

Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011



Mats Anderberg
Mikael Dahlberg
Karin Patriksson

Kunskapskällar'n
Rapport 2012:1

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Sammanfattning	5
1. Inledning och syfte	7
1.1 Rapportens innehåll	7
2. Om metod och etik.....	8
2.1 Undersökningens genomförande.....	8
2.2 Verksamheter som ingår i kartläggningen av tungt narkotikamissbruk	9
2.3 Bortfall.....	10
3. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning	11
3.1. Tidigare undersökningar	11
3.2 Andra indikatorer för tungt narkotikamissbruk.....	12
4. Resultat.....	14
4.1 Köns- och åldersfördelning	14
4.2 Stadsdelstillhörighet	15
4.3 Droganvändning.....	16
4.3.1 Primär drog.....	16
4.3.2 Intagningssätt	19
4.3.3 Frekvens	21
4.3.4 Annan drog.....	22
4.4 Vård- och behandlingskontakter	23
4.5 Boende- och levnadsform samt försörjning.....	24
5. Slutsatser	26
6. Kunskapskällar'n.....	28
Referenser	29
Bilaga 1. Enkät för kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg.....	31

© Göteborgs Stad, Social resursförvaltning
Kunskapskällar'n 2012
ISBN: 978-91-87099-01-4

Kunskapskällar'n

Rapport 2012:1

Social utveckling

Göteborgs Stad, Social resursförvaltning

Göteborg 2012

Förord

Narkotika är ett av våra allvarligaste samhällsproblem, inte minst i en storstad som Göteborg.

För att kunna erbjuda bästa möjliga stöd är det viktigt för staden att ha kunskap om de behövandes livssituation. Kunskapskällar'n, ett kompetenscentrum vid Social resursförvaltning, har fått i uppdrag av politikerna i Göteborgs Stad att genomföra en kartläggning av tungt narkotikamissbruk.

I denna rapport redovisas resultaten från kartläggningen av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011. Kartläggningen har identifierat drygt 1700 personer med tungt narkotikamissbruk som har haft kontakt med olika myndigheter och organisationer. Den beskriver deras droganvändning, vård- och behandlingskontakter, boendeform, levnadsform samt försörjning. Vår målsättning är att denna rapport ska ge politiker och tjänstemän i staden en klarare lägesbild och att den ska vara en del i underlaget för beslut i framtiden.

På Kunskapskällar'n har Karin Patriksson, tillsammans med en intern arbetsgrupp, ansvarat för att hålla ihop arbetet. För bearbetning av inkommet material samt analyser har fil.dr. Mikael Dahlberg och fil. dr. Mats Anderberg ansvarat.

Vi vill tacka all personal hos stadsdelarnas socialkontor, beroendesjukvården, kriminalvården, frivilligorganisationer och Social resursförvaltning, som gjort denna rapport möjlig genom att delta i kartlägningsarbetet.

Vår förhoppning är att rapporten ska sätta fokus på narkotikafrågan och att de människor i vår stad som behöver det i framtiden ska få ett än bättre stöd.

Göteborg den 19 mars 2012

Maj Bjurving

Enhetschef Social utveckling

Social resursförvaltning

Sammanfattning

Göteborgs Stad kartlade 2011 omfattningen av det tunga narkotikamissbruket i Göteborg. Med tungt narkotikamissbruk menas i det här sammanhanget *personer, oavsett ålder, som under de senaste 12 månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (4 dagar eller mer i veckan) de senaste 30 dagarna*. Senast en motsvarande kartläggning genomfördes var för 13 år sedan, MAX-98, vilket då var en nationell kartläggning (Olsson et al 2001). Syftet med studien har varit att ge en bild av förekomsten av tungt narkotikamissbruk i Göteborg samt att ge en vidare beskrivning av dessa personers vårdkontakter och levnadsvillkor. Resultatet är tänkt att fungera som underlag för staden i planerings- och utvecklingsarbetet inom missbruksområdet.

En unik kartläggning av det tunga narkotikamissbruket i Göteborg

Personal på alla socialkontor i Göteborg, kommunens boende- och öppenvårdsverksamheter, sjukvårdens beroendeklinik, kriminalvårdens häkte, anstalt och frivård samt frivilligorganisationer har rapporterat in uppgifter till kartläggningen. För första gången vid kartläggning av tungt narkotikamissbruk har rapporteringen denna gång inhämtats från både enkätsvar och från data i dokumentationssystemen DOK och ASI, som ett antal verksamheter använder sig av.

1 708 unika individer har identifierats

Sammanlagt har 1 708 unika individer identifierats bland de 2 148 inrapporteringarna. Medelåldern är 36 år, könsfördelningen är 76 procent män och 24 procent kvinnor. Tittar man närmare på åldersfördelningen är 20 procent av personerna 25 år eller yngre och 7 procent är 20 år eller yngre

Amfetamin den vanligaste drogen

Amfetamin är det dominerande preparatet för personer med ett tungt narkotikamissbruk i Göteborg (37 procent), följt av heroin (19 procent) och cannabis, (19 procent). Undersökningen visar att totalt 54 procent av samtliga personer har injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna. Kvinnor rapporteras i högre utsträckning än män injicera narkotika.

Cannabis dominerar bland de yngre

För åldersgruppen 20 år eller yngre som uppfyller definitionen för tungt narkotikabruk dominerar cannabis med 75 procent. Det finns indikationer som tyder på att opiat- och cannabismissbruket kommer att öka eftersom andelen användare av nämnda preparat är högre i de yngre åldersgrupperna. En kommande ökning av andelen personer med opiatmissbruk kan innebära att nuvarande vårdssystem och dess innehåll förändras.

Vanligt med blandmissbruk

Ett tungt eller problematiskt narkotikamissbruk kan alltså ta sig olika uttryck. 75 procent av de rapporterade personerna använder även andra preparat vid sidan av sin primära drog, det vill säga det förekommer ett omfattande blandmissbruk med flera olika kombinationer. De vanligast förekommande andra preparaten är cannabis, läkemedel, amfetamin och alkohol. De personer som innefattas i definitionen tungt narkotikamissbruk är en heterogen grupp. Här återfinns exempelvis ungdomar som dagligen använder cannabis och något äldre personer som missbrukar amfetamin eller opiater.

Många äldre saknar behandlingskontakt

Sammantaget uppges att 59 procent har någon form av vård- och behandlingskontakt. I den yngre åldersgruppen har 82 procent sådan kontakt, medan knappt hälften av de äldre åldersgrupperna saknar behandlingskontakt. Det är oroväckande att en så pass hög andel inte befinner sig i vård eller behandling. Av de personer som har pågående vård- eller behandlingskontakt har 80 procent en öppenvårdskontakt medan 12 procent befinner sig på institution.

Nästan var tionde lever tillsammans med barn

Personer med ett tungt narkotikamissbruk befinner sig även i en utsatt social situation med svåra levnadsförhållanden. 20 procent av dem saknar fast bostad och 25 procent bor på någon form av institution. Drygt 50 procent av personerna har inkomst i form av försörjningsstöd och ytterligare 19 procent får någon form av ersättning genom försäkringskassan. Merparten av kartläggningens personer (65 procent) lever ensamma och totalt 30 procent har barn under 18 år. Det kan noteras att sammantaget 9 procent (136 personer) som rapporteras ha ett tungt narkotikamissbruk lever tillsammans med barn.

1. Inledning och syfte

Göteborgs Stad har beslutat att under år 2011 kartlägga omfattningen av det tunga narkotikamissbruket i Göteborg.

Rapporten har ett vidare syfte där även droganvändning, eventuellt pågående vård- och behandlingskontakter samt levnadsvillkor kartlagts. Sådan mer utförlig information kommer politiker och beslutsfattare att kunna använda som underlag vid planering av effektiva preventiva åtgärder och bättre riktade insatser till målgruppen. Tanken är att fortlöpande kunna följa utvecklingen genom att liknande kartläggningar genomförs vart sjätte år.

Det har nu gått 13 år sedan MAX-98, den senaste kartläggningen av tungt narkotikamissbruk genomfördes (Olsson et al 2001). Därefter har det gjorts skattningar av det tunga narkotikamissbruket baserade på slutenvårdsdata från sjukvården. Begreppet tungt narkotikamissbruk kan definieras eller tolkas på flera olika sätt (SOU 2005). I tidigare svenska kartläggningar har beteckningen "tungt narkotikamissbruk" använts. Internationellt är beteckningen "problematic drug use" betydligt mer vanligt förekommande. Även i den senaste svenska skattningen har begreppet "problematiskt narkotikaanvändning" anammats (se FHI 2010). För att kunna jämföra resultatet i denna kartläggning med tidigare genomförda svenska kartläggningar av tungt narkotikamissbruk (Olsson et al 2001) har samma definition använts:

Personer, oavsett ålder, som under de senaste 12 månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (4 dagar eller mer per vecka) de senaste 30 dagarna.

1.1 Rapportens innehåll

I nästa kapitel beskrivs hur kartläggningen har genomförts, deltagande verksamheter, etiska överväganden samt bortfall. Kapitel tre beskriver tidigare kartläggningar och undersökningar samt exempel på andra indikatorer för tungt narkotikamissbruk. I kapitel fyra respektive fem presenteras resultat samt slutsatser från denna kartläggning. Sist finns en beskrivning av Kunskapskällar'n, den enhet inom Göteborgs Stad som utfört denna kartläggning.

2. Om metod och etik

I detta kapitel beskrivs hur kartläggningen har genomförts, vilka verksamheter som har medverkat genom att rapportera in uppgifter samt vilket bortfall som förekommit. Projektets metodologiska utgångspunkter och överväganden samt genomförande presenteras närmare i den särskilda metodrapporten: *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011 – Metodrapport* (Kunskapskällar'n 2012).

2.1 Undersökningens genomförande

Kartläggningen har föregåtts av ett förankrings- och förberedelsearbete där en särskild projektorganisation hos Kunskapskällar'n, Social resursförvaltning, har varit huvudansvarig. Insamling av uppgifter har skett via en så kallad *case-finding studie*¹ i samverkan med myndigheter och organisationer som varit i kontakt med personer med narkotikamissbruk under tidsperioden 2010-10-01 till 2011-03-31. Fem huvudsakliga aktörer har lämnat underlag till kartläggningen, dessa har varit: socialkontor vid respektive stadsdelsnämnd, boende- och öppenvårdsverksamheter inom Social resursförvaltning, sjukvården genom Beroendeklinikens öppna och slutna verksamheter, kriminalvården där både häkte, anstalt och frivård har ingått samt verksamheter från frivilliga organisationer som exempelvis Stadsmissionen och Räddningsmissionen. Sammanlagt har cirka 120 enheter deltagit i kartläggningen, vilka representerats av 72 kontaktpersoner. Samtliga kontaktpersoner har deltagit vid informationsmöten om kartläggningen arrangerade av projektorganisationen. Representanter från projektorganisationen har också varit ute hos flera av de deltagande enheterna och informerat all personal.

Den enkät, se bilaga 1, som tagits fram och som utgör det huvudsakliga materialet för kartläggningen innehåller 20 frågor. Förutom vissa grundläggande uppgifter om den rapporterande verksamheten och den enskilda personen (som kön, ålder och stadsdel) ingår frågor om droganvändning, vård- och behandlingskontakter samt vissa levnadsförhållanden som till exempel boende och försörjning.

Enkätuppgifterna har kompletterats med data som har hämtats in via de två databaserna IKMDOK och ASI-net. Databaserna används av enheter inom missbruksvården för att genom strukturerade intervjuer i DOK (Dokumentation av klienter) alternativt ASI (Addiction Severity Index) dokumentera klienters problem och behov. Den huvudsakliga rapporteringen i denna kartläggning, 81 procent, har skett med hjälp av enkäter. Resterande uppgifter kommer från dokumentationssystem, 19 procent.

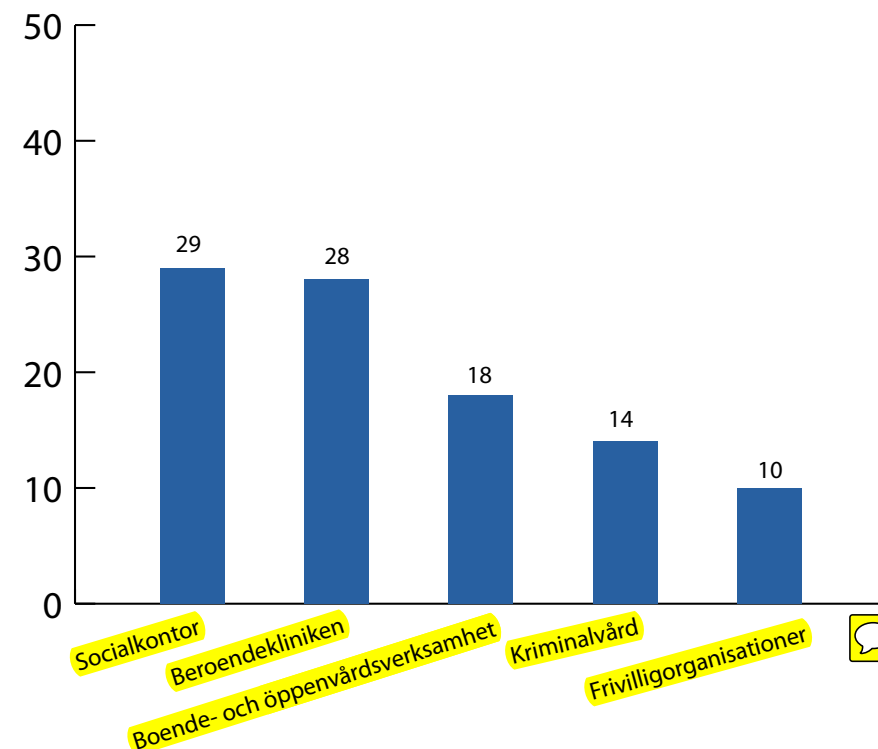
Rapporteringarna från båda materialen har varit anonymiserade. För att kunna identifiera dubbelrapporteringar har en så kallad individkod använts (födelseår, -dag och initialer).

¹ Case-finding studie innebär att uppgifter om kända individer, som omfattas av definitionen av exempelvis tungt narkotikamissbruk, inhämtas från verksamheter som kan tänkas komma i kontakt med dessa personer.

2.2 Verksamheter som ingår i kartläggningen av tungt narkotikamissbruk

Det har identifierats 1 708 unika individer med ett tungt narkotikamissbruk utifrån sammantaget 2 148 rapporteringar. Diagrammet nedan visar fördelningen mellan de olika uppgiftslämnarna.

Diagram 1. Total rapportering, fördelning av uppgiftslämnare, i procent (N= 2 148)



Det är, som framgår av diagram 1, de tio stadsdelsnämndernas respektive socialkontor som i störst omfattning har rapporterat in uppgifter, 29 procent. Därefter följer öppen- och slutenvården inom Beroendekliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhuset med 28 procent. Kategorin Boende- och öppenvårdsverksamhet utgörs främst av de enheter inom Social resursförvaltning som arbetar med olika boendeformer och behandlingsenheter, dessa enheter står för 18 procent av rapporteringen. Kriminalvården, som i denna kartläggning representeras av samtliga verksamhetsgrenar i Göteborg, häkte, anstalt och frivård, har bidragit med 14 procent. Slutligen har de frivilliga organisationerna inrapporterat 10 procent.

2.3 Bortfall

Det externa bortfallet utgörs av enheter och verksamheter som i sitt dagliga arbete möter eller har kontakt med personer med ett narkotikamissbruk, men som inte deltagit. I denna kartläggning finns några sådana källor. Enligt polisen var det inte möjligt att rapportera in uppgifter bakåt i tiden då de vid sina ingripanden inte ställer den typ av frågor som efterfrågas i kartläggningen. Dock har ett särskilt material lämnats från polisen som medger vissa möjligheter till analys, se vidare metodrapporten (Kunskapskällar'n 2012). Sjukvården har genom Beroendeklinikens öppna och slutna enheter deltagit i kartläggningen. Övriga verksamheter inom sjukvården, som exempelvis akutsjukvården, infektionskliniken samt vårdcentralen för hemlösa har inte deltagit i kartläggningen. Orsaken till detta har dels varit den stora genomströmningen av patienter och dels att de inte ställer den typ av frågor som efterfrågas i kartläggningen, vilket hade krävts för att de skulle kunna rapportera bakåt i tiden. När det gäller kriminalvården saknas det uppgifter från en av de två anstalterna i Göteborg som ombads att delta.

Det förekommer även ett visst internt bortfall, vilket är ofrånkomligt i undersökningar av den aktuella omfattningen. För varje variabel/fråga redovisas det totala antal som rapporterat uppgiften, exempelvis N=1 699, det vill säga 1 699 av de 1 708 unika individer som ingår i kartläggningen vilket innebär ett bortfall på 9. Exempelvis kan det interna bortfallet handla om att det saknas uppgift vad gäller stadsdelstillhörighet för en enskild person.

3. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning

Att kartlägga antalet personer med omfattande narkotikamissbruk på ett giltigt och tillförlitligt sätt är en utmaning som är förenad med både rent praktiska svårigheter och betydande osäkerhet, vilket kräver flera olika forskningsstrategier. Ingen enskild metodik kan ensam lösa uppgiften, utan en kombination av olika tekniker eftersträvas (EMCDDA 1999).

Utgångspunkten har varit att kartlägga och skatta förekomsten av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Göteborg. I en sådan skattning ingår även att beräkna "mörkertalet", det vill säga personer som inte finns i den ursprungliga kartläggningen men ändå tillhör den definierade målgruppen. Två vedertagna statistiska metoder för mörkertalsberäkning har prövats i arbetet med denna rapport. Dessa har emellertid givit så stora variationer varför bedömningen gjorts om att inte redovisa dem i denna rapport. För en mer utförlig diskussion om svårigheterna i beräkning av mörkertal, se vidare i metodrapporten (Kunskapskällar'n 2012).

3.1. Tidigare undersökningar

Det har tidigare genomförts liknande studier om förekomst av tungt narkotikamissbruk i Göteborg vid några tillfällen, både som en ingående del i nationella kartläggningar och som egna lokala skattningar. Tabellen nedan visar vilka år dessa kartläggningar och skattningar gjorts samt de resultat som framkom beträffande tungt narkotikamissbruk i Göteborg samt i hela landet. Resultaten i tabellen nedan är kartläggningar och skattningar som inkluderar mörkertalsberäkning.

Tabell 1. Sammanställning av kartläggningar och skattningar i Göteborg respektive Sverige

	Göteborg	Hela landet
1979	1 800	15 000
1992	1 900	19 000
1998	2 100	26 000
1999	2 100*	26 100
2000	2 200*	27 700
2001	2 400*	27 700
2002	2 500*	27 300
2003	2 200*	25 700
2004	2 800*	25 600
2007	–	29 500

* Anger lokala men ej publicerade uppgifter.

Det har vid tre tidigare tillfällen (år 1979, 1992 och 1998) genomförts nationella kartläggningar med motsvarande syfte, att skatta antalet personer med tungt narkotikamissbruk. År 1979 uppskattades 15 000 personer ha ett tungt narkotikamissbruk i Sverige och 1992 var motsvarande uppgift 19 000 personer. Den senaste undersökningen av detta slag avser 1998 och då uppgick skattningen till 26 000 personer för hela landet och för Göteborgs Stad till 2 100 personer (Olsson m.fl. 2001). Socialstyrelsen har publicerat skattningar av tungt eller problematiskt narkotikamissbruk för perioden 1999–2004 baserat på uppgifter från sjukvårdens patientregister. För 2004 skattades antalet personer till 25 600 för hela Sverige (SOU 2011). Statens Folkhälsoinstitut (2010) har med hjälp av samma metodik skattat antalet personer för 2007 till 29 500. I denna rapport kan även fördelningen per län utläsas och 2007 skattades att Västra Götaland hade cirka 5 300 personer med ett tungt eller problematiskt narkotikamissbruk.

För Göteborg redovisas motsvarande lokala uppgifter om det tunga narkotikamissbruket. Den senaste skattningen i Göteborg gjordes för 2004 och uppgick till 2 800 personer. Det kan noteras att de lokala uppgifterna för Göteborg varierar (under åren 1999–2004) från 2 100 till 2 800 personer.

3.2 Andra indikatorer för tungt narkotikamissbruk

Det tunga narkotikamissbrukets utveckling kan även speglas i ett antal andra uppgifter eller indikatorer. Här följer en kort redogörelse för de olika statistikuppgifter kring problematiskt eller tungt missbruk som årligen tas fram på nationell basis. Uppgifterna som redovisas nedan är hämtade ur CAN:s (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings) rapport *Drogutvecklingen i Sverige* och avser huvudsakligen perioden 1998–2009 (CAN 2010).

Antalet anmälda narkotikabrott har ökat avsevärt under det senaste decenniet. Enligt rapporten hänger ökningen troligen mer samman med de kraftigt ökade resurser som polisen lägger ner på narkotikabrottslighet än med en verklig ökning av narkotikaanvändningen. Kriminalvården gör årliga skattningar över hur stor andel klienter som har ett narkotikamissbruk. Av samtliga intagna 1998 bedömdes 39 procent tillhöra den grupp kriminalvården benämner som grava narkotikamissbrukare, 2004 var andelen 42 procent och 2009 var andelen 41 procent.

Via Socialstyrelsen har det tagits fram uppgifter om antal personer i landet som slutenvårdas med någon form av narkotikarelaterad diagnos. Här noteras en ökning för perioden, vilken kan åskådliggöras genom att antalet vårdade år 1998 uppgick till 8 682 patienter, 2004 till 8 742 samt 2009 till 10 757. Detta innebär en påtaglig ökning (24 procent). Motsvarande utveckling noteras för Västra Götaland. Att antalet slutenvårdade personer (särskilt gruppen ej tidigare inlagda) har ökat kan tyda på en ökad nyrekrytering men kan även vara ett uttryck för utökade möjligheter för individer att få hjälp med sina problem via landstingens beroendevård. Antalet anmälda fall av hepatit C via injektionsmissbruk uppvisar en tydlig minskning, där antalet 1998 uppgick till 1 616, medan siffrorna för 2004 och 2009 var 1 194 respektive 996 personer, det vill säga sammantaget en minskning med 38 procent. Västra Götaland har en jämförbar utveckling.

Antalet narkotikarelaterade dödsfall i landet har ökat med 15 procent under 1998–2008. Under 1998 dog 341 personer av narkotikarelaterade sjukdomar, 2004 var siffran 362 och 2008 dog 393 personer. Även här följer Västra Götaland mönstret. I ett längre tidsperspektiv konstateras dock här ett positivt trendbrott, vilket troligen beror på ökad tillgång till substitutionsbehandling för individer med opiatmissbruk, det vill säga den grupp som generellt har högst överdödlighet till följd av sitt missbruk. För de personer som tvångsvårdas med stöd av LVM (Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall) och som uppgivit narkotika som huvuddrog har en minskning skett under perioden, från 37 procent 1999 (uppgift saknas för 1998) till 27 procent 2004 och 31 procent år 2009.

Den sammantagna bilden av utvecklingen gällande tungt narkotikamissbruk är således motsägelsefull, då några indikatorer visar på viss uppgång det senaste decenniet, medan annan rapportering uppvisar stagnation eller minskning. Tilläggas kan att Socialstyrelsen i en nyligen publicerad rapport har gjort bedömningen att omfattningen av det tunga narkotikamissbruket tycks ha stabiliserats (Socialstyrelsen 2012).

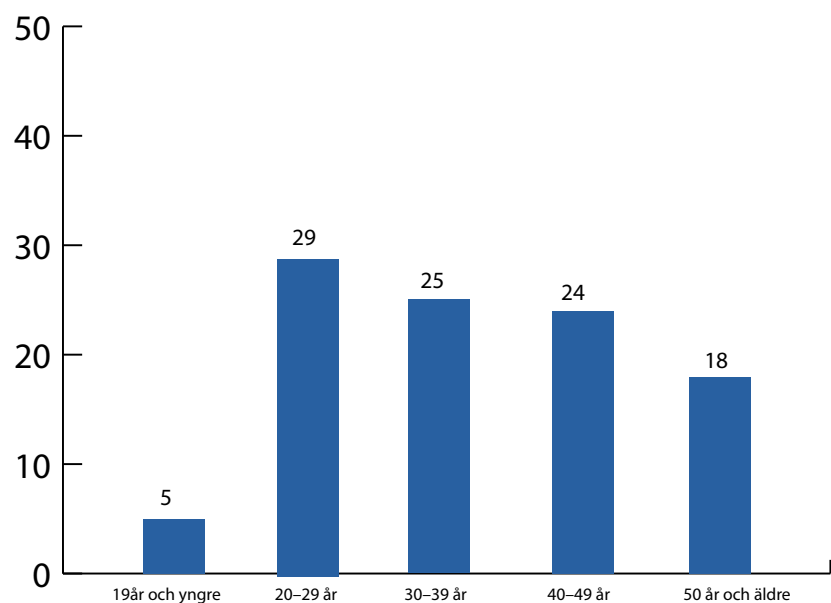
4. Resultat

I resultatdelen presenteras en utförligare beskrivning av de 1 708 unika personernas förhållanden när det gäller exempelvis droganvändning, kontakter med vård- och behandlingssystem samt levnadsvillkor avseende till exempel boende och försörjning. I några fall redovisas uppgifterna även i relation till köns- och ålderskillnader.

4.1 Köns- och åldersfördelning

Könsfördelningen för de personer som ingår i kartläggningen är 76 procent män respektive 24 procent kvinnor. Åldersfördelningen redovisas i nedanstående diagram.

Diagram 2. Åldersfördelning, i procent (N=1 708)



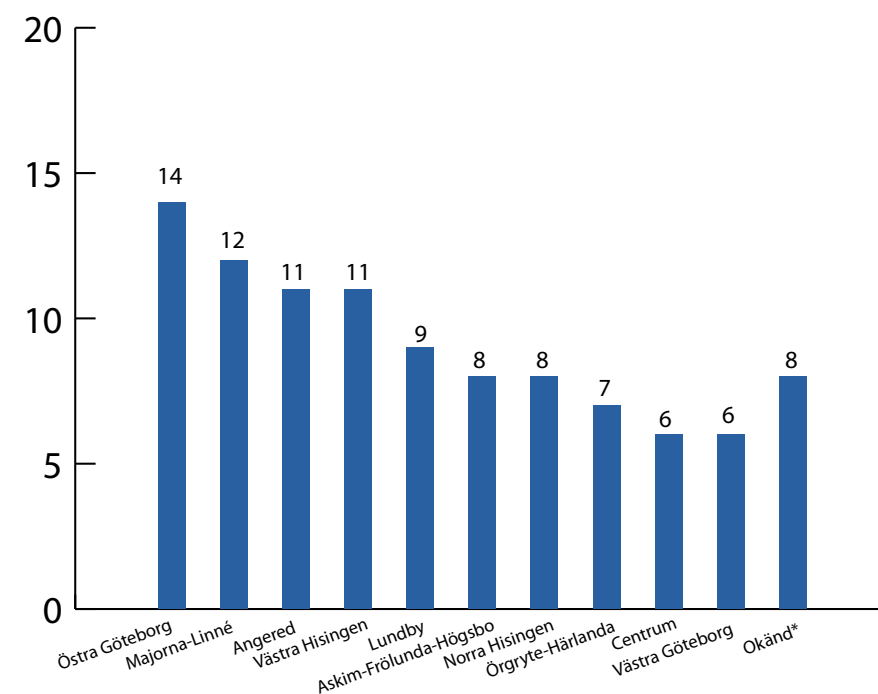
Medelåldern är 36 år med en spridning från 15 till 74 år. När det gäller åldersfördelningen utgör gruppen 19 år och yngre 5 procent, 20–29 år uppgår till 29 procent, 30–39 år till 25 procent, 40–49 år till 24 procent samt 50 år och äldre till 18 procent. I en specifik beräkning konstateras att det totalt är 20 procent av personerna i kartläggningen som är 25 år eller yngre och att det är 7 procent som är 20 år eller yngre.

Av den totala målgruppen har 85 procent svenskt medborgarskap, medan 6 procent har annat än svenskt. Okänt medborgarskap anges för 9 procent.

4.2 Stadsdelstillhörighet

Individernas fördelning på stadsdelstillhörighet illustreras med nedanstående diagram.

Diagram 3. Stadsdelstillhörighet, i procent (N=1 708)



*Det kan vara svårt för den som rapporterar att ange stadsdelstillhörighet. Exempelvis då kontakten med den enskilde inte grundar sig på biståndsbeslut från socialtjänsten.

Som framgår av diagrammet återfinns merparten av personerna med tungt narkotikamissbruk i stadsdelarna Östra Göteborg (14 procent), Majorna-Linné (12 procent), Angered (11 procent) och Västra Hisingen (11 procent). Mer sällan uppges de tillhöra Örgryte-Härlanda (7 procent), Centrum (6 procent) eller Västra Göteborg (6 procent). För 8 procent av de personer som ingår i kartläggningen är stadsdelstillhörigheten okänd.

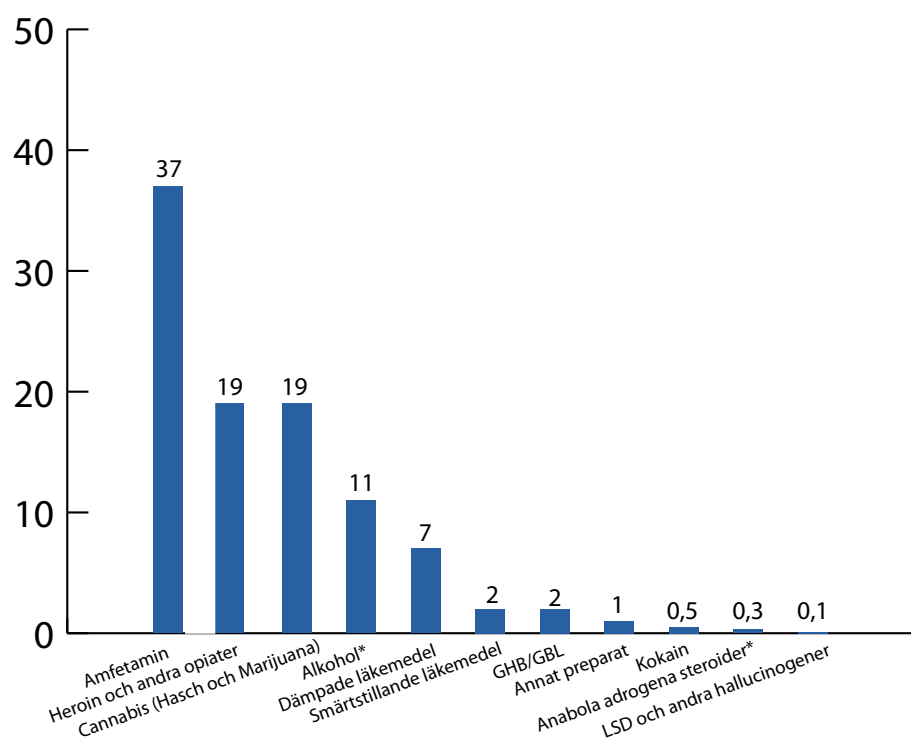
4.3 Droganvändning

I detta avsnitt redovisas personernas rapporterade droganvändning i ett antal olika avseenden såsom primär drog, annan drog, vanliga kombinationer av droger, intagningsätt och frekvens.

4.3.1 Primär drog

I diagrammet nedan redovisas i procent vilken drog som rapporterats in som primär drog. Med primär drog menas den drog som orsakar personen mest problem och/eller utgör anledning till kontakt.

Diagram 4. Primär drog, i procent (N=1 699)



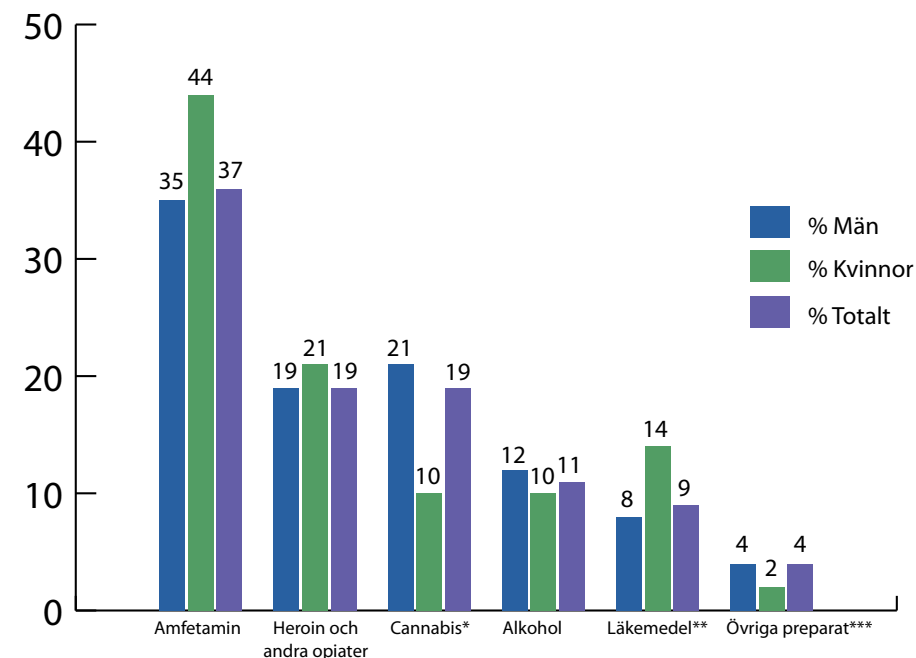
* Dessa personer uppfyller samtidigt kartläggningens kriterier för tungt narkotikamissbruk, genom att de också använder narkotiska preparat i enlighet med studiens definition.

Som framgår av diagrammet ovan är den dominerande drogen amfetamin, vilket rapporteras som primär drog för totalt 37 procent av personerna. Därefter följer heroin och andra opiater samt cannabis som anges med vardera 19 procent. Alkohol uppges som primär drog för 11 procent av individerna. Dessa personer ingår i kartläggningen då de har ett så pass omfattande sidomissbruk av narkotika att de uppfyller definitionen för tungt narkotika-

missbruk. Dämpande läkemedel, till exempel olika former av bensodiazepiner, anges som primär drog för 7 procent, smärtstillande läkemedel anges som primär drog för 2 procent och detsamma gäller för GHB/GBL. Kokain rapporteras som primär drog för 0,5 procent. För övriga preparat noteras andelar från 0,1–1 procent.

I diagrammet nedan redovisas primär drog i relation till kön.

Diagram 5. Primär drog i relation till kön, i procent (N=1 699)



* Cannabis innefattar hasch och marijuana

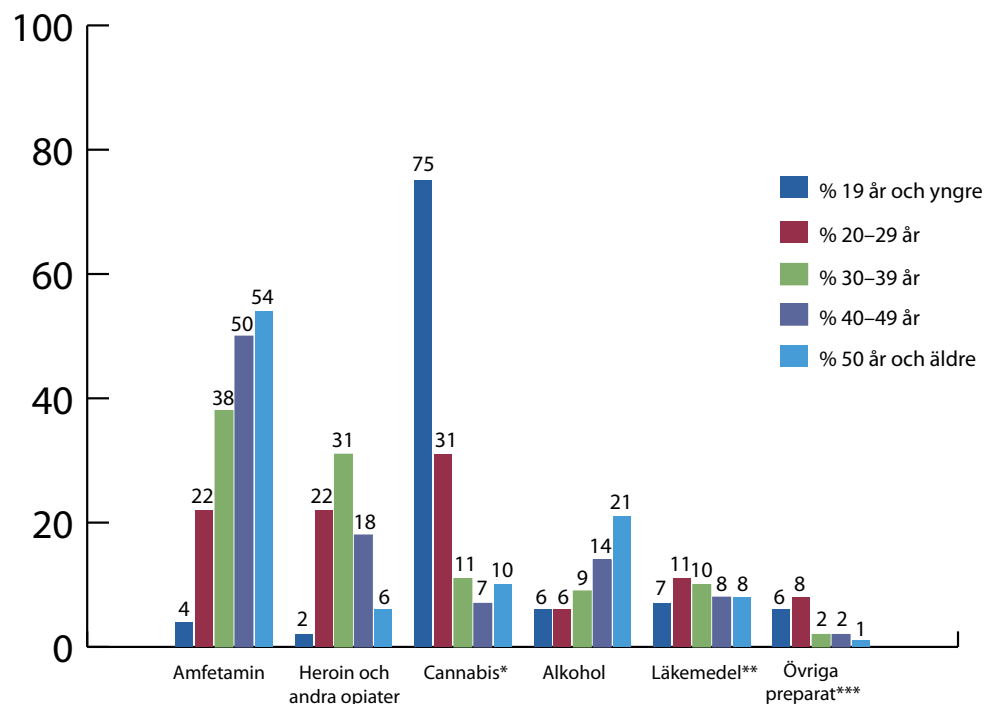
** Läkemedel omfattas av dämpande och smärtstillande läkemedel.

*** Övriga preparat utgörs av kokain, LSD och andra hallucinogener, GHB/GBL, anabola androgena steroider och annat preparat.

Diagrammet ovan visar att amfetamin är den vanligaste primära drogen för både män och kvinnor, vilket uppgivits för 35 procent av männen och för 44 procent av kvinnorna. För övriga droger skiljer det sig åt, där den näst vanligaste primära drogen för män är cannabis (21 procent) och för kvinnor är heroin och andra opiater (21 procent). Den tredje vanligaste primära drogen är för männen heroin och andra opiater (19 procent) och för kvinnorna läkemedel (14 procent). Noteras kan att alkohol har rapporterats som primär drog för 12 procent av männen och för 10 procent av kvinnorna. Konstateras kan att övriga preparat, som här inkluderar kokain, LSD och andra hallucinogener, GHB/GBL, anabola androgena steroider och annat preparat, endast utgör primär drog för 4 procent av männen och 2 procent av kvinnorna.

I diagrammet nedan presenteras rapporteringen av primär drog i olika åldersgrupper.

Diagram 6. Primär drog i relation till ålder, i procent (N=1 699)



* Cannabis innefattar hasch och marijuana

** Läkemedel omfattas av dämpande och smärtstillande läkemedel.

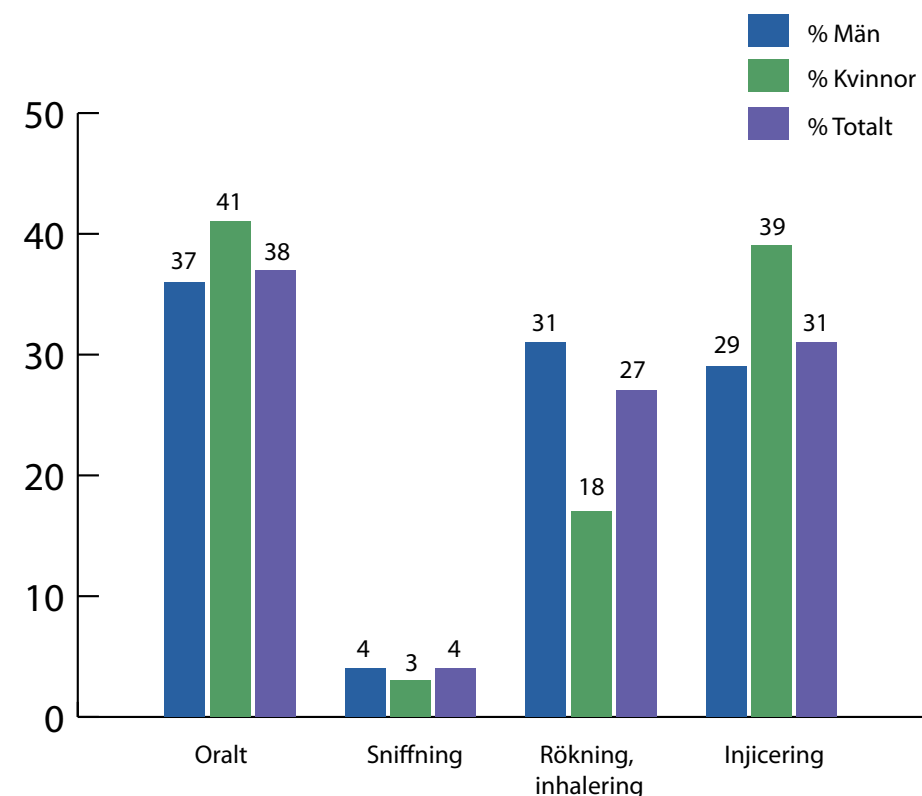
*** Övriga preparat utgörs av kokain, LSD och andra hallucinogener, GHB/GBL, anabola androgena steroider och annat preparat.

Det kan noteras stora skillnader när det gäller olika åldersgruppers användning av primär drog. De yngre grupperna är överrepresenterade när det gäller cannabis som primär drog, 75 procent av personerna under 20 år och 31 procent i åldersgruppen 20–29 år. För de två åldersgrupperna som är 40 år och äldre är det en tydlig överrepresentation av amfetamin (50 respektive 54 procent) och alkohol (14 respektive 21 procent). Heroin och andra opiater förekommer mest i åldersgruppen 20–29 år (22 procent) och åldersgruppen 30–39 år (31 procent). Då det gäller läkemedel är variationen mellan åldersgrupperna mindre, som lägst 7 procent och som högst 11 procent. Övriga preparat som här inkluderar kokain, LSD och andra hallucinogener, GHB/GBL, anabola androgena steroider och annat preparat är mer förekommande i de yngre åldersgrupperna, 6 procent för dem under 20 år och 8 procent för åldersgruppen 20–29 år jämfört med 1–2 procent för övriga åldersgrupper.

4.3.2 Intagningsätt

Hur man tar narkotikan kallas för intagningsätt. Diagrammet nedan visar vanligaste intagningsättet av primär drog för män respektive kvinnor.

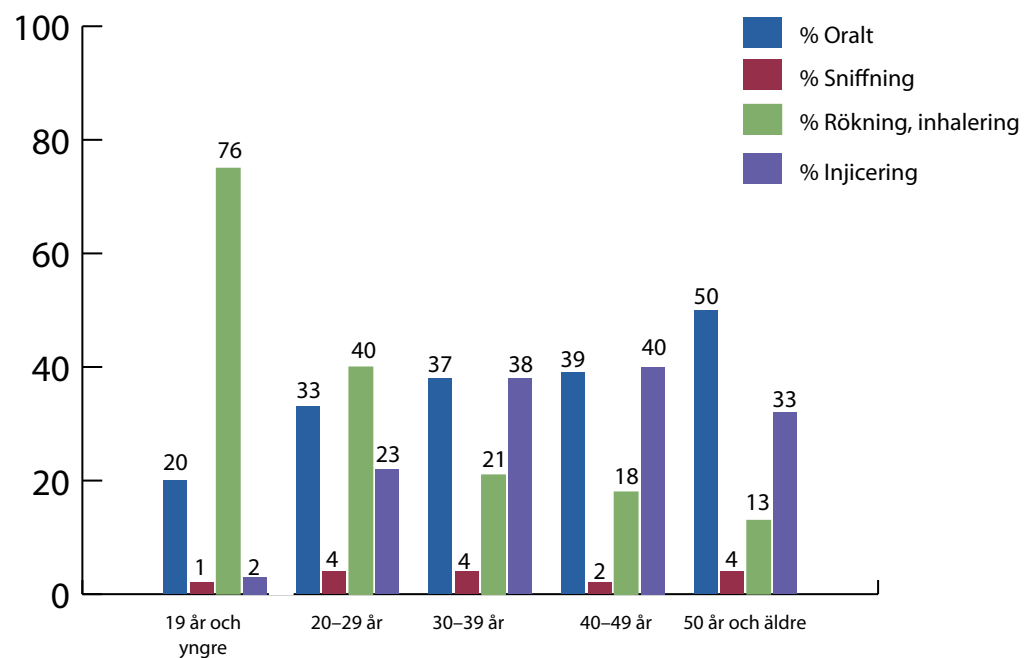
Diagram 7. Vanligaste intagningsätt senaste 12 månaderna, primär drog, kopplat till kön, i procent (N=1 493)



Det vanligaste sättet att ta narkotika är att göra det oralt det vill säga att man sväljer, vilket har uppgivits för 38 procent totalt, bland kvinnorna hos 41 procent och bland männen hos 37 procent. Injicering som vanligaste intagningsätt av narkotika har rapporterats in för 31 procent totalt, andelen är högre bland kvinnor jämfört med män (39 respektive 29 procent). Rökning/inhalering är vanligare bland männen (31 procent) jämfört med bland kvinnorna (18 procent). Andelen personer som har sniffning som vanligaste intagningsätt är låg jämfört med övriga intagningsätt, 4 procent för männen och 3 procent för kvinnorna.

I diagrammet nedan visas hur vanligaste intagningsätt av primär drog är kopplat till olika åldersgrupper.

Diagram 8. Vanligaste intagningsätt senaste 12 månaderna, primär drog, kopplat till ålder, i procent (N=1 493)



Rökning/inhalering är vanligare bland de yngre åldersgruppernas (76 respektive 40 procent) vilket överensstämmer med mönstret för primär drog, där cannabis är det vanligast förekommande preparatet i dessa grupper. I åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år är det vanligaste intagningsättet injektionsmissbruk, (38 respektive 40 procent). Det kan även noteras att det är 33 procent i åldersgruppen 50 år och äldre där injektion anges som vanligaste intagningsätt de senaste 12 månaderna. Oralt intagningsätt ökar successivt i åldersgrupperna, från 20 procent bland dem under 20 år till 50 procent bland dem som är 50 och äldre. Sniffning är mest ovanligt bland dem under 20 år (1 procent) och näst mest ovanligt bland 40–49-åringarna (2 procent). För åldersgrupperna mellan 20–39 år och dem över 50 år är det 4 procent som har sniffning som vanligaste intagningsätt.

Undersökningen visar också att sättet att ta droger skiljer sig beroende på typ av drog. Av de personer som använder heroin som primär drog är det nästintill lika stora andelar som röker (40 procent) respektive injicerar (39 procent). Det vanligaste intagningsättet för amfetamin är däremot injicering (68 procent).

4.3.3 Frekvens

I det här delavsnittet presenteras hur ofta personerna tagit sin primära drog och detta redovisas utifrån de två olika kriterierna för definitionen av tungt narkotikamissbruk; Att ha injicerat narkotika någon gång de senaste 12 månaderna eller ha intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (minst fyra dagar per vecka) under de senaste 30 dagarna

Här redovisas hur många personer som injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna uppdelat på kön och ålder.

Tabell 2. Injicerat narkotika någon gång de senaste 12 månaderna (N=1 212)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Ja	52	60	15	44	58	65	60	54
Nej	48	40	85	56	42	35	40	46

Totalt uppges 54 procent ha injicerat narkotika någon gång under de 12 senaste månaderna. Tabellen ovan visar att det är vanligast förekommande bland kvinnor jämfört med bland män (60 respektive 52 procent). Bland dem under 20 år har 15 procent injicerat narkotika någon gång senaste året, men andelen ökar successivt i åldersgrupperna där användningen bland 40–49-åringarna ligger på 65 procent för att sedan sjunka något för gruppen 50 år och över, 60 procent.

I tabellen nedan presenteras hur ofta personerna tagit sin primära drog de senaste 30 dagarna uppdelat på kön och ålder.

Tabell 3. Frekvens av primär drog de senaste 30 dagarna, i relation till kön och ålder (N=1 152)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Dagligen/så gott som dagligen	69	65	86	74	66	71	52	68
Två-tre dagar/vecka	17	15	8	13	16	16	26	17
En dag/vecka eller mindre	6	9	1	4	6	6	11	6
Enstaka tillfälle	9	11	4	9	12	7	12	9

Det är 68 procent som använder den primära drogen dagligen eller så gott som dagligen. Det finns inga direkta skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hur ofta drogen brukas. Däremot har de yngre åldersgrupperna en påtagligt högre användningsfrekvens av den primära drogen än äldre åldersgrupper (86 procent bland dem under 20 år). Det kan dock noteras ett högt bortfall när det gäller denna fråga, där 33 procent av uppgiftslämnarna inte kunnat bedöma eller ange konsumtionsmönster för personerna.

4.3.4 Annan drog

Tre fjärdedelar av personerna använder även andra preparat vid sidan av sin primära drog. I tabellerna nedan benämns detta *Annan drog 1* och utgör då det preparat som näst efter den primära drogen används mest av personen. I tabell 4 redovisas vilka dessa preparat är uppdelat på kön och ålder.

Tabell 4. Annan drog 1 i relation till kön och ålder (N=1 273)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Cannabis	25	19	20	20	21	27	31	24
Läkemedel	21	25	18	30	24	14	16	22
Amfetamin	20	21	20	18	22	21	21	20
Alkohol	20	23	20	13	17	28	28	20
Övriga preparat	6	5	18	12	7	4	2	7
Heroin/andra opiater	6	7	2	8	9	4	3	6

Cannabis: Hasch och Marijuana, Läkemedel: dämpande och smärtstillande läkemedel samt Övriga preparat: GHB/GBL, Annat preparat, Kokain, Anabola androgena steroider och LSD och andra hallucinogener.

De vanligast förekommande andra preparaten är cannabis, läkemedel, amfetamin och alkohol. För en fjärdedel av personerna anges ingen annan drog utöver den primära drogen, alternativt är denna okänd av uppgiftslämnarna. Det förekommer smärre könsskillnader genom att män i högre grad använder cannabis som annan drog (25 respektive 19 procent), medan fler kvinnor använder läkemedel (25 respektive 21 procent).

De yngre åldersgrupperna använder läkemedel vid sidan av sin huvuddrog i relativt stor omfattning, hela 30 procent i åldersgruppen 20–29 år jämförbart med 22 procent totalt. Hos de två äldsta åldersgrupperna finns en relativt omfattande användning av alkohol i kombination med ett huvudpreparat (28 procent för båda grupperna jämfört med 20 procent totalt). Även cannabis i kombination med ett huvudpreparat är mer förekommande i dessa grupper (27 procent i gruppen 40–49 år och 31 procent bland dem som är 50 och äldre).

De mest förekommande kombinationerna av preparat är följande:

Tabell 5. De vanligaste kombinationerna av primär drog och annan drog 1 (N=1 273)

Primär drog + Annan drog 1	(%)
Amfetamin + Cannabis	13
Amfetamin + Alkohol	12
Heroin + Läkemedel	7
Alkohol + Amfetamin	6
Heroin + Amfetamin	6
Amfetamin + Läkemedel	6
Alkohol + Cannabis	5
Cannabis + Amfetamin	5

Tabellen ovan visar kombinationer av primär drog och den drog som är mest förekommande vid sidan av den primära drogen. De vanligaste kombinationerna är amfetamin och cannabis (13 procent) samt amfetamin och alkohol (12 procent).

4.4 Vård- och behandlingskontakter

Ett antal frågeställningar i kartläggningen belyser hur det ser ut med vård- och behandlingskontakter för den studerade gruppen personer med ett tungt narkotikamissbruk. Personerna i kartläggningen har rapporterats in av myndigheter och organisationer varav några inte har som huvuduppdrag att bedriva vård och behandling. Det innebär att individerna inte nödvändigtvis har en pågående behandlingskontakt.

Tabellen nedan visar förekomsten av pågående vård- och behandlingskontakt uppdelat på kön och ålder.

Tabell 6. Pågående vård- och behandlingskontakter i relation till kön och ålder (N=1 491)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Ja	57	65	82	64	63	56	55	59
Nej	43	35	18	36	37	44	45	41

Totalt sett uppges 59 procent ha en pågående vård- eller behandlingskontakt. I tabellen framträder könsskillnader som visar att kvinnor i högre utsträckning än män rapporteras ha pågående vård- och behandlingskontakter (65 respektive 57 procent). De yngre åldersgrupperna har i högre grad vårdkontakt jämfört med de äldre grupperna. Bland dem under 20 år eller yngre har 82 procent en pågående vård- och behandlingskontakt jämfört med 59 procent totalt.

Utöver frågan om pågående vård- och behandlingskontakt efterfrågades också vad den i så fall bestod av. Undersökningen visar att 80 procent har/hade någon form av öppenvårdskontakt, exempelvis sjukvårdens beroendeklinik, socialtjänsten öppenvård och enheter inom psykiatri. Vidare vistas 12 procent på någon form av institution, till exempel LVM-hem, behandlingshem samt häkte eller anstalt inom kriminalvården. I kartläggningen ställdes också frågan om personen har pågående substitutionsbehandling², och det visade sig att 6 procent hade pågående substitutionsbehandling (N=1 341). Av de personer som uppges ha heroin (19 procent) som primär drog befinner sig 26 procent i substitutionsbehandling med Buprenorfin, Metadon, Subutex eller Suboxone.

På frågan om personen HIV-testats finns ett stort bortfall. I den genomförda kartläggningen har 36 procent angivit svar på frågan (621 personer) och det framkommer att 78 procent av dem som det finns uppgifter om har HIV-testats.

4.5 Boende- och levnadsform samt försörjning

Slutligen redovisas några uppgifter som rör personernas levnadsförhållanden och sociala situation. Först redogörs för individernas boendeform.

Tabell 7. Boendeform de senaste 6 månaderna i relation till kön och ålder (N=1 619)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Egen bostad	25	37	1	29	32	30	26	28
Hos föräldrar	15	8	76	22	10	4	2	14
Andrahand m.m.*	12	9	3	11	13	12	11	11
Institution/ kategoriboende**	28	26	19	23	23	28	42	27
Saknar bostad***	19	20	1	15	22	26	19	20

* Andrahand, inneboende, kollektiv, studentbostad

** Försöks- eller träningslägenhet, institution, familjevård, fängelse, häkte.

*** Hotell, hos släktingar, bostadslös, annan boendeform

Av tabellen ovan framgår att det finns tydliga könsskillnader beträffande andelen som har egen bostad, där kvinnor i mycket större utsträckning än män har egen bostad (37 respektive 25 procent). I åldersgruppen 20 år eller yngre bor 76 procent hos föräldrar och 19 procent på institution/kategoriboende. Högst andel personer som saknar bostad finns i åldersgruppen 40–49 år, 26 procent jämfört med totalt 20 procent. Hos åldersgruppen 50 år och äldre finns flest personer som bor på institution/kategoriboende, 42 procent jämfört med 27 procent totalt. Totalt sett är det en betydande andel som saknar bostad, 20 procent, och i vissa åldersgrupper är siffran som synes ännu högre.

² Substitutionsbehandling/läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin) innebär en behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende. (SOSFS 2009:27)

Denna behandlingsform är inte att se som missbruk. De personer med pågående substitutionsbehandling som finns med i denna kartläggning är antingen så pass nya i behandlingen att de uppfyllde definitionen, injicerat någon gång senaste året, innan behandlingen påbörjades alternativt haft ett sidomissbruk som gjort att de uppfyllt definitionen.

Hur personerna lever, det vill säga om man lever ensam eller tillsammans med andra kallas här för levnadsform. I tabellen nedan presenteras några uppgifter som rör personernas sociala situation.

Tabell 9. Levnadsform senaste 6 månaderna i relation till kön och ålder (N=1 577)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Ensamlevande	66	62	20	58	65	69	83	65
Ensamstående med barn	2	6	-	2	3	6	2	3
Samlevande med partner och barn	6	5	-	4	9	7	2	6
Samlevande med partner (utan barn)	9	14	-	11	11	10	9	10
Samlevande med föräldrar/släktingar	11	7	75	17	5	2	1	10
Annan levnadsform	6	7	5	7	7	7	3	6

Tabellen ovan visar att merparten av personerna (65 procent) lever ensamma. Totalt 10 procent sammanlever med partner utan barn och 10 procent med föräldrar eller släktingar. I den yngsta åldersgruppen sammanlever 75 procent med föräldrar eller släktingar. Noterbart är att sammantaget 9 procent (136 personer) med tungt narkotikamissbruk lever tillsammans med barn.

I enkäten efterfrågades också om personerna har barn under 18 år. Totalt 407 personer eller 30 procent angavs ha egna barn som är under 18 år, i den uppgiften ingår även barn som man inte har egen vårdnad om (N=1 332).

Tabellen nedan redovisar hur personerna som ingår i kartläggningen försörjer sig.

Tabell 10. Försörjning de senaste 6 månaderna i relation till kön och ålder (N=1 568)

	Kön (%)		Ålder (%)					Totalt (%)
	Män	Kvinnor	< 19 år	20–29 år	30–39 år	40–49 år	> 50 år	
Lönebaserad inkomst*	19	15	9	16	14	17	28	18
Ersättning från Försäkringskassan**	18	22	-	12	14	21	38	19
Försörjningsstöd	52	56	11	62	63	56	32	53
Försörjd av föräldrar	5	4	73	4	1	1	-	5
Annan försörjning***	6	3	7	5	8	4	2	5

* Eget arbete, A-kassa, sjukpenning, ålderspension, studiebidrag, studiemedel, föräldrapenning.

** Sjukersättning, aktivitetsersättning.

*** Kriminalitet, prostitution, annan försörjning.

Som huvudsaklig försörjning de senaste 6 månaderna anges att totalt 53 procent har försörjningsstöd. 19 procent har någon form av ersättning via Försäkringskassan, något högre för kvinnor än för män (22 respektive 18 procent). Knappt 20 procent har någon form av lönebaserad inkomst, vilket är något högre för män än för kvinnor (19 respektive 15 procent). Åldersgruppen under 20 år skiljer ut sig där 76 procent försörjs av föräldrar. Högst andel personer med lönebaserad inkomst och ersättning från Försäkringskassan finns i åldersgruppen 50 år och äldre (28 respektive 38 procent jämfört med 18 respektive 19 procent totalt).

5. Slutsatser

Det kan konstateras att skattningar av förekomst och omfattning beträffande olika former av alkohol- eller narkotikamissbruk innebär flera svårigheter. Några hinder kan vara att enskilda personer i sin kontakt med olika verksamheter inte är benägna att uppge nämnda bekymmer eftersom det i vissa fall kan leda till negativa konsekvenser. Det kan även finnas svårigheter att avgöra graden av missbruksproblem och därmed huruvida en person ska inkluderas i en kartläggning likt denna. Sannolikt finns det också personer som inte har någon pågående kontakt med myndigheter och verksamheter inom vårdssystemet. Den sistnämnda gruppen ingår i den mörkertalsberäkning som utförs i samband med olika skattningar av narkotikamissbrukets omfattning.

Kartläggningen av tungt narkotikamissbruk i Göteborg år 2011 innefattar 1 708 unika individer som har rapporterats av de deltagande verksamheterna. Två vedertagna metoder för mörkertalsberäkning har prövats, vars resultat gav stora variationer. Detta har lett fram till ställningstagandet att i denna rapport inte ha med mörkertalsberäkning.

Resultaten för de grundläggande bakgrundsvariablerna såsom könsfördelning och medelålder överensstämmer väl med tidigare nationella kartläggningar, till exempel MAX-98 (Olsson m.fl. 2001) som genomfördes 1998. I denna kartläggning är medelåldern 36 år medan genomsnittsåldern i den tidigare kartläggningen låg på 35 år. Fördelningen avseende kön är här 76 procent män och 24 procent kvinnor, medan motsvarande siffror i MAX-98 var 77 procent respektive 23 procent.

I denna kartläggning visar det sig att amfetamin är det dominerande preparatet för personer med ett tungt narkotikamissbruk i Göteborg (37 procent) följt av heroin (19 procent) och cannabis (19 procent). Det finns indikationer som kan tyda på att opiat- och cannabismissbrukret kommer att öka i framtiden eftersom andelen användare av nämnda preparat är högre i de yngre åldersgrupperna. En kommande ökning av andelen personer med opiatmissbruk kan innebära behov av förändringar inom nuvarande vårdssystem och i dess innehåll.

Den vanligaste primära drogen för kvinnor är amfetamin, 44 procent, heroin och andra opiater, 21 procent och läkemedel, 14 procent. För män är det amfetamin 35 procent, cannabis 21 procent och heroin och andra opiater 19 procent den vanligaste primära drogen. I de yngre grupperna återfinns en överrepresentation när det gäller cannabis.

Totalt uppges 54 procent av personerna ha injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna. Denna andel är betydligt mindre än till exempel i jämförelse med MAX-98 där 89 procent av samtliga inrapporteringar avseende tungt missbruk uppfyllde injektionskriteriet (Olsson m.fl. 2001). Kvinnor rapporteras i högre utsträckning än män ha injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna.

Det förekommer ett omfattande blandmissbruk där 75 procent av de rapporterade personerna även använder andra preparat vid sidan av sin primära drog. De vanligast förekommande andra preparaten är cannabis, läkemedel, amfetamin och alkohol. Vid sidan av narkotika är också alkohol ett betydande problem för gruppen. Även om denna undersökning huvudsakligen fokuserar på tungt narkotikamissbruk är det viktigt att den omfattande alkoholkonsumtionen beaktas.

De personer som innefattas i definitionen tungt narkotikamissbruk är en heterogen grupp. Här återfinns olika klientgrupper som exempelvis ungdomar som dagligen använder cannabis och något äldre personer som missbrukar amfetamin eller opiater, det vill säga ett tungt narkotikamissbruk kan ta sig olika uttryck.

Sammantaget uppges att 59 procent har någon form av kontakt med vårdssystemet. I den yngre åldersgruppen har 82 procent sådan kontakt, medan knappt hälften av de äldre åldersgrupperna saknar behandlingskontakt.

Av de personer som har pågående vård- eller behandlingskontakt har 80 procent en öppen-vårdskontakt medan 12 procent befinner sig på institution. Kvinnor rapporteras i högre utsträckning än män ha pågående vård- och behandlingskontakter 65 respektive 57 procent. Personer med tungt narkotikamissbruk har ofta en ansamling av olika typer av problem, både av social, medicinsk och psykologisk art. Att en så pass hög andel inte befinner sig i vård eller behandling kan tyckas oroväckande.

Kartläggningen visar även att det totalt är 6 procent som har pågående substitutionsbehandling³. Av de personer som har heroin som primär drog befinner sig 26 procent i denna form av substitutionsbehandling med Buprenorfin, Metadon, Subutex eller Suboxone.

Personer med ett tungt narkotikamissbruk befinner sig även i en utsatt social situation med svåra levnadsförhållanden. 20 procent av dem saknar fast bostad och en stor andel (27 procent) bor på någon form av institution. Över hälften av personerna har inkomst i form av försörjningsstöd och ytterligare 19 procent erhåller någon form av ersättning genom Försäkringskassan. Boende- och försörjningssituationen är likartad i jämförelse med den som de individer som ingick i MAX-98 hade och det kan således konstateras att levnadsvillkoren för denna grupp är oförändrade. Det belyser att personer med tungt narkotikamissbruk utgörs av människor som i mycket hög grad är exkluderade från samhället. Merparten av kartläggningens personer (65 procent) lever ensamma och totalt 30 procent har barn under 18 år. Värt att observera är också att sammantaget 9 procent (136 personer) som har ett tungt narkotikamissbruk lever tillsammans med barn. Det är av största vikt att barns och ungas situation uppmärksammas av de professionella som möter personer med missbruks- och beroendeproblematik så att även barnens behov av stöd och hjälp kan tillgodoses.

³ Substitutionsbehandling/läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin) innebär en behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende. (SOSFS 2009:27)

Denna behandlingsform är inte att se som missbruk. De personer med pågående substitutionsbehandling som finns med i denna kartläggning är antingen så pass nya i behandlingen att de uppfyllde definitionen, injicerat någon gång senaste året, innan behandlingen påbörjades alternativt haft ett sidomissbruk som gjort att de uppfyllt definitionen.

6. Kunskapskällar'n

Kunskapskällar'n är Göteborgs Stads informations- och kunskapscentrum i alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor. Vi erbjuder kompetenshöjande utbildningar och konsultation till personal i Göteborg, bedriver projekt, bevakar aktuell forskning samt genomför studier och kartläggningar. Kunskapskällar'n är en enhet inom Social resursförvaltning, Göteborgs Stad.

Kunskapskällar'n har sedan många år en väl utvecklad webbsida. Där finns bland annat stadens styrdokument på området i form av *Göteborgs Stads alkohol- och drogpolitiska strategi samt handlingsplan för ANDT området*. Under fliken *Vård och behandling i Göteborg* finns kontaktuppgifter till alla socialkontor, mottagningar och behandlingsenheter, sjukvård och smittskydd samt kommunens boenden. Webbsidan innehåller också information om olika droger, nyhetsbevakning på området, lästips och mycket annat. Du som är intresserad av frågor på missbruksområdet kan gå in på Kunskapskällar'ns webbsida och beställa nyhetsbrev. På webbsidan finner du också kontaktuppgifter till oss:

<http://prevu.goteborg.se/kk>

Referenser

EMCDDA (1999). *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lissabon: EMCDDA.

CAN (2010). *Drogutvecklingen i Sverige 2010*. CAN Rapport 125. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Göteborgs Stad (2001). *Alkohol- och drogpolitiks strategi för Göteborgs Stad*. <http://www4.goteborg.se/prod/g-info/ffs.nsf/375623d6d925132cc1256d9600237493/20bc90b4f529b2a6c1256f4f003298d6!OpenDocument> (2012-01-17).

Göteborgs Stad (2007). *Handlingsplan för alkohol-, tobaks- och drogområdet 2007-2010*, Göteborgs Stad. [http://www5.goteborg.se/prod/SocialResurs/dalisprevu.nsf/vyFilArkiv/Handlplan2010.pdf/\\$file/Handlplan2010.pdf](http://www5.goteborg.se/prod/SocialResurs/dalisprevu.nsf/vyFilArkiv/Handlplan2010.pdf/$file/Handlplan2010.pdf) (2012-01-17).

Kunskapskällar'n (in press). *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011 – Metodrapport*.⁴

Olsson, B., Adamson Wahren, C. & Byqvist, S. (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. MAX-projektet, delrapport 3. Stockholm: CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning).

Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Lägesrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2005). *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. SOU 2005:82. Stockholm: Edita Sverige AB.

SOU (2011). *Missbruket, Kunskapen, Vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga. SOU 2011:6. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007*. I *Narkotikabruket i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

⁴ Kunskapskällar'n (in press). *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011 – Metodrapport*, kommer att få rapportnummer: Kunskapskällar'n Rapport 2012:2.



Enkät för kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg

I Göteborg har ett politiskt beslut fattats om att under år 2011 kartlägga omfattningen av det tunga narkotikamissbruket. Detta sker i samverkan av myndigheter och organisationer som kommer i kontakt med personer med narkotikamissbruk.

Definitionen av tungt narkotikamissbruk är i detta sammanhang: *personer, oavsett ålder, som under de senaste 12 månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen de senaste 30 dagarna.*

Principen för rapportering är att lämna in en enkät per individ. De personer som ska ingå i kartläggningen är de man haft kontakt med någon gång mellan 1 oktober 2010 och 31-mars 2011 (urvalsperiod). Träffade man personen exempelvis sista/enda gången i november 2010 krävs att uppgiftslämnaren vet att personen använt narkotika någon gång mellan november 2009 och oktober 2010 (observationsperiod). Har man fortfarande kontakt med personen krävs att uppgiftslämnaren vet att denne använt narkotika någon gång under perioden 1 april 2010–31 mars 2011.

Att veta att en person har **använt narkotika** kan vara svårt. Du får använda din yrkeskunskap. Vi begär inte att narkotikamissbruket skall vara formellt bevisat men rykten, misstankar eller antaganden räcker inte för rapportering. Du behöver inte göra några intervjuer för att ta reda på uppgifter om en viss person. Du anger det du redan vet eller har dokumenterat i form av anteckningar eller formell registrering.

Börja högst upp (på nästa sida) med att fylla i datum och uppgifter om din arbetsplats. För att inte samma person ska räknas flera gånger behöver vi kunna identifiera dubbelrapportering. Detta görs genom att du fyller i en individkod som inte avslöjar identiteten. Individkoden utgörs av vilket år personen är född, vilken dag i månaden och initialer i för- och efternamn. Om personen har dubbelnamn skriver man den första bokstaven i för- respektive efternamn. Exempel: en person född 7 juni 1972 som heter Britt-Marie Karlsson Jönsson får individkoden: 72 07 BK. Fortsätt fylla i enkäten. Om du inte kan svaret på en fråga, var noga med att fylla i ”vet ej”.

Ansvarig för kartläggningen är Preventions- och utvecklingsenheten (Prevu), Social resursförvaltning, Göteborgs Stad.

För mer information om kartläggningen och denna enkät se: <http://prevu.goteborg.se/kk>

Datum för ifyllande: _____

Uppgiftslämnande myndighet eller motsvarande: _____

(t.ex. Stadsdelsförvaltning, Social resursförvaltning, Beroendekliniken, Polis, Kriminalvård, Frivillig organisation, Ideell organisation etc)

Enhet/avdelning eller motsvarande inom myndigheten: _____

(t.ex. enhet, avdelning, distrikt)

1. Rapporterad persons individkod: _____

(Födelseår, födelsedag och initialer, t.ex. Britt-Marie Karlsson Jönsson, född 1972-06-07 blir 7207BK)

2. Kön: 3. Ålder: 4. Medborgarskap:

1=Man 2=Kvinna

1=Svenskt, 2=Annat land, 3=Statslös, V=Vet ej

5. Om annat medborgarskap än svenskt, vilket? _____

(Om dubbelt medborgarskap ange det land personen senast fick medborgarskap i.)

6. Stadsdelstillhörighet: _____

(Är personen aktuell inom socialtjänsten, skriv den stadsdel personen är aktuell i. Är personen ej aktuell eller om du inte känner till aktualitet hos socialtjänsten, skriv den stadsdel personen bor/vistas i.)

7. Droganvändning:

Här ska du använda sifferkoderna nedan. Som primär drog skall den drog anges, som orsakar personen mest problem och/eller utgör anledning till kontakt. Dessutom kan fyra andra droger anges, utan krav på inbördes rangordning, som också orsakar personen problem.

	Drog	Vanligaste intagningsätt senaste 12 månaderna	Frekvens Senaste 30 dagarna	Regelbunden användning totalt i livet (antal år)
Primär drog				
Annan drog				
Annan drog				
Annan drog				
Annan drog				

Droglista: 1=Alkohol, 2=Cannabis (Hasch och Marijuana), 3=Heroin (och andra opiater), 4=Amfetamin, 5=Kokain, 6=LSD och andra hallucinogener, 7=GHB/GBL, 8=Anabola androgena steroider, 9=Smärtstillande läkemedel, 10=Dämpande läkemedel, 11=Annat preparat (vad anges i fråga 8)

Intagningsätt: 1=Oralt (dricker eller äter), 2=Sniffning, 3=Rökning, inhalering 4=Injicering, V=Vet ej

Frekvens: 1=Enstaka tillfälle, 2=1 dag/vecka eller mindre, 3=2-3 dagar/vecka, 4=Dagligen eller så gott som dagligen, V=Vet ej

8. Om annat preparat, vilket/vilka? _____

9. Har personen injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna?

0=Nej, 1=Ja, V=Vet ej

10. Pågående vård- eller behandlingskontakt?

0=Nej, 1=Ja, V=Vet ej

11. Om vård- eller behandlingskontakt, vad? _____

12. Pågående substitutionsbehandling (medicinering med Metadon, Subutex, Buprenotex eller Suboxone) för opiatmissbruk?

0=Nej, 1=Ja, V=Vet ej

13. Har personen HIV-testats?

0=Nej, 1=Ja, V=Vet ej

14. Om ja, för hur många månader sedan?

Antal månader i siffror, ex 3, 12, V=Vet ej

15. Huvudsaklig boendeform de senaste 6 månaderna?

1=Egen bostad, 2=Hos föräldrar, 3=Andrahand/inneboende/kollektiv/studentbostad, 4=Institution/kategori-boende (försöks- eller träningslägenhet, institution, familjevård, fängelse, häkte), 5=Saknar bostad (hotell, hos släktingar, bostadslös, annan boendeform), V=Vet ej

16. Huvudsaklig levnadsform de senaste 6 månaderna?

1=Ensamlevande, 2=Ensamstående med barn, 3=Samlevande med partner och barn, 4=Samlevande med partner (ej med barn), 5=Samlevande med föräldrar/släktingar, 6=Annan levnadsform (samlevande med vänner, annan levnadsform), V=Vet ej

17. Antal egna barn under 18 år?

0=Inga, 1-uppåt=fyll i antal egna barn personen har, V=Vet ej

18. Huvudsaklig försörjning de senaste 6 månaderna?

1=Lönebaserad inkomst (eget arbete, A-kassa, sjukpenning, ålderspension, studiebidrag, studiemedel, föräldrapenning) 2=Ersättning från Försäkringskassan (sjukersättning, aktivitetsersättning), 3=Försörjningsstöd (socialbidrag), 4=Försörjd av föräldrar, 5=Annan försörjning (kriminalitet, prostitution, annan försörjning), V=Vet ej

Mer information om kartläggningen och hur du ska fylla i enkäten finner du under fliken Kartläggning av tungt narkotikamissbruk på www.prevu.goteborg.se/kk

Tack för din medverkan!

De ifyllda enkäterna ska senast **15 juni lämnas samlat till kontaktpersonen** för denna kartläggning som finns inom varje organisation/enhet.

Göteborgs Stad kartlade 2011 omfattningen av det tunga narkotikamissbruket i Göteborg. Med tungt narkotikamissbruk menas i det här sammanhanget personer, oavsett ålder, som under de senaste 12 månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (4 dagar eller mer i veckan) de senaste 30 dagarna.

Senast en motsvarande kartläggning genomfördes var för 13 år sedan, MAX-98, vilket då var en nationell kartläggning (Olsson et al 2001). Syftet med studien har varit att ge en bild av förekomsten av tungt narkotikamissbruk i Göteborg samt att ge en vidare beskrivning av dessa personers vårdkontakter och levnadsvillkor. Resultatet är tänkt att fungera som underlag för staden i planerings- och utvecklingsarbetet inom missbruksområdet.

