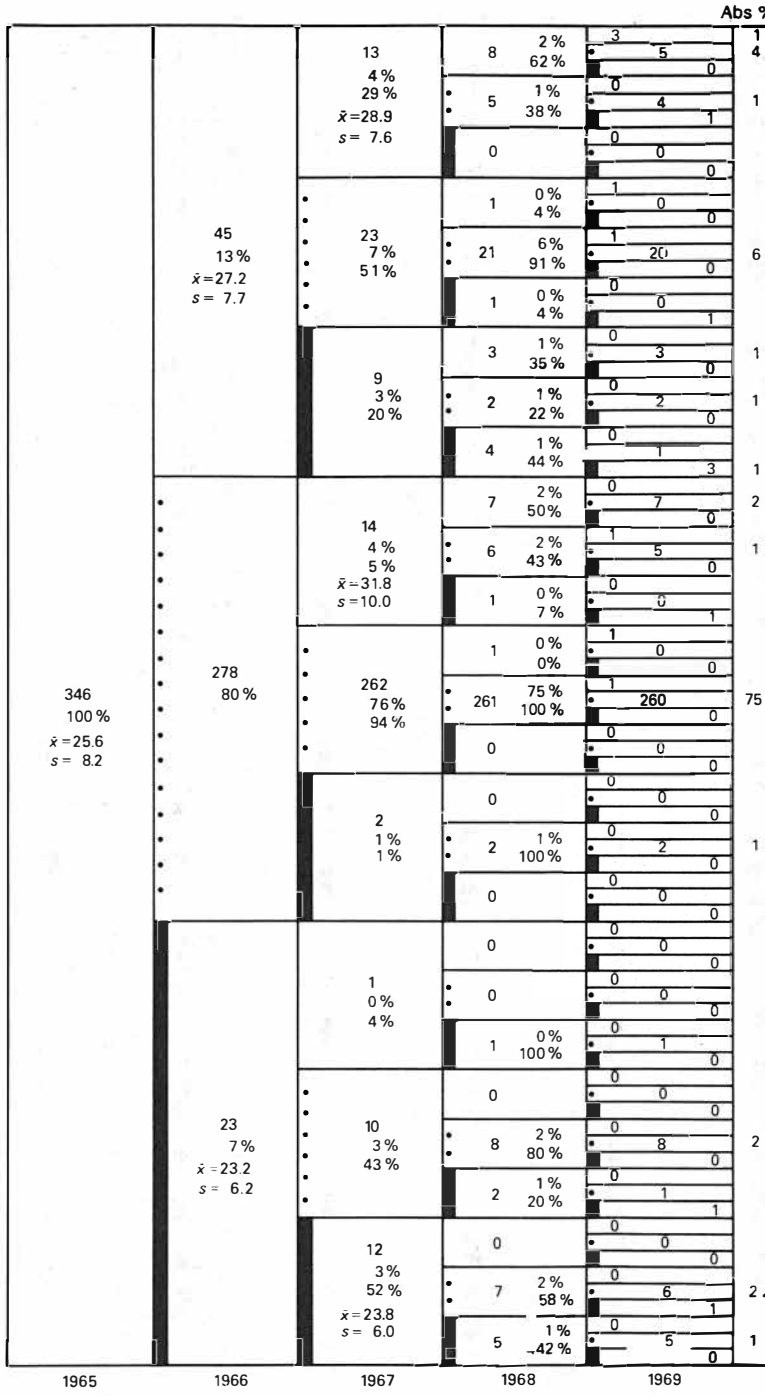
Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.


Abs %
1 918
100 %
x̄ =26.6
s = 8.1
555
29 %
x̄ =27.9
s = 8.1
1 265
66 %
98
5 %
x̄ =25.5
s = 6.7
252
13 %
45 %
x̄ =30.5
256
13 %
46 %
47
2 %
8 %
134
7 %
11 %
x̄ =30.1
s = 9.1
1 073
56 %
85 %
58
3 %
5 %
15
1 %
15 %
35
2 %
36 %
48
3 %
49 %
x̄ =25.2
s = 7.1
137 7 % 54 %
102 5 % 40 %
13 1 % 5 %
45 2 % 18 %
195 10 % 76 %
16 1 % 6 %
17 1 % 36 %
2 0 % 4 %
28 1 % 60 %
60 3 % 45 %
62 3 % 46 %
12 1 % 9 %
45 2 % 4 %
1 001 52 % 93 %
27 1 % 3 %
8 0 % 14 %
15 1 % 26 %
35 2 % 60 %
6 0 % 40 %
8 0 % 53 %
1 0 % 7 %
5 0 % 14 %
21 1 % 60 %
9 0 % 26 %
3 0 % 6 %
14 1 % 29 %
31 2 % 65 %
74 54 9
20 74 8
4 2 7
24 16 5
11 177 7
2 5 9
1 11 5
0 0 2
3 9 16
29 30 1
11 47 4
0 3 9
27 16 2
20 975 6
4 6 17
1 3 4
0 12 3
5 11 19
3 1 2
1 7 0
0 0 1
4 0 1
2 17 2
0 3 6
1 2 0
2 9 3
2 5 24
4 3 1 4 1 1 1 9 1 1 2 2 1 2 1 1 1 51 1 1 1 1 1
1965
1966
1967
1968
1969

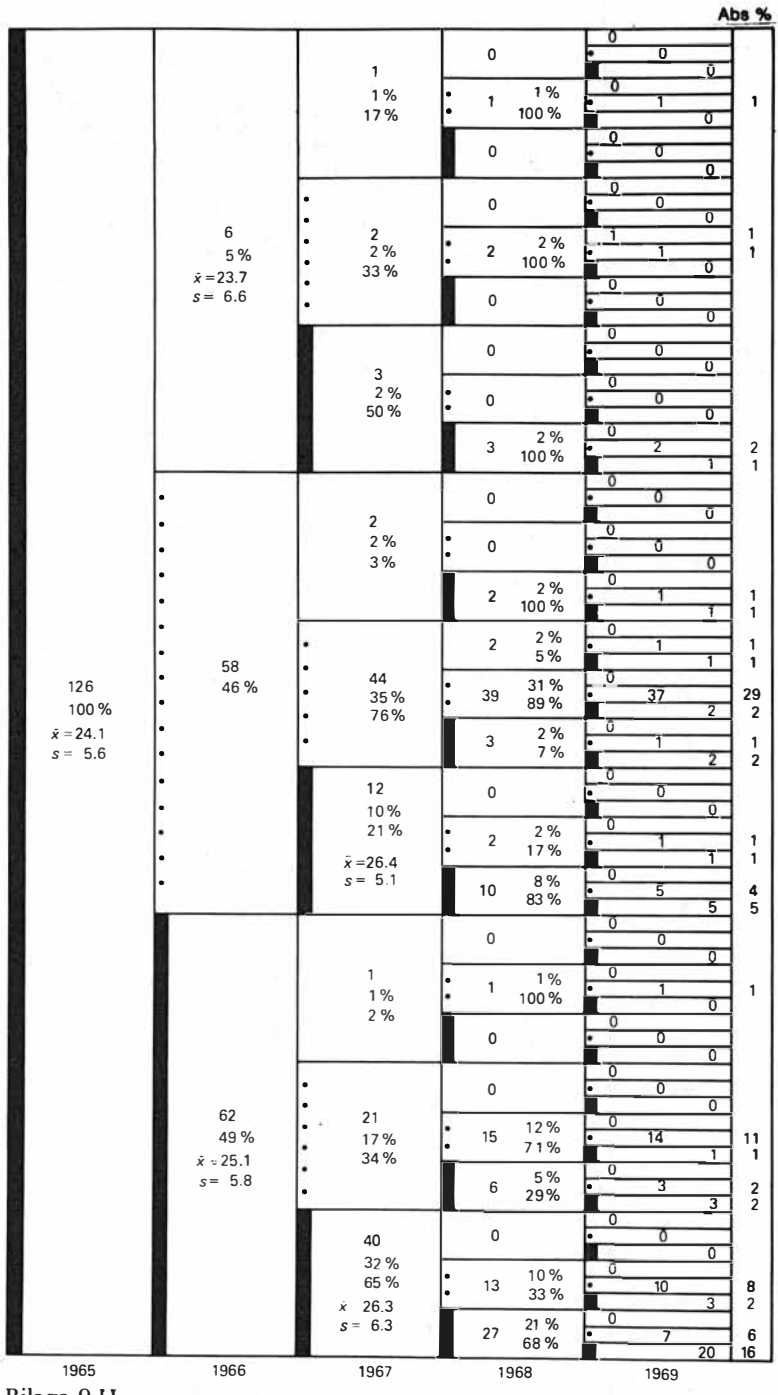
Bilaga 9 E.


Abs %
365
100 %
x̄=26.6
s= 5.7
51
14 %
x̄=27.2
s= 6.3
136
37 %
178
49 %
x̄=27.6
s= 5.5
15
4 %
29 %
x̄=27.9
s= 7.0
17
5 %
33 %
19
5 %
37 %
x̄=29.0
x̄= 5.7
7
2 %
5 %
88
24 %
65 %
41
11 %
30 %
x̄=27.7
s= 5.4
8
2 %
4 %
48
13 %
27 %
122
33 %
69 %
x̄=29.0
s= 5.7
1965
1966
1967
1968
1969

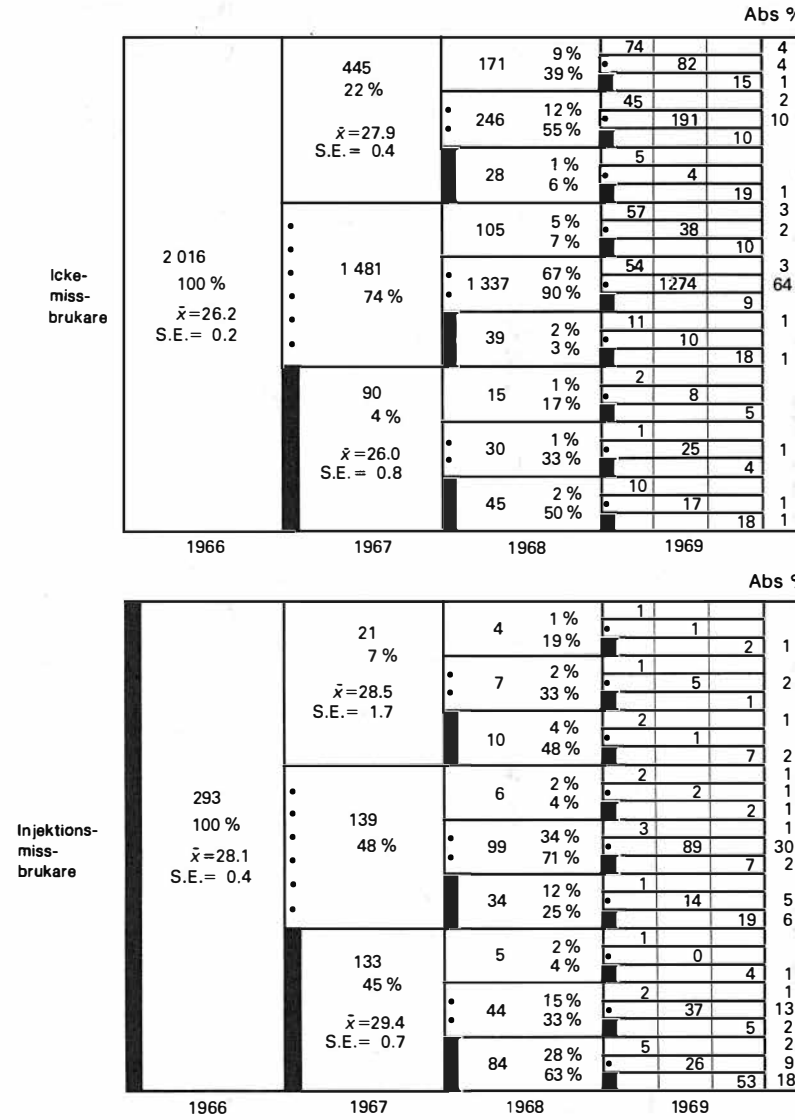
Bilaga 9 F.


Abs %
346
100 %
x̄ = 25.6
s = 8.2
45
13 %
x̄ = 27.2
s = 7.7
278
80 %
23
7 %
x̄ = 23.2
s = 6.2
13
4 %
29 %
x̄ = 28.9
s = 7.6
23
7 %
51 %
9
3 %
20 %
14
4 %
5 %
x̄ = 31.8
s = 10.0
262
76 %
94 %
2
1 %
1 %
1
0 %
4 %
10
3 %
43 %
12
3 %
52 %
x̄ = 23.8
s = 6.0
8 2 % 62 %
5 1 % 38 %
0
1 0 % 4 %
21 6 % 91 %
1 0 % 4 %
3 1 % 35 %
2 1 % 22 %
4 1 % 44 %
7 2 % 50 %
6 2 % 43 %
1 0 % 7 %
1 0 % 0 %
261 75 % 100 %
0
0
2 1 % 100 %
0
0
0
1 0 % 100 %
0
8 2 % 80 %
2 1 % 20 %
0
7 2 % 58 %
5 1 % 42 %
1965
1966
1967
1968
1969

Bilaga 9 G.

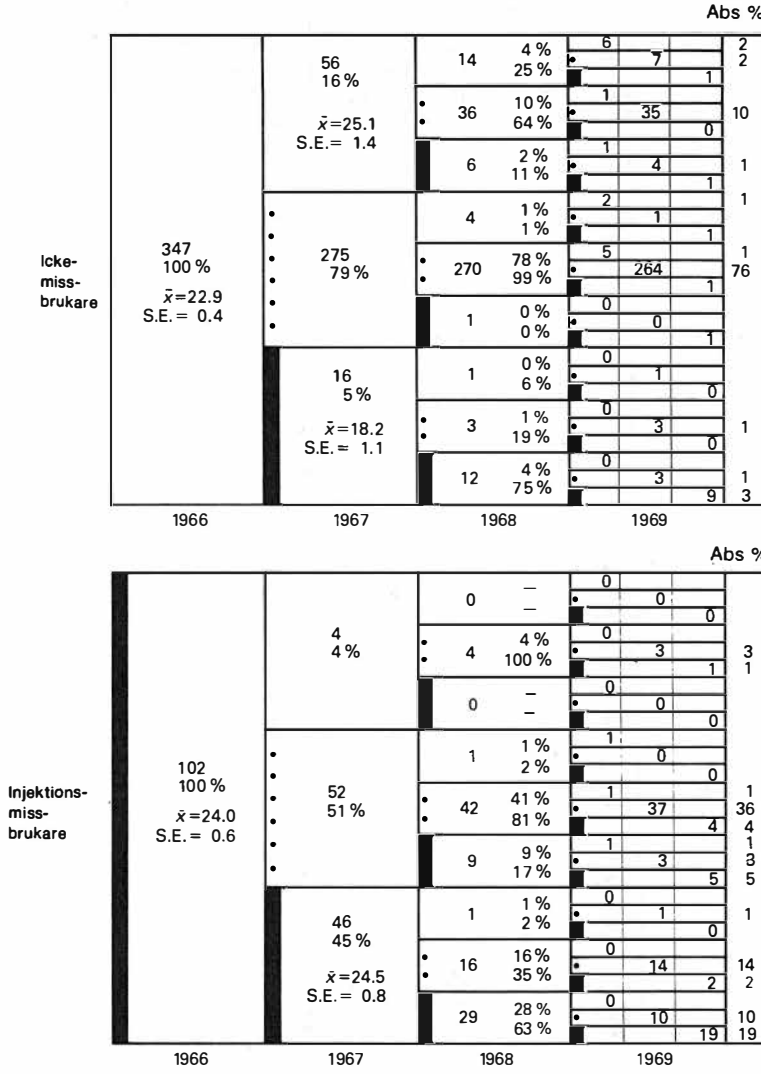

Abs %
126
100 %
x̄ = 24.1
s = 5.6
58
46 %
6
5 %
x̄ = 23.7
s = 6.6
62
49 %
x̄ = 25.1
s = 5.8
1
1 %
17 %
2
2 %
33 %
3
2 %
50 %
2
2 %
3 %
44
35 %
76 %
12
10 %
21 %
x̄ = 26.4
s = 5.1
1
1 %
2 %
21
17 %
34 %
40
32 %
65 %
x̄ = 26.3
s = 6.3
1965
1966
1967
1968
1969

Bilaga 9 H.



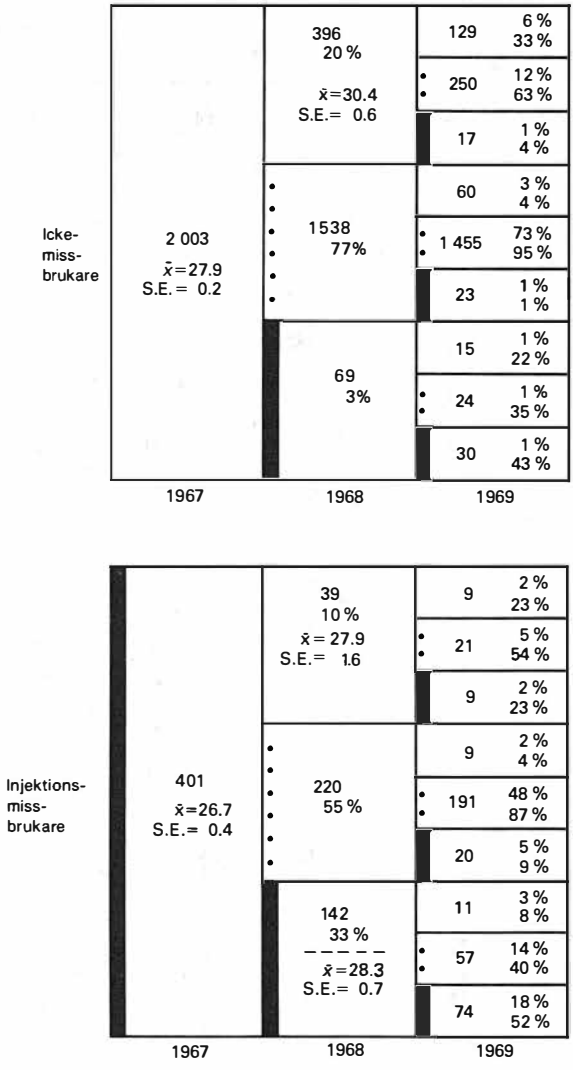

Bilaga 9 I. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1966 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.



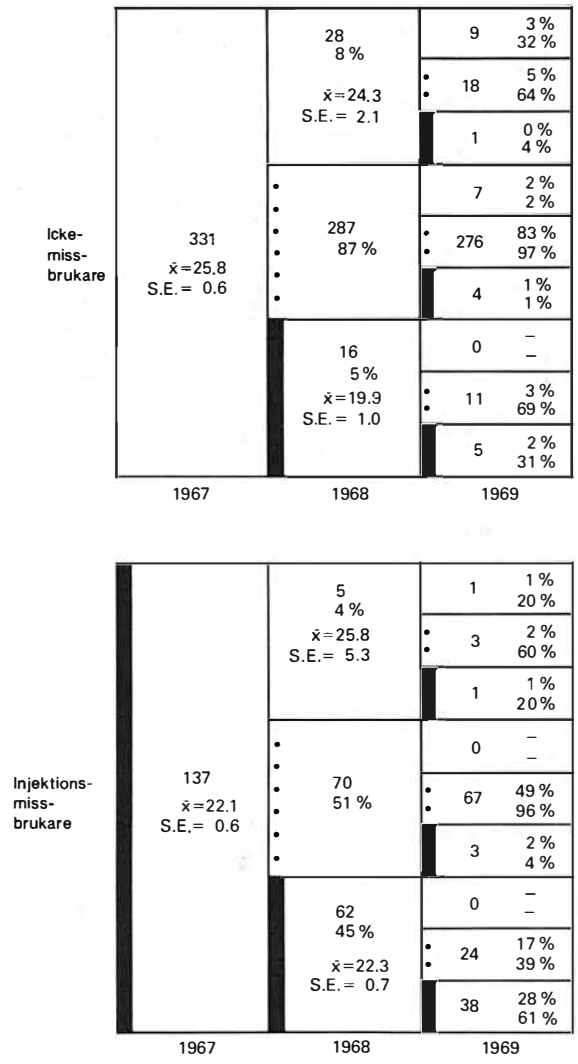

Bilaga 9 J. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1966 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.




Bilaga 9 K. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män som 1967 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.

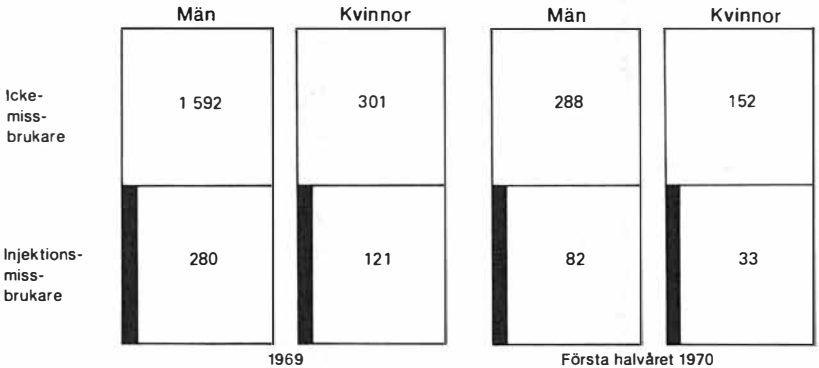



Bilaga 9 L. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska kvinnor som 1967 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Totalantal samt fraktionernas procentuella andel av utgångsgruppen ("absolut procent") samt av den gemensamma statusgruppen vid första diagnostillfället närmast föregående år ("relativ procent"). Medelålder och spridning har angivits för de större fraktionerna. Injektionsmissbrukarna har markerats med en kraftig linje till vänster i respektive cell. De som inte blivit återobserverade vissa år har markerats med punkterad linje till vänster i respektive cell.

Bilaga 9 M. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män respektive kvinnor som 1968 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Tabellerna läses på samma sätt som övriga tabeller i denna serie.




Bilaga 9 N. *Status vid första observationstillfället varje kalenderår: Svenska män respektive kvinnor som 1969 respektive första halvåret 1970 blev undersökta första gången och då var icke-missbrukare respektive injektionsmissbrukare.*

Tabellerna läses på samma sätt som övriga tabeller i denna serie.

---

Bilaga 10. *Anledning till omhändertaganden av svenska män i relation till narkotikabrott. Arresttillfällen procentuellt fördelade på olika typer av omhändertaganden, inklusive respektive exklusive narkotikabrott.*

| Referensnummer | Anledning till omhändertagande | A. Inga narkotikabrott | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Inga stickmärken (8 174 individer) | | | | | Stickmärken minst en gång (2 545 individer) | | | | |
| | | Arrest-tillfällen | % | Individer | Arresttillfällen per individ per brottstyp | 1) | Arrest-tillfällen | % | Individer | Arresttillfällen per individ per brottstyp | 2) |
| 1 | Brott mot liv och hälsa (våldsbrott) | 334 | 2.4 | 309 | 1.08 | 0.04 | 152 | 1.4 | 133 | 1.14 | 0.05 |
| 2 | Brott mot frihet och frid | 489 | 3.5 | 438 | 1.11 | 0.05 | 196 | 1.9 | 165 | 1.18 | 0.07 |
| 3 | Ärekränkning | 6 | 0.0 | 6 | 1.00 | 0.00 | 1 | 0.0 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| 4 | Sedlighetsbrott | 150 | 1.1 | 144 | 1.04 | 0.01 | 29 | 0.3 | 28 | 1.03 | 0.01 |
| 5 | Fordonsstöld | 2 703 | 19.0 | 1 951 | 1.38 | 0.33 | 2 409 | 22.7 | 1 165 | 2.06 | 0.94 |
| 6 | Stöld av fordon | 493 | 3.5 | 438 | 1.12 | 0.06 | 407 | 3.9 | 325 | 1.25 | 0.15 |
| 7 | Inbrott | 1 250 | 8.8 | 1 057 | 1.18 | 0.15 | 806 | 7.6 | 575 | 1.40 | 0.31 |
| 8 | Stöld | 3 359 | 23.6 | 2 452 | 1.36 | 0.41 | 2 104 | 19.9 | 1 192 | 1.76 | 0.82 |
| 9 | Rån | 318 | 2.3 | 297 | 1.07 | 0.03 | 199 | 1.9 | 175 | 1.13 | 0.07 |
| 10 | Egenmäktigt förfarande | 20 | 0.1 | 20 | 1.00 | 0.00 | 14 | 0.1 | 14 | 1.00 | 0.00 |
| 11 | Bedrägeri | 1 310 | 9.3 | 1 142 | 1.14 | 0.16 | 988 | 9.4 | 697 | 1.41 | 0.38 |
| 12 | Förskingring | 108 | 0.8 | 104 | 1.03 | 0.01 | 25 | 0.2 | 24 | 1.04 | 0.00 |
| 13 | Skadegörelse | 52 | 0.4 | 52 | 1.00 | 0.00 | 9 | 0.1 | 9 | 1.00 | 0.00 |
| 14 | Allmänfarliga brott | 29 | 0.2 | 28 | 1.03 | 0.00 | 11 | 0.1 | 11 | 1.00 | 0.00 |
| 15 | Förfalskning | 77 | 0.5 | 73 | 1.05 | 0.00 | 69 | 0.7 | 67 | 1.02 | 0.02 |
| 16 | Mened, falskt åtal, osann utsaga | 8 | 0.1 | 7 | 1.14 | 0.00 | 2 | 0.0 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| 17 | Brott mot allmän ordning | 13 | 0.1 | 13 | 1.00 | 0.00 | 1 | 0.0 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| 18 | Brott mot allmän verksamhet | 403 | 2.9 | 381 | 1.05 | 0.04 | 199 | 1.9 | 163 | 1.22 | 0.07 |
| 19 | Övriga brott enligt brottsbalken | 27 | 0.2 | 27 | 1.00 | 0.00 | 10 | 0.1 | 10 | 1.00 | 0.00 |
| 20 | Trafikbrott | 14 | 0.1 | 14 | 1.00 | 0.00 | 8 | 0.1 | 8 | 1.00 | 0.00 |
| 21 | Narkotikabrott a) nark. lagstiftn. | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| | b) ockerparagrafen | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 22 | Övriga brott | 24 | 0.2 | 24 | 1.00 | 0.00 | 9 | 0.1 | 9 | 1.00 | 0.00 |
| 23 | Förpassning, avviken, efterlyst | 2 054 | 14.4 | 1 464 | 1.40 | 0.25 | 2 150 | 20.4 | 1 078 | 1.99 | 0.84 |
| 24 | Domstolsinställelse m m | 743 | 5.3 | 625 | 1.18 | 0.09 | 591 | 5.6 | 403 | 1.46 | 0.23 |
| 25 | Enligt barnavårdslagen | 168 | 1.2 | 148 | 1.13 | 0.02 | 172 | 1.6 | 112 | 1.53 | 0.06 |
| | Summa | 14 152 | 100.0 | | | | 10 561 | 100.0 | | | |

Bilaga 10. *(Fortsättning)*

B. Narkotikabrott minst en gång

| Referensnummer | Inga stickmärken (492 individer) | | | | | | Stickmärken minst en gång (869 individer) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrest-tillfällen | % | Exkl narkbrott % | Individer | Arresttillfällen per individ, per brottstyp | Arresttillfällen per individ, per brottstyp 3) | Arrest-tillfällen | % | Exkl narkbrott % | Individer | Arresttillfällen per individ, per brottstyp | Arresttillfällen per individ, per brottstyp 4) |
| 1 | 4 | 0.4 | 0.8 | 4 | 1.00 | 0.00 | 43 | 0.8 | 1.0 | 38 | 1.13 | 0.04 |
| 2 | 5 | 0.5 | 1.0 | 5 | 1.00 | 0.01 | 70 | 1.2 | 1.7 | 47 | 1.48 | 0.08 |
| 3 | – | – | – | – | – | – | 1 | 0.0 | 0.0 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| 4 | 2 | 0.2 | 0.4 | 2 | 1.00 | 0.00 | 9 | 0.2 | 0.2 | 8 | 1.12 | 0.01 |
| 5 | 120 | 11.0 | 23.5 | 85 | 1.41 | 0.24 | 1 050 | 18.5 | 24.6 | 455 | 2.30 | 1.20 |
| 6 | 10 | 0.9 | 2.0 | 10 | 1.00 | 0.02 | 154 | 2.7 | 3.6 | 122 | 1.26 | 0.17 |
| 7 | 66 | 6.0 | 13.0 | 52 | 1.26 | 0.13 | 283 | 5.0 | 6.7 | 216 | 1.31 | 0.32 |
| 8 | 143 | 13.0 | 28.0 | 97 | 1.47 | 0.29 | 845 | 14.9 | 19.8 | 452 | 1.86 | 0.97 |
| 9 | 10 | 0.9 | 2.0 | 9 | 1.11 | 0.02 | 62 | 1.1 | 1.5 | 52 | 1.19 | 0.07 |
| 10 | 2 | 0.2 | 0.4 | 2 | 1.00 | 0.00 | 6 | 0.1 | 0.1 | 5 | 1.20 | 0.00 |
| 11 | 49 | 4.5 | 9.6 | 35 | 1.40 | 0.09 | 448 | 7.9 | 10.5 | 287 | 1.56 | 0.51 |
| 12 | 1 | 0.1 | 0.2 | 1 | 1.00 | 0.00 | 8 | 0.1 | 0.2 | 8 | 1.00 | 0.00 |
| 13 | 1 | 0.1 | 0.2 | 1 | 1.00 | 0.00 | 3 | 0.1 | 0.1 | 3 | 1.00 | 0.00 |
| 14 | 1 | 0.1 | 0.2 | 1 | 1.00 | 0.00 | 2 | 0.0 | 0.1 | 2 | 1.00 | 0.00 |
| 15 | 3 | 0.3 | 0.6 | 3 | 1.00 | 0.00 | 53 | 0.9 | 1.3 | 46 | 1.15 | 0.06 |
| 16 | – | – | – | – | – | – | 1 | 0.0 | 0.0 | 1 | 1.00 | 0.00 |
| 17 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| 18 | 13 | 1.2 | 2.6 | 13 | 1.00 | 0.02 | 59 | 1.0 | 1.4 | 52 | 1.13 | 0.06 |
| 19 | – | – | – | – | – | – | 5 | 0.1 | 0.1 | 5 | 1.00 | 0.00 |
| 20 | – | – | – | – | – | – | 4 | 0.1 | 0.1 | 4 | 1.00 | 0.00 |
| 21 (*a*) | 574 | 52.2 | – | 483 | 1.18 | 1.16 | 1 392 | 24.6 | – | 856 | 1.62 | 1.60 |
| (*b*) | 12 | 1.1 | – | 12 | 1.00 | 0.02 | 32 | 0.6 | – | 30 | 1.06 | 0.03 |
| 22 | 5 | 0.5 | 1.0 | 5 | 1.00 | 0.01 | 7 | 0.1 | 0.2 | 7 | 1.00 | 0.00 |
| 23 | 50 | 4.6 | 9.8 | 34 | 1.47 | 0.10 | 780 | 13.7 | 18.4 | 339 | 2.30 | 0.89 |
| 24 | 18 | 1.6 | 3.5 | 15 | 1.20 | 0.03 | 267 | 4.7 | 6.3 | 171 | 1.56 | 0.30 |
| 25 | 6 | 0.6 | 1.2 | 5 | 1.20 | 0.01 | 91 | 1.6 | 2.1 | 52 | 1.75 | 0.10 |
| Summa | 1 095 | 100.0 | 100.0 | | | | 5 675 | 100.0 | 100.0 | | | |

1) Totalt av 14 152. 2) Totalt av 10 561. 3) Totalt av 1 095. 4) Totalt av 5 675.

# Referenser


Abelson, H., R. Cohen & D. Schrayer (1972): A nationwide study of beliefs, information and experience prepared for the National Commission on Marihuana and Drug Abuse. In Marihuana, a sign of misunderstanding. Appendix, vol. 2. The technical papers of the first report. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. Pp. 618–650.

Acheson, E. D. (1967): Medical Record Linkage, publ. for the Nuffield Provincial Hospital Trust. Oxford University Press, London.

Adolphson, E. (1972): Edvin Adolphson berättar om sitt liv med Fru Thalia, Fru Filmia och andra fruar. Bonniers, Stockholm.

Agell, B. O., P. Lundbergh & M. Svanbom (1965): Hepatit hos narkotikamissbrukare. Nord Med *74* (27) 672.

Agrell, J. (1972): Missbruk av narkotika, thinner och läkemedel bland inskrivningsskyldiga 1967–1970/71. Militärpsykologiska Institutet, Stockholm.

Agrell, J., B. Netz & B. Wolff (1970): Narkotikamissbruk hos inskrivningsskyldiga 1968/1969. Allmänna Förlaget, Stockholm.

Ahrens, U., M. Kihlbom & O. Näs (1969): Studenter och narkotika. In SOU 1969: 53, 109–193.

Alarcón, R. de (1969): The spread of heroin abuse in a community. Bull Narc *21* (3) 17–22.

Alarcón, R. de & N. H. Rathod (1968): Prevalence and early detection of heroin addiction. Br Med J *2*, 549–553.

Allgén, L. G., N. Bejerot, A. Bergsman, L. Hellström & A. Sandberg (1971): Alkohol och droger i blod och urin: 100 konsekutiva fall ur stockholmspolisens arrestklientel. Läkartidningen *68*, 3405–3414.

Allgén, L. G., N. Bejerot, A. Bergsman, L. Hellström & A. Sandberg (1973): Alkohol och droger i blod och urin i 142 fall misstänkta för rattonykterhet. Läkartidningen *70*, 1169–1173.

Alström, C. H. (1971): Some problems of society's struggle against contagious addictions. Excerpta Medica Int Congress Series No. 274, 215–218.

Andersson, S.-J. & L.-M. Gunne (1969): Narkomankliniken vid Ulleråker (3): Efterkontroll av amfetaminister. Läkartidningen *66*, 1331–1334.

Andima, H., D. Krug, L. Bergner, S. Patrick & S. Whitman (1973): A prevalence estimation model of narcotics addiction in New York City. Am J Epidemiol *98*, 56–62.

Anslinger, H. (1964): Cited by Taft, D. & R. England, Jr. Criminology. Macmillan, New York.

Ausubel, D. (1958): Drug addiction: Physiological, psychological, and sociological aspects. Random House, New York.

—— (1966): Why compulsory closed-ward treatment of narcotic addicts. Ill Med J October, 474–484.
Baden, M. (1970): Methadone-related deaths in New York City. Int J Addict *5*, 489–498.
—— (1972*a*): Narcotic abuse: A medical examiner's view. N.Y. State J Med *72*, 834–840.
—— (1972*b*): Homicide, suicide and accidental death among narcotic addicts. Hum Pathol *3*, 91–95.
Baden, M., N. Valanju, S. Verma & S. Valanju (1972): Confirmed identification of biotransformed drugs of abuse in urine. Am J Clin Pathol *57*, 43–51.
Baker, S. (1972): U.S. army heroin abuse identification program in Vietnam: Implications for a Methadone program. Am J Public Health *62*, 857–860.
Ball, J. & C. Chambers (1970): An overview of the problem. In Ball, J. & C. Chambers (eds): The epidemiology of opiate addiction in the United States. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 5–21.
Ball, J., D. Englander & C. Chambers (1970*a*): The incidence and prevalence of opiate addiction in the United States. In Ball, J. & C. Chambers (eds): The epidemiology of opiate addiction in the United States. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 68–80.
Ball, J., W. Thompson & D. Allen (1970*b*): Readmission rates at Lexington Hospital for 43215 narcotic drug addicts. Public Health Rep *85*, 610–616.
Bean, P. (1971): Social aspects of drug abuse. J Criminal Law, Criminology and Police Science *62* (1) 80–86.
Becker, H. (1953): Becoming a marihuana user. Am J Sociol *59*, 235–242.
Bejerot, N. (1965*a*): Aktuell toxikomaniproblematik. Läkartidningen *62*, 4231–4238.
—— (1965*b*): Intravenöst medicinmissbruk bland stockholmspolisens klientel. Läkartidningen *62*, 2143–2146.
—— (1967*a*): Fortlöpande kartläggning av intravenöst medicinmissbruk bland polisklientelet i Stockholm. Rapport till narkomanvårdskommittén, februari 1967. Bilaga 5 i Narkotikaproblemet, Del 1, Kartläggning och vård, SOU 1967: 25, 213–245.
—— (1967*b*): Kriminalitet och psykosocialt tillstånd hos s. k. legala narkomaner. Läkartidningen *64*, 3540–3545.
—— (1967*c*): The Danish Board of Health's drug dependence register. Int J Addict *2*, 291–300.
—— (1968*a*): Narkotikafrågan och samhället. Aldus/Bonnier, Stockholm.
—— (1968*b*): An epidemic of phenmetrazine dependence—epidemiological and clinical aspects. In Wilson (ed.): Adolescent drug dependence. Pergamon Press, London. Pp. 55–66.
—— (1969*a*): Intravenous drug abuse in the arrest population in Stockholm: Frequency studies. In Sjöqvist, F. & M. Tottie (eds): Abuse of central stimulants. Almqvist & Wiksell, Stockholm. Pp. 235–250.
—— (1969*b*): Intravenöst giftmissbruk bland stockholmspolisens arrestanter 1965–68. Läkartidningen *66*, 781–786.

—— (1969 *c*): Social medical classification of addictions. Int J Addict *4*, 391–405.
—— (1969 *d*): Premises for the treatment of addiction. Br J Addict *64*, 87–93.
—— (1970 *a*): Addiction and society. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
—— (1970 *b*): Offensiven mot narkotikahandeln har medfört fallande missbruksfrekvenser. Svensk Polis *8*, 24–25.
—— (1970 *c*): Inlägg i narkotikadebatten. Sober Förlags AB, Mölnlycke.
—— (1970 *d*): A comparison of the effects of cocaine and synthetic central stimulants. Presented at the International Symposium on Abuse of Central Stimulants, Stockholm, November 25–27, 1968. The British Journal of Addiction *65*, 35–37.
—— (1971 *a*): An epidemic of intravenous drug abuse studied in arrestees in Stockholm 1965–70 and compared to changes in drug policy. Proc V World Congress of Psychiatry. La Prensa Médica Mexicana, Mexico City. P. 200.
—— (1971 *b*): Narkomani som artificiellt framkallad drift, en teori. Nord Med *85*, 20–27.
—— (1972 *a*): The relation of intravenous drug abuse to drug policy. A drug epidemic among arrestees in Stockholm, Sweden. World Med J *19*, 117–120.
—— (1972 *b*): Addiction—an artificially induced drive. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
—— (1972 *c*): Narkotika och narkomani. Aldus/Bonnier, Stockholm.
—— (1972 *d*): A theory of addiction as an artificially induced drive. Am J Psychiatry *128*, 842–846.
—— (1973): Konsten att läsa missbruksrapporter. Läkartidningen *70*, 555–556.
—— (1974 *b*): Somatiska komplikationer vid narkotikamissbruk. Läkartidningen *71*, 368–374.
—— (1974 *c*): Somatiska komplikationer vid narkotikamissbruk: Systematisering efter administrationssätt och missbruksmedel. In the series Klinik och terapi. Astra, Södertälje.
—— (1975): The biological and social character of drug dependence. In Strömgren, E. (ed.): Die psychiatrie der Gegenwart, Band III. Springer-Verlag, Berlin.

Bejerot, N., I.-L. Candefjord & J.-Å. Candefjord (1974): Omhändertagen i Humlegården. En socialmedicinsk kartläggning av det s.k. humlegårdsklientelet. Sober Förlags AB, Mölnlycke.

Berfenstam, R. & B. Smedby (1973): Sjukvårdskonsumtion i Tierpsområdet Oktober–December 1971: En personbaserad studie av olika slag av sjukvårdskontakter i en definierad population. Socialmedicinska Institutionen, Uppsala. Stencil.

Berg, D. (1970): The non-medical use of dangerous drugs in the United States. Int J Addict *5*, 777–834.

Bergersen, B. (1968): Oslo-ungdoms bruk av marihuana og hasjisj. Tidskr f samfunnsforskning *9*, 208–232.

Berggren, B. (1959): Risker och komplikationer vid behandling med nyare psykofarmaka. Opuscula Medica *3* (4) 112–117.

Bergsman, A. & G. Järpe (1965): Narkomani-problem ur internmedicinsk, psykiatrisk och social synpunkt. Nord Med *74,* 1258–1259.

—— (1966): Viewpoints on present-day narcotic problems in Denmark and Sweden with special consideration of the patients treated in hospital. Proc IV World Congress of Psychiatry, Madrid. Stencil.

—— (1969): Comments on free prescription of central stimulants and narcotic drugs. In Sjöqvist, F. & M. Tottie (eds): Abuse of central stimulants. Almqvist & Wiksell, Stockholm. Pp. 275–277.

Bergsman, A. & M. Koffner (1971): Criminal behaviour in a group of drug addicts. International Conference on Alcoholism & Addiction, Dublin. Stencil.

Bergström, K. & B. Westerholm (1971): Consumption of sedatives, hypnotics and minor tranquilizers in a Swedish town. Proc V World Congress of Psychiatry. La Prensa Médica Mexicana, Mexico City. P. 13.

Bewley, T. (1965): Heroin and cocaine addiction. Lancet, April 10, 808–810.

—— (1969): Control of drugs and dependence. The Medico Legal J *37,* 7–22.

Bewley, T. & O. Ben-Arie (1968): Morbidity and mortality from heroin dependence, 2: Study of 100 consecutive inpatients. Br Med J I, 727–730.

Biase, V. (1972): Phoenix House: Therapeutic communities for drug addicts—a comparative study of residents in treatment. In Keup, W. (ed.): Drug Abuse—Current concepts and research. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 375–380.

Birdwood, G. (1969): The willing victim. Secker & Warburg, London.

Bjerver, K. & A. Neri (1965): Alkoholkonsumtionens förändringar våren 1963 hos måttliga alkoholförtärare och hos personer med alkoholproblem. I Alkoholkonflikten 1963, Medicinska verkningar. Informationskonferens anordnad på Wenner-Gren Center av Statens medicinska forskningsråd. Norstedt & Söner, Stockholm. Pp. 41–47.

Björnberg, L. (1966): Medicinalstyrelsens disciplinnämnds narkotikaärenden 1957–64 beträffande läkare. In SOU 1967: 41, 174–197.

Blachly, P. H. (1970): Seduction: A conceptual model in the drug dependencies and other contagious ills. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Black, S., K. Owens & R. Wolff (1970): Patterns of drug use: A study of 5482 subjects. Am J Psychiatry *127,* 420–423.

Blaustein, A. P. (ed.) (1962): Order of the State Administrative Council concerning the strict prohibition of opium and other narcotics. Fundamental legal documents of Communist China. Rothman & Co. South Hackensack, N. J. Pp. 237–239.

Blum, R. H. and associates (1969): Drugs II: Students and drugs. Josey-Bass, San Francisco, Cal. P. 287.

Blumberg, A., M. Cohen, A. Heaton & D. Klein (1971): Covert drug abuse among voluntary hospitalized psychiatric patients. J Am Med Assoc *217,* 1659–1661.

Bolin, L. (1954): Interview in Aftonbladet, 7 November.
—— (1955): Interview in Dagens Nyheter, 22 February.
—— (1966): Personal communication.
Borg, E. (1960): Missbruk av phenmetrazin. Nord Med *64*, 1609–1611.
—— (1961): Missbruk av metylphenidat. Nord Med *65*, 211–213.
Bourne, P. (1974): Addiction. Academic Press, New York.
Bradford Hill, A. (1961): Principles of medical statistics. The Lancet Ltd., London.
Brill, H. (1966): Sociological aspects of drug dependence in the U.S.A. and Great Britain: Importance of the dimension of social contagion. Excerpta Medica Int Congress Series No. 129, 267–270.
—— (1968): Medical and delinquent addicts or drug abusers: A medical distinction of legal significance. The Hastings Law J *19*, 783–801.
Brill, H. & T. Hirose (1969): The rise and fall of a methamphetamine epidemic: Japan 1945–55. Seminars in Psychiatry *1*, 179–194.
a'Brook, M. F., J. D. Hailstone & I. E. J. McLaughlan (1967): Psychiatric illness in the medical profession. Br J Psychiatry *113*, 1013–1023.
Brown, B., S. Gauvey, M. Meyers & S. Stark (1971): In their own words: Addicts' reasons for initiating and withdrawing from heroin. Int J Addict *6*, 635.
Brown, L. (1915): Enforcement of the Tennessee anti-narcotics law. In O'Donnell, J. & J. Ball (eds) (1966): Narcotic Addiction. Harper & Row, New York and London. Pp. 34–44.
Cameron, D. (1968): Youth and drugs: A world view. J Am Med Assoc *206*, 1267–1271.
Carpelan, L. & T. Österman (1970): Åsiktsgrupperingar i narkotikadebatten och TV:s behandling av dessa 1965–67. Journalisthögskolan i Göteborg. Stencil.
Carlsson, C. (1970): Alkoholism som sjukdom. Akademiförlaget, Göteborg.
Chappel, P. A. L. & V. Marks (1965): The addiction epidemic. Lancet I, 288–289.
Chein, I., D. Gerard, R. Lee & E. Rosenfeld (1964): Narcotics delinquency and social policy: The road to H. Tavistock, London.
Cherubin, C. (1967*a*): Urban tetanus: The epidemiologic aspects of tetanus in narcotic addicts in New York City. Arch Environ Health *14*, 802–808.
—— (1967*b*): Investigations of tetanus in narcotic addicts in New York City. Int J Addict *2*, 253–258.
Cherubin, C., J. McCusker, M. Baden, F. Kavaler & Z. Amsel (1972): The epidemiology of death in narcotic addicts. Am J Epidemiol *96*, 11–22.
Cockett, R. (1971): Drug abuse and personality in young offenders. Butterworths, London.
Cohen, S. (1969): The drug dilemma. McGraw-Hill, New York/London.
Commission on Narcotic Drugs (1970): The protocol on psychotropic substances. Bull Narcot *22* (3) 1–14.
Cooperstock, R. & M. Sims (1971): Mood-modifying drugs prescribed in a Canadian city: Hidden problems. Am J Public Health *61*, 1007–1016.

Cronholm, B. (1969): Beroendeframkallande medel (1): Narkotikamissbruk bland ungdomar. Läkartidningen *68,* 4984–4988.

Dixon, W. J. & F. J. Massey (1957): Introduction to statistical analysis. McGraw-Hill, New York.

Dole, V., A. Crowther, J. Johnson, M. Monsalvatage, B. Biller & S. Nelson (1972): Detection of narcotic, sedative and amphetamine drugs in urine. N.Y. State J Med *72,* 471–476.

DuPont, R. (1971): Profile of a heroin-addiction epidemic. New Eng J Med *285,* 320–324.

DuPont, R. & M. Greene (1973): The dynamics of a heroin addiction epidemic. Science *181,* 716–722.

Earle, C. W. (1880): The opium habit. Cited by Terry C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. P. 16.

Eberle, E. G. (1903): Report of committee on acquirement of drug habits. Cited by Terry, C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. Pp. 23–24.

Eckerman, W. C., J. D. Bates, J. V. Rachel & W. K. Poole (1971): Drug usage and arrest charges. Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, SCID-TR-4, Washington D.C.

Eddy, N. B. (1970): Current trends in the treatment of drug dependence and drug abuse. Bull Narcot *22* (1) 1–10.

Edland, J. (1972): Liver disease in heroin addicts. Hum Pathol *3*, 75–79.

Encyclopaedia Britannica (1964): Epidemiology *8*, 642.

Engel, A. (1971): Personal communication.

Eriksson, J. (1972): Morfinabstinensens behandling: 197 avgiftningar från opiater. Läkartidningen *69,* 2657–2660.

Esbjörnson, E. (1971): The drug problem in Sweden—from the police point of view. Bull Narcot *23* (1) 15–22.

Ettlinger, R. (1959): Psykiatriska synpunkter på Preludinbehandling vid obesitas. Opuscula Medica *4*, 175–178.

Evang, K. (1967): Symposium om prevention av narkomani. Soc Med Tidskr skriftserie nr 34. P. 21.

Eysenck, H. J. (1961): Handbook of abnormal psychology. Basic Books, New York.

Le Fevre, C. (1971): The coordinated data: a factual study of drug dependence and drug abuse during 1965–69 in New South Wales: a summary. Med J Aust Feb. 13, 395–397.

Fiddle, S. (1967): Portraits from a shooting gallery: Life styles from the drug addict world. Harper & Row, New York.

Finestone, H. (1966): Narcotics and criminality. In O'Donnell, J. & J. Ball (eds) Narcotic addiction. Harper & Row, New York. Pp. 141–164.

Fishman, J. J., D. Conwell & Z. Amsel (1971): New York City narcotics register: A brief history. Int J Addict *6*, 561–569.

Forssman, S. (1942): Benzedrin. Sv. Läkartidningen *39*, 2545–2556.

Fox, J. (1957): Narcotic addiction among physicians. J Mich Med Soc *56*, 214–226.

Frankau, L. (1964): Treatment in England of Canadian patients addicted to narcotic drugs. Can Med Assoc J *90,* 421–424.

Frej, G. (1969): Case-finding survey angående narkotikamissbrukare kända av olika myndigheter i Stor-Stockholm under tiden 1 juli – 31 december 1967. In SOU 1969: 53, 194–217.

Freyhan, F. A. (1971): Use and misuse of psychoactive drugs. Proc V World Congress of Psychiatry. La Prensa Médica Mexicana, Mexico City. P. 16.

Friedman, I. & I. Peer (1968): Drug addiction among pimps and prostitutes: Israel 1967. Int J Addict *3,* 271–300.

Garb, S. (1969): Drug addiction in physicians. Anesth Analg *48,* 129–133.

Gardner, R. (1970): Deaths in United Kingdom opioid users 1965–69. Lancet II, 650–653.

Glasscote, R., J. Sussex, J. Jaffe, J. Ball, L. Brill (1972): The treatment of drug abuse. Joint Information Service, Washington, D.C.

Glatt, M. M. (1965): Reflections on heroin and cocaine addiction. Lancet, July 24, 171–172.

Goldberg, L. (1944): Vänjning och missbruk efter användning av fenoprominpreparat. Sv Läkartidningen *41,* 561–578.

—— (1968 *a*): Drug abuse in Sweden (I). Bull Narc *22,* (1) 1–33.

—— (1968 *b*): Drug abuse in Sweden (II). Bull Narc *22,* (2) 9–36.

Goldberg, T. (1971): Haschare. Aldus/Bonnier, Stockholm.

Gordan, K. & R. Eliasson (1971): Socialstyrelsen redovisar en undersökning av ungdomsvårdsskolornas narkotikamissbrukare 1969. Allmänna Förlaget, Stockholm.

Gorden, A. M. (1973): Patterns of delinquency in drug addiction. Br J Psychiatry 122, 205–210.

Gossett, J., J. Lewis & V. Austin Phillips (1971): Extent and prevalence of illicit drug use as reported by 56 745 students. J Am Med Assoc *216,* 1464–1470.

Greenwood, J. (1971): Estimating number of narcotic addicts. Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, SCID-TR-3, Washington, D.C.

Grinnell, A. P. (1900): A review of drug consumption and alcohol as found in proprietary medicine. Cited by Terry, C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. Pp. 21–22.

Gunne, L.-M. (1970): Narkomani—medicinska fakta. Akademiförlaget, Göteborg.

—— (1971): Beroende av psykostimulantia. Medicinsk Dokumentation. Ciba, April, 2–6.

—— (1974): Personal communication.

Gunne, L.-M. & C. G. Sandberg (1969): Kemisk narkotikakontroll. Läkartidningen *66,* 432–436.

Harney, M. & J. Cross (1961): The narcotic officer's notebook. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Hartwell, B. H. (1889): The sale and use of opium in Massachusetts. Cited by Terry, C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. Pp. 18–21.

Hedlund, G. (1954): Riksdagen, Andra Kammarens Protokoll Nr 15, den 27 april.

Helpern, M. (1972): Deaths resulting from narcotic addiction—a major health problem. In Keup, W. (ed.) Drug abuse: Current concepts and research. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 51–63.

Helpern, M. & Y. M. Rho (1967): Deaths from narcotism in New York City. Int J Addict *2*, 53–84.

Hemminki, E. (1974): Prescription of psychotropic drugs in outpatient care. Acta Universitatis Tamperensis, Ser. A, Vol. 58, Tampere.

Herulf, B. (1969): En undersökning rörande narkotikakonsumtion i Stockholms skolor, klass 9, april 1967. In SOU 1969: 53, 13–42.

—— (1972): Ungdom och narkotika. Sv. föreningen för psykisk hälsovård, Stockholm.

Higuchi, K. (1974): Experiences of amphetamine and other drugs. In Drug dependence—treatment and treatment evaluation. Skandia International Symposium. Stockholm. (In press.)

Hilding, Ragnar (1974): Personal communication.

Hill, H. E. (1962): The social deviant and initial addiction to narcotics and alcohol. Q J Stud Alcohol *23*, 279.

Hirschfeldt, F. (1964): Narkotikamissbruket – en katastrofsituation. Origo *6*, 11–15.

Hoffmann, O. & K. Håkanson (1969): En analys av medicinalstatistikens fall av abusus alii. In SOU 1969: 53, 218–228.

Holstein, B. E. (1972): Spredning af stoffer. In Winsløw, J.: Ungdom och stofbrug. Jørgen Paludans forlag, Viborg.

Hughes, P. H., G. A. Crawford, N. Barker, S. Schumann & J. Jaffe (1971): The social structure of a heroin copping community. Am J Psychiatry *128*, 551–558.

Hughes, P. H. & R. Parker (1971): Heroin addiction and the neighbourhood social system. Society for applied anthropology. 30th Annual meeting. Miami, Florida.

Hughes, P. H. & G. A. Crawford (1972): A contagious disease model for researching and intervening in heroin epidemics. Arch Gen Psychiatry *27* (2) 149–155.

Hughes, P. H., E. Senay & R. Parker (1972*a*): The medical management of a heroin epidemic. Arch Gen Psychiatry *27*, 585–591.

Hughes, P. H., N. Barker, G. Crawford & J. Jerome (1972*b*): The natural history of a heroin epidemic. Am J Public Health *62*, 995–1001.

Hull, J. M. (1885): Biennial report of the State Board of Health of Iowa. Cited by Terry, C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. Pp. 16–18.

Hunt, L. G. (1973): Heroin epidemics: A quantitative study of current empirical data. The Drug Abuse Council, Washington DC.

Hynson, H. P. (1902): Report of committee on acquirement of the drug habit. Cited by Terry, C. & M. Pellens (1970): The opium problem. Patterson Smith, Montclair. P. 23.

Håkansson, K. & O. Hoffmann (1969): En enkät till lasarett m. m. angående vårdade fall av drogmissbruk den 3 april 1968. In SOU 1969: 53, 229–246.

Ideström, C.-M. (1974): Alkohol- och läkemedelsmissbrukare bland de psykiatriska jourfallen på KS. Läkartidningen *71,* 1837–1838.

Inghe, G. (1958): Mental and physical illness among paupers in Stockholm. Acta Psychiatr et Neurol Scand (Suppl. *121*).

—— (1960): Fattiga i folkhemmet: En studie av långvarigt understödda i Stockholm. Stockholms kommunförvaltning, Stockholm.

—— (1969): The present state of abuse and addiction to stimulant drugs in Sweden. In Sjöqvist, F. & M. Tottie (eds) Abuse of central stimulants. Almqvist & Wiksell, Stockholm. Pp. 187–214.

—— (1973) Socialmedicin 1. Metodik och sjukdomspanorama. Scandinavian University Books. Esselte Studium, Stockholm.

Isbell, H. & T. L. Chruściel (1970): Dependence liability of "non-narcotic" drugs. Bull WHO 43 (Suppl.).

Ivy, A. C. & L. R. Krasno (1941): Amphetamine (Benzedrine) sulfate: A review of its pharmacology. War Med *1,* 15–41.

Jaffe, J. & P. H. Hughes (1971): Heroin epidemics in Chicago. Proc V World Congress of Psychiatry. La Prensa Médica Mexicana, Mexico City. P. 22.

JAMA (1937): Editorial. J Am Med Assoc *108* (23) 1973–1974.

James, I. P. (1967): Suicide and mortality amongst heroin addicts in Britain. Br J Addict *62,* 391–398.

—— (1969): Delinquency and heroin addiction in Britain. Br J Criminology *9* (2) 108–124.

Johansson, I. (1970): Narkotikadebatten 1945–1965: Riksdagsdebatt och pressdebatt. Uppsala universitetsfilial i Örebro. Stencil.

Johnson, B. D. (1973): Marihuana users and drug subcultures. John Wiley & Sons, New York.

Jonas, S. (1972): Heroin utilization, a communicable disease? N.Y. State J Med *72,* 1292–1299.

Jonsson, G. (1967): Delinquent boys, their parents and grandparents. Acta Psychiatr Scand *43,* (Suppl. 195). Munksgaard, Copenhagen.

Jöldal, B. & T. Halvorsen (1972): Electronic data processing in the control of legal consumption of narcotics in Norway. Bull Narc *24* (1) 55–57.

Kato, M. (1969): An epidemiological analysis of the fluctuation of drug dependence in Japan. Int J Addict *4,* 591–621.

Kielholz, P. (1970): Present problems of drug dependence in Switzerland. Bull Narc *22* (2) 1–6.

Klamm, B. (1974): Personal communication.

Kleber, H. D. (1969): Narcotic addiction—the current problem and treatment approaches. Connecticut Medicine *33,* 113–116.

Kolb, L. (1962): Drug addiction. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.

Kolb, L. & A. G. Du Mez (1924): The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it. Public Health Rep *39*, 1179–1204.

Kosviner, A., M. C. Mitcheson, K. Myers, A. Ogborne, G. V. Stimson, J. Zacune & G. Edwards (1968): Heroin use in a provincial town. Lancet, June 1, 1189–1192.

Kramer, J. (1969): An introduction to amphetamine abuse. J Psychedelic Drugs (2) 139–171.

Krook, G. & G. Lindgren (1956): I Sverige under år 1954 på sjukhus behandlade fall av narkomani. Sv Läkartidningen *53*, 361–362.

Lagerbielke, G. (1970): En juridisk kommentar till brotten rörande narkotika. In: Narkotika, handbok för polismän. Rikspolisstyrelsen, Stockholm. Pp. 27–35.

Lapouse, R. (1967): Problems in styding the prevalence of psychiatric disorder. Am J Public Health, *57*, 947–954.

Lerner, M. & D. Nurco (1970): Drug abuse deaths in Baltimore 1951–1966. Int J Addict *5*, 693–716.

Levengood, R., P. Lowinger & K. Schooff (1973): Heroin addiction in the suburbs—an epidemiologic study. Am J Public Health *63*, 209–214.

Lewin, L. (1924, 1931): Phantastica, narcotic and stimulating drugs. New edition 1964. Routledge & Kegan Paul, London.

Lewis, J. M. & J. W. Osberg (1968): Treatment of the narcotic addict: Observations on institutional treatment of character disorders. Am J Othopsychiatry *28*, 730–739.

Lindberg, B. (1969): Narkotikaepidemier, finns dom? Läkartidningen *66*, 1398–1399.

Lindberg, J. (1969): De »legala» narkomanerna. SOU 1969: 53, 345–403.

Lindesmith, A. (1947): Opiate addiction. Principia Press, Bloomington, Indiana.

—— (1959): Federal law and drug addiction. Social Problems, *7*, 48–57.

—— (1965): The addict and the law. University Press, Bloomington, Indiana.

Loewenstein, O. (1940): Gesundheitsschäden durch Pervitinmissbrauch. Samml. Vergiftungsf. *34*, 155–158.

MacDonald, L. (1965): "Psychopathology" of "narcotic addiction": A new point of view. In Harms, E.: Drug addiction in youth. Pergamon Press, Oxford. Pp. 55–66.

MacMahon, B., T. F. Puch, & J. Ipsen (1971): Epidemiologic methods. Little, Brown & Co., Boston.

Madeddu, A. & G. Malagoli (1970): Drug dependence in Italy: Some statistical, clinical and social observations. Bull Narc *22* (4) 15–24.

Malmstedt, J. (1970): Ideologiska inslag i den narkotikapolitiska debatten. Socialhögskolan i Stockholm. Stencil.

Manheimer, D. I., G. D. Mellinger & M. B. Balter (1970): Use of marijuana in an urban cross-section of adults. In Wittenborn, J. R., J. S. Smith & S. A. Wittenborn (eds): Communication and drug abuse. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 225–244.

Marshall, O. (1878): The opium habit in Michigan. In O'Donell, J. & J. Ball (eds): Narcotic addiction. Harper & Row, New York. Pp. 45–54.

Maurer, D. W. (1972): Drug abuse and crime. In Blachly, P. H. (ed.): Progress in drug abuse. Proceedings of the Third Annual Western Institute of Drug Problems summer school. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 207–240.
Mechanic, D. (1968): Medical sociology, a selective view. The Free Press. New York. P. 230.

*Medicinalväsendets författningssamling (MF):*

MF 1930: 84. Kungl. Maj:ts kungörelse angående handel med opium och vissa andra narkotiska ämnen och beredningar;
MF 1933: 65. Kungl. Maj:ts kungörelse med vissa bestämmelser angående narkotiska ämnen och beredningar;
MF 1939: 56. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående förklarande av vissa varor såsom gifter av första klassen;
MF 1943: 41. Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulärskrivelse angående benzedrin och därmed jämförliga preparat;
MF 1944: 45. Kungl. brev angående utfärdande av föreskrifter rörande handeln med fenoprominpreparat;
MF 1958: 91. Kungl. Maj:ts kungörelse om ändring i kungörelsen den 16 september 1933 (nr 599) med vissa bestämmelser angående narkotiska ämnen och beredningar;
MF 1959: 12. Kungl. Maj:ts kungörelse om ändrad lydelse av 1 § kungörelsen den 16 september 1933 (nr 599) med vissa bestämmelser angående narkotiska ämnen och beredningar;
MF 1960: 91. Kungl. Maj:ts kungörelse om ändring i kungörelsen den 16 september 1933 (nr 599) med vissa bestämmelser angående narkotiska ämnen och beredningar;
MF 1960: 131. Kungl. Medicinalstyrelsens meddelande till samtliga läkare i riket angående narkotikamissbruket;
MF 1962: 20. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående förordnande och utlämnande av narkotika från apotek m. m.;
MF 1963: 150. Förteckning över narkotika fastställd av medicinalstyrelsen;
MF 1964: 11. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse om tillämpningen av narkotikaförordningen (medicinalstyrelsens narkotikakungörelse);
MF 1964: 30. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående tillägg till medicinalstyrelsens förteckning över narkotika;
MF 1966: 28. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående ändring i medicinalstyrelsens förteckning över narkotika;
MF 1966: 116. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående tillägg till medicinalstyrelsens förteckning över narkotika;
MF 1967: 61. Kungl. Medicinalstyrelsens kungörelse angående tillägg till medicinalstyrelsens förteckning över narkotika;
MF 1968: 21. Socialstyrelsens kungörelse angående utlämnande från apotek av vissa narkotiska läkemedel;
MF 1969: 3. Socialstyrelsens kungörelse om tillägg till medicinalstyrelsens förteckning över narkotika;
MF 1972: 31. Socialstyrelsens kungörelse med förteckningar över narkotika.

Meiselas, J. (1965): The narcotic addiction program of the New York State Department of Mental Hygiene. In Wilner, D.M. and G. G. Kassebaum (eds): Narcotics. McGraw-Hill, New York. Pp. 249–262.

Mellinger, G., M. Balter & D. Manheimer (1971): Patterns of psychotherapeutic drug use among adults in San Francisco. Arch Gen Psychiatry *25,* 385–394.

MF, see Medicinsk Författningssamling.

Mizner, G., J. Barter & P. Werme (1970): Patterns of drug use among college students: A preliminary report. Am J Psychiatry *127,* 15–24.

Modlin, H. & A. Montes (1964): Narcotics addiction in physicians. Am J Psychiatry *121,* 358–363.

Mårtens, S. (1970): Svensk taktik gav resultat. Läkartidningen *67,* 2269–2272.

Nahas, G. (1973): Marihuana—the deceptive weed. Raven Press, New York.

Nurco, D. & M. Lerner (1972): Experience, problems and perspectives re data collection on drug abusers. 2nd Internat Symposium on Drug Abuse. Jerusalem. Stencil.

O'Donnell, J. (1964): A follow-up of narcotic addicts: Mortality, relapse and abstinence. Am J Orthopsychiatry *34,* 948–954.

—— (1966): Narcotic addiction and crime. Social Probl. *13,* 374–385.

O'Donnell, J. & J. Jones (1970): Diffusion on the intravenous technique among narcotic addicts. In Ball, J. & C. Chambers (eds): The epidemiology of opiate addiction in the United States. Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 147–166.

Parreiras, D. (1965): Census of drug addicts in Brazil—The incidence and nature of drug addiction. Bull on Narc *17* (1) 21–24.

Pescor, M. (1942): Physician drug addicts. In O'Donnell, J. & J. Ball (eds) (1966): Narcotic addiction. Harper & Row, New York. Pp. 164–180.

Putnam, P. & E. Ellinwood, Jr. (1966): Narcotic addiction among physicians: A ten-year follow-up. Am J Psychiatry *122,* 745–748.

Quinn, W. (1959): Medical and legal problems involved in narcotic addiction. Am Bar Assoc & Am Med Assoc. Salt Lake City. Stencil.

Ramqvist, Nils (1974): Personal communication.

Rathod, N. H. (1972): The use of heroin and methadone by injection in a New Town. Progress report. Br J Addict *67,* 113–122.

Retterstøl, N. (1967): Medikamentmissbrug. Universitetsforlaget, Oslo.

—— (1970): Narkotikamissbruk. Läromedelsförlagen, Stockholm.

Retterstøl, N. & A. Sund (1965): Drug addiction and habituation, an investigation with personal follow-up of 122 drug addicted and habituated patients previously treated in a psychiatric clinical department. Acta Psychiatr Scand *40,* Suppl. 179.

Rexed, I. (1973): Ett notat om lagstiftningar. Psykisk Hälsa *14,* 79–84.

Rexed, I. & N. Wickberg (1972): Domar i narkotikamål. Riksåklagarämbetet, Stockholm. Stencil.

Richards, L. & E. Carroll (1970): Illicit drug use and addiction in the United States. Public Health Rep *85,* 1035–1038.

Richman, A. (1966): Follow-up of criminal narcotic addicts. Can Psychiatric Assoc J *11,* 107–115.

Richman, A. & B. Humphrey (1969): Epidemiology of criminal narcotic addiction in Canada. Bull Narc *21* (1) 31–40.

Richman, A., J. Fishman, L. Bergner & S. W. Patrick (1971): A narcotic case register—some perspectives on multiple reports. Social Psychiatry *6*, 179–185.

Richman, A. & V. V. Richman (1973): Epidemiologic assessment of changes in the onset of narcotic addiction. Proc 101st Annual Meeting, American Public Health Assoc. San Francisco.

Rikspolisstyrelsen (1972): PM angående den grova narkotikabrottsligheten. Stencil.

Rimmerfors, E. (1954): Riksdagen, Andra Kammarens Protokoll nr 15, den 27 april.

Rogers, A. (1970): Narcotic addiction among young people. Federal Probation *34*, 34–41.

Rylander, G. (1933): Barbiturism—en ny narkomani. Nord Med *5*, 647–653.

—— (1966*a*): Preludin-narkomaner från klinisk och medicinsk-kriminologisk synpunkt. Läkartidningen *63*, 4973–4980.

—— (1966*b*): Addiction to Preludin intravenously injected. Excerpta Medica Int Congress Series No. 150, 1363–1365.

Scher, J. (1966): Patterns and profiles of addiction and drug abuse. Arch Gen Psychiatry *15*, 539–551.

Schur, E. M. (1965): Crimes without victims. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Seevers, M. H. (1968): Psychopharmacological elements of drug dependence. Am Med Assoc *206*, 1263–1266.

SFS, see Svensk författningssamling.

Sjögren, H. (1974): Personal communication.

Sjöqvist, F. & M. Tottie (eds) (1969): Abuse of central stimulants. Almqvist & Wiksell, Stockholm.

Smart, R. G., D. Fejer & E. Alexander (1972): Drug use among high school students and their parents in Lincoln and Welland counties. In Blachly, P. (eds): Progress in drug abuse: Charles C. Thomas, Springfield, Ill. Pp. 62–103.

Smart, R. G. P. Whitehead & L. LaForest (1971): The prevention of drug abuse by young people: an argument based on the distribution of drug use. Bull Narc *23* (2) 11–15.

Smedby, B. (1963): Receptundersökningen. In SOU 1966:28, 1–52.

Smith, W. G., E. H. Ellinwood, Jr & G. E. Waillant (1966): Narcotic addicts in the mid-1960's. Public Health Rep *81*, 403–412.

Socialstyrelsen (1969): Yttrande över »Förslag angående vårdorganisation för sociopater», framlagt av en särskild arbetsgrupp, tillsatt av regionvårdskommittén. Diarien r S N 3: 883/68. Stencil.

—— (1973): Fakta om ungdomsvårdsskolorna. Allmänna Förlaget, Stockholm.

Soop, E. (1955): Danska folkets sjukdomar. Sv Läkartidningen *52*, 271. (Cited by Inghe 1958).

SOU, see Statens offentliga utredningar.

Soueif, M. I. (1971): The use of cannabis in Egypt: A behavioural study. Bull Narc *23* (4) 17–28.
Southwood, T. R. E. (1966): Ecological methods. 3rd impression, 1971. Chapman & Hall, Ltd., London.
Spear, H. B. (1969): The growth of heroin addiction in the United Kingdom. Br J Addict *64*, 245–255.
Special Committee of Investigation appointed by the Secretary of the Treasury (1918). In Terry & Pellens 1928. Patterson Smith, New Jersey, 1970. Pp. 30–33.
Spelman, J. W. (1970): Heroin addiction: The epidemic of the 70's. Arch Environ Health *21*, 589–590.

*Statens offentliga utredningar (SOU):*
—— 1964:40, Mentalsjukvårdslag. Betänkande avgivet av 1954 års sinnessjuklagstiftningskommitté. Stockholm 1964.
—— 1966:28, Läkemedelsförmåner. Betänkande 2 avgivet av 1961 års sjukförsäkringsutredning. Stockholm 1964.
—— 1967:25, Narkotikaproblemet, De. 1, Kartläggning och vård. Betänkande avgivet av narkomanvårdskommittén. Stockholm 1967.
—— 1967:41, Narkotikaproblemet, Del 2, Kontrollsystemet. Betänkande avgivet av anrkomanvårdskommittén. Stockholm 1967.
—— 1969:52, Narkotikaproblemet, Del 3, Samordnade åtgärder. Betänkande avgivet av narkomanvårdskommittén. Stockholm 1969.
—— 1969:53, Narkotikaproblemet, De. 4, Socialmedicinska och kliniska undersökningar. Bilagor till betänkande 3 avgivet av narkomanvårdskommittén. Stockholm 1969.
—— 1971:77, Svenska folkets alkoholvanor. Rapporter från försök och undersökningar i alkoholpolitiska utredningens regi. Stockholm 1971.
Statistiska centralbyrån (1968): Statistical Abstracts for Sweden, Stockholm.
Štika, L. & O. Vinař (1971): An attempt to detect drug abuse. Activitas Nervosa Superior *13*, 229–230.
Stockholms stads statistiska kontor (1968): Statistical Abstracts of Stockholm.
Ström, J. (1965): Diskussionsinlägg, Svenska läkaresällskapets årsmöte 1964. Nord Med *74* (27) 672.
—— (1972): Narkomanhepatitepidemin i Stockholm 1962–71. Läkartidningen *49*, 5769–5772.
Stålberg, E. (1969): Field studies and social intervention in Uppsala. In Sjöqvist F. & M. Tottie (eds): Abuse of central stimulants. Almqvist & Wiksell, Stockholm. Pp. 291–296.
Svensk Författningssamling (1930): Nr 38.
Svensson, A. (1973): Svensk alkoholpolitik. Sober Förlags AB, Mölnlycke.
Takman, J. (1958): Om narkotikamissbruk bland ungdom. Sociala meddelanden (1) 25–32.
—— (1961): An epidemiological study on narcotic use among Stockholm adolescents: A preliminary report. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, University of Toronto Press, Montreal. Pp. 412–415.

—— (1964): Narkotikaförskrivningar och narkomaniproblem i Sverige. Ska polisen helt överta handläggningen av ett allvarligt socialmedicinskt problem? Sv. Läkartidningen *61,* 640–664.
Tatetsu, S. Cited by Brill, H. & T. Hirose (1969), p. 182.
Tec, N. (1972): The peer group and marijuana use. Crime and Delinquency, July, 298–309.
—— (1974): Grass is green in suburbia: A sociological study of adolescent usage of illicit drugs. Libra Publishers, Roslyn-Heights, N.Y.
Teigen, A. (1966): Narkotikabehandling i sluten anstalt. Cited by Melldahl, I.-E.: Psykisk Hälsa (2) 54–63.
Terry, C. & M. Pellens (1928): The opium problem. New edition 1970. Patterson Smith, Montclair, N.J.
Törnqvist, K.-E. (1966): Svåra återfallsbrottslingar: En rättspsykiatrisk och kriminologisk undersökning. Norstedt & Söner, Stockholm.
Ulff-Møller, B. (1971): Drug use among youth in Denmark in the spring of 1968. Danish Med Bull *18,* 105–11.
Vaillant, G. E. (1969): The natural history of urban narcotic drug addiction—some determinants. In Steinberg (ed.): Scientific basis of drug dependence. J. & A. Churchill Ltd. London. Pp. 341–362.
Vaillant, G. E., J. Brighton & C. MacArthur (1970): Physicians' use of mood-altering drugs: a 20-year follow-up report. New Eng J Med *282,* 365–370.
Walters, P. A., G. Goethals & H. Pope (1972): Drug use and lifestyle among 500 college undergraduates. Arch Gen Psychiatry *26,* 92–96.
Wetli, C., J. Davis & B. Blackbourne (1972): Narcotic addiction in Dade County, Florida. Arch Pathol *93,* 330–343.
Wickberg, N. (1973): Intravenösa missbruket av narkotika. Läkartidningen *70,* 553–556.
Wiener, R. S P. (1970): Drugs and school children. Longman, London.
Wikler, A. (1971): Drug dependence. In Baker & Baker (eds): Clinical Neurology. Harper & Row, New York.
Wikter, A (1971): Drug Dependence. In Clinical Neurology.
Willis, J. H. (1969): The natural history of drug dependence: Some comparative observations on United Kingdom and United States subjects. In Steinberg, H. (ed.): Scientific basis of drug dependence. J. & A. Churchill Ltd. London. Pp. 302–321.
Winick, C. (1965): Epidemiology of narcotics use. In Wilner, D. & G. Kassebaum (eds): Narcotics. McGraw-Hill, New York. Pp. 3–18.
Wright, J. D. (1970): Problems of drug addiction. Proc R Soc Med *63,* 725–729.
Yolles, S. (1971): Cited by Jonas, S. (1972).
Åkerman, C.-A. (1970): Previous and current narcotic drug legislation in Sweden. Proc European Council Commission meeting in Stockholm, April 23. Stencil.
Åmark, C. (1942): Om Dolantin och dolantinnarkomani. Hygiea *104* (1) 57–64.
Åhström, S.-E. (1966): Legal förskrivning av narkotika skapar bättre hjälpmöjligheter. Läkartidningen *63,* 745–750.

Serien SOBER–DOKUMENTATION:

1. *Eckart Kühlhorn:*
   EFFEKTER AV BEHANDLING
2. *Nils Bejerot:*
   NARKOTIKAMISSBRUK OCH NARKOTIKAPOLITIK

Serien SOBER–DEBATT:

1. *Nils Bejerot:*
   INLÄGG I NARKOTIKADEBATTEN
2. *Thornell–Markén:*
   MELLANÖLET – ETT UNGDOMSPROBLEM?
3. *Arenander–Johansson:*
   ALKOHOLREKLAMEN – EN MOTSKRIFT
4. *Gerth Ekstrand:*
   KAN VI LITA PÅ MASSMEDIA?
5. *Olof Burman:*
   VAD ÄR DET FÖR FEL PÅ MELLANÖLET?
6. *Wennberg–Zacharias:*
   VÅRT FÖRGIFTADE LAND
7. *Arne Svensson:*
   SVENSK ALKOHOLPOLITIK
8. *Bejerot–Candefjord–Candefjord:*
   OMHÄNDERTAGEN I HUMLEGÅRDEN
9. *Olof Burman:*
   VÅR FRAMTIDA ALKOHOLPOLITIK
10. *Lars Esaiasson:*
    SVAR PÅ APU
11. *Åke Isling (red):*
    FOLKRÖRELSERNA I NY ROLL?

SOBER FÖRLAGS AB
Distribution – 435 00 Mölnlycke

# Narkotikamissbruk och narkotikapolitik

redogör för injektionsmissbruket i polisklientelet i Stockholm under åren 1965–1970, då den svenska narkotikapolitiken gjorde dramatiska kastningar i permissiv och restriktiv riktning. Missbruksutvecklingen var explosionsartad under perioden med liberal förskrivning av narkotika till injektionsmissbrukare 1965–1967: På två år tiodubblades andelen sprutmissbrukare – från 3 % till 30 % – bland 15–19-åringarna i polisklientelet.

Detta är veterligen den första vetenskapliga studien i världen av sambandet mellan narkotikamissbruk och narkotikapolitik.

*Nils Bejerot* är psykiater och socialmedicinare. Han har under fyra år tjänstgjort som forskningsläkare i narkomani vid Statens medicinska forskningsråd och är nu docent och lärare i socialmedicin vid Karolinska institutet.

*"Ett utomordentligt värdefullt material; trots omfånget en mycket lättläst avhandling."*

Professor Gunnar Lindgren, Lund

*"Avhandlingen är förutbestämd att bli en klassisk forskningsrapport"*

Professor John C. Ball, Ph. D.
University Philadelphia, USA

SOBER FÖRLAGS AB
Cirkapris: Häftad kr 73:— inkl. moms
Inbunden kr 79:— inkl. moms

ISBN 91 7296 014–0