Statens
folkhälsoinstitut

Narkotikan i Sverige:

Metoder för förebyggande arbete

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

Sven Andréasson (red.)

Narkotikan i Sverige:

Metoder för förebyggande arbete

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

Narkotikan i Sverige:

Metoder för förebyggande arbete

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

Sven Andréasson (red.)

@ Statens folkhälsoinstitut, Östersund, R 2008:23
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-573-8
OMSLAGSFOTO Åsa Bengtsson/Scanpix
GRAFISK PRODUKTION OMSLAG AB Typoform
GRAFISK FORM INLAGA Bokform Majbritt Hagdahl
TRYCK Alfa Print AB, Sundbyberg 2008

Innehåll

Förord 7

Sven Andréasson och Nils Stenström
Inledning 9

Håkan Leifman
Narkotikasituationen i Sverige under de senaste 15–20 åren 40

Jenny Häggkvist
De narkotiska preparaten och biologiska markörer för narkotikaberoende 73

Knut Sundell
Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk 92

Britt G E af Klinteberg
Tidiga problembeteenden 107

Gunnel Hensing
Bruk av narkotika – är det maskulint? Könsskillnader och konstruktion av genus i narkotikabruk 118

Christina Kadesjö
Föräldrars betydelse för bruk och skadligt bruk av narkotika hos barn och unga 139

Sven Bremberg
Narkotikaförebyggande insatser i skolan 171

Ulric Hermansson
Narkotikaproblem, prevention och arbetsliv 193

Philip Lalander
Ungdomskultur, normer och narkotika 215

Gunilla Jarlbro
Knark är bajs. Att driva narkotikaförebyggande informationsarbete 236

Johannes Knutsson
Förebyggande effekter av polisens insatser mot narkotikan 255

Eva Wallin och Johanna Gripenberg
Hur förebygger vi narkotikaproblem i lokalsamhället? 278

Sven Andréasson och Helena Löfgren
Policy för prevention 301

Introduction and summary 322

Författarpresentationer 350

Fotografer och tecknare 354

Förord

Det är med stor tillfredsställelse som Folkhälsoinstitutet nu ger ut en kunskapsöversikt som ger vägledning för det narkotikaförebyggande arbetet. Boken utgår från en modell som pekar ut fyra huvudsakliga bestämningsfaktorer som styr narkotikabrukets omfattning: pris, tillgänglighet, normer och beroende; faktorer som självklart samspelar sinsemellan och med den sociala situationen. Det är också viktigt att framhålla det starka samspel som finns med andra droger, framför allt alkohol och tobak. Användningen av olika droger följs ofta åt, beroendemekanismer har gemensamma drag och de skador som inträffar sammanhänger ofta med ett kombinationsmissbruk. Personer som dör på grund av så kallade överdoser har ofta stora mängder alkohol och läkemedel i blodet.

Det är därför mycket rimligt att det förebyggande arbetet inte inriktas mot en grupp av preparat utan bedrivs som ett samordnat arbete mot alkohol, tobak, narkotika och dopning. Det är också detta koncept som är vägledande för institutets arbete liksom för det ANTD-arbete som bedrivs inom regeringskansliet.

Som framhålls i boken spelar tillgänglighetsreducerande åtgärder en avgörande roll när det gäller att påverka omfattningen av narkotikaproblem. Behandlingsinsatser och insatser som vänder sig till etablerade missbrukare kan förvisso vara angelägna men har en mycket begränsad verkningsgrad när det gäller att påverka problemet i stort. Det är också viktigt att insatser i syfte att lindra skadeverkningar inte bedrivs på ett sådant sätt att tillgängligheten ökar eller att förebyggande insatser motverkas. Ett exempel är den omfattande och ökande användningen av substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin som rätt bedriven kan bidra till minskade skador. Från en rad europeiska länder rapporteras en kraftigt ökad användning av dessa preparat men också ett stort antal dödsfall som sammanhänger med detta. I ljuset av detta är det oroande att antalet buprenorfin- och metadonrelaterade dödsfall ökar också i Sverige.

En fråga som ofta ställs är hur effektiv den svenska narkotikapoliti-

ken är när det gäller att förebygga och begränsa narkotikaproblemen i samhället.

De data som presenteras i Håkan Leifmans översikt tyder på att den restriktiva attityden till narkotika har en mycket stark uppslutning inom befolkningen och att svenska ungdomar är betydligt mindre benägna att prova narkotika än sina motsvarigheter i de flesta andra europeiska länder.

En omständighet som brukar anföras för att ifrågasätta det förebyggande arbetets inriktning är att den rapporterade narkotikarelaterade dödligheten ligger relativt högt vid europeiska jämförelser. Som också redovisats i en tidigare rapport från Statens folkhälsoinstitut (The Statistics on drug-related deaths, 2002:2) är det emellertid mycket svårt att göra denna typ av jämförelser. Sverige skiljer sig från de flesta andra europeiska länder på så sätt att de flesta hastiga dödsfall bland unga människor undersöks rättsmedicinskt. Man kan räkna med att en mycket stor andel av de dödsfall som inträffar i samband med narkotikaanvändning också rapporteras men däremot är mörkertalen stora på många andra ställen.

Det är därför mycket viktigt att den europeiska dödsorsaksstatistiken förbättras för att ge möjlighet till meningsfulla jämförelser mellan olika länder. Samtidigt är det viktigt att konstatera att narkotikarelaterade dödsfall är en viktig dödsorsak bland unga människor och den trendmässiga ökning som skett är djupt oroande. Ska denna negativa trend brytas krävs sannolikt en kombination av åtgärder som stärker både den restriktiva alkoholpolitiken och narkotikapolitiken men också åtgärder som förstärker det sociala stödet till och minskar sårbarheten bland grupper som utvecklat ett beroende.

Som framhålls i boken måste tyngdpunkten i sådana insatser ligga lokalt, i kommuner, i frivilligorganisationer, på skolor och arbetsplatser. Förhoppningen är att denna skrift ska kunna fungera som ett verksamt stöd i detta arbete.

Gunnar Ågren
Generaldirektör
Statens folkhälsoinstitut

Inledning

Sven Andréasson och Nils Stenström

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Narkotikaproblem bör ses i ett systemperspektiv, där de viktigaste drivkrafterna bakom narkotikabruket identifieras: ekonomisk och fysisk tillgänglighet, normer och attityder och narkotikaberoende.
- Viktiga teorier för narkotikaprevention introduceras.
- Narkotikaproblemets epidemiologiska bas.
- Narkotikautvecklingen sedan 1950-talet.
- Bokens innehåll i sammanfattning.

Syftet med denna bok är att presentera en aktuell kunskapsöversikt över preventionslitteraturen på narkotikaområdet. Målgruppen för boken är i första hand beslutsfattare och tjänstemän på lokal, regional och nationell nivå, men också preventionspraktiker, exempelvis hälsoplanerare och ungdomsledare, studerande samt massmedia.

Preventionsforskningen inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet är fortfarande en ung verksamhet. Generellt för hela detta område gäller att många frågor är obesvarade om såväl orsaker till problemen som vilka åtgärder som är effektiva för att begränsa dem. Särskilt gäller detta på narkotikaområdet, där ganska få preventionsinsatser har blivit föremål för vetenskapliga studier. Detta betyder att en hel del av de satsningar som görs för att förebygga narkotikaproblem sker i blindo, utan någon riktig vetskap om vilka effekter som kan förväntas.

En positiv slutsats av forskningslitteraturen är dock att vissa preventionsprogram inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet fungerar. I huvudsak har forskningsstödet utvecklats inom alkohol- och tobaksområdet. I många fall ter det sig rimligt att tro att de bärande principerna för dessa insatser också är tillämpliga för narkotikaområdet; i vissa fall är det dock uppenbart att narkotikaproblemen är principiellt annorlunda, bland annat därför att all icke-medicinsk befattning med narkotika är olaglig i Sverige. Inom området finns nu också

en växande vetenskap som kan upplysa oss om vilka beståndsdelar som är de viktigaste i de framgångsrika programmen. I denna bok beskrivs dessa av ett dussintal av landets mest framstående preventionsforskare på narkotikaområdet.

Preventionsvetenskap: teorier och modeller

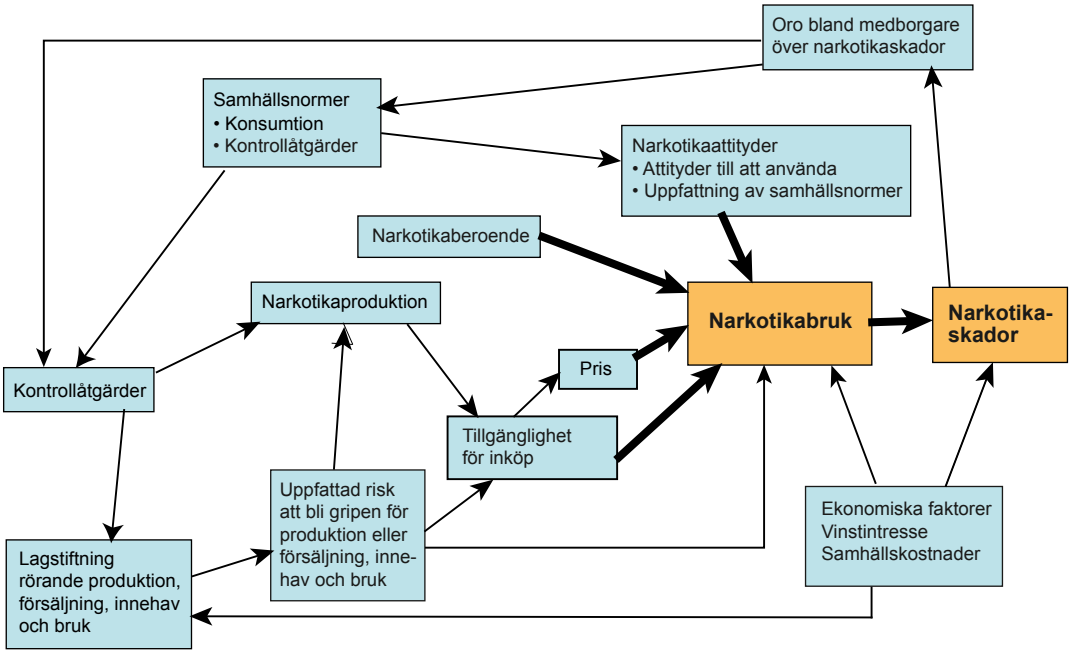
Syftet med prevention är att förebygga eller begränsa problem. Bäst sker detta genom att eliminera eller reducera orsakerna till problemen. Prevention genomförs definitionsmässigt innan problem uppstår. Detta innebär att preventionsvetenskap sysslar med systematiska studier av de förhållanden eller faktorer som ger upphov till problem eller som kan begränsa problem. Sådana faktorer kallas riskfaktorer respektive skyddsfaktorer. Effektiv prevention av narkotikaproblem kräver en teoretisk bas för att vägleda beslut om var, när och hur insatser ska genomföras. För att kunna förebygga måste vi känna till vilka förhållanden och faktorer som ligger bakom de problem vi vill förebygga – och hur de kan förändras.

Vilka orsaker till narkotikaproblem kan man komma åt med olika preventionsprogram? Och på vilket sätt sker detta? Svaren på sådana frågor ligger till grund för preventionsteorier.

Preventionsteorier utnyttjar bärande koncept från en mångfald olika teorier och modeller för hälsobeteenden och sociala processer och hur dessa kan påverkas. De viktigaste teorierna för prevention inom ANT-området är hälsouppfattningsmodellen (the health belief model), teorin om övervägt handlande (theory of reasoned action), den sociala inlärningsteorin, egenkompetensteorin (self-efficacy theory), samhällsorganisation (community organisation) och innovationsspridning (diffusion of innovation). Mer om dessa teorier finns att läsa i *Den svenska supen i det nya Europa*, en skrift som Folkhälsoinstitutet gav ut 2002 (Andréasson 2002), med samma syfte som denna men inriktad mot alkoholområdet. I vissa delar är texten i detta inledande avsnitt också baserad på inledningsavsnittet i *Den svenska supen*.

För att kunna föra en diskussion om prevention av narkotikaproblem krävs en teoretisk modell för hur dessa uppstår. Den amerikanske preventionsforskaren Harold Holder utvecklade 1998 en systemmodell för alkoholprevention (Holder 1998). Tillsammans med sina medarbetare har han sedan vidareutvecklat modellen till en generell

Kausal modell för narkotikabruk och problem



Figur 1. En kausal modell för narkotikaproblem och narkotikaprevention. Modifierad efter Holder (1998) och Birckmayer (2008).

modell för psykoaktiva substanser (Birckmayer m.fl. 2008). I figur 1 visas en modifierad tillämpning av modellen på narkotika. I modellen identifieras de centrala faktorer som både ökar och minskar bruket av narkotika. Det är dessa faktorer som måste påverkas för att minska de narkotikarelaterade skadorna.

I modellen pekas fyra huvudsakliga faktorer ut som avgörande för narkotikabrukets omfattning: pris, tillgänglighet, normer och beroende. Därtill finns ett betydande samspel mellan dessa faktorer. Priset exempelvis påverkas i hög grad av tillgängligheten. Tillgängligheten i sin tur påverkas av samhällsnormer som bland annat avgör hur lagarna utformas och med vilken kraft deras efterlevnad kontrolleras. Antalet beroende personer påverkas av antalet narkotikaanvändare. Till modellen kan också fogas vård och behandling som ytterligare en faktor i modellen; detta utvecklas mer nedan.

En skyddsfaktor kan vara föräldrarnas attityder till narkotika och tillgång till socialt utvecklande fritidsaktiviteter.

Risk- och skyddsfaktorer

Det går sällan att identifiera en enstaka orsak till narkotikaproblem. Tvärtom är dessa nästan alltid multifaktoriella. Den amerikanske forskaren Hawkins har föreslagit en indelning av risk- och skyddsfaktorer i tre grupper: individuella faktorer, gruppfaktorer inkluderande familj och skola samt samhällsfaktorer (Hawkins m.fl. 1992). Till de individuella faktorerna hör biologiska och psykologiska faktorer som genetik, det centrala nervsystemets funktionssätt, tidiga utagerande beteenden, sensationssökande personlighet och tilltro till den egna förmågan att lösa problem. Till gruppfaktorerna hör förhållanden i den närmaste sociala omgivningen som familjestruktur och familjestöd, föräldrars förmåga att fostra barn, föräldrars attityder till narkotika, kamratrelationer, skolmiljö, studieresultat och tillgång till socialt utvecklande fritidsaktiviteter. Till samhällsfaktorerna hör lokala och nationella regler och lagar som styr tillgängligheten till narkotika, framför allt genom lagstiftning, men också genom kontrollåtgärder för att upprätthålla lagstiftningen. Hit hör också försök att på samhällsnivå på-

verka de normer som styr människors syn på narkotika och narkotikaproblem.

Risk- och skyddsfaktorer från mycket disparata områden, alltifrån genetik till samhällsorganisation, ger i kombination stora ökningar respektive minskningar i problemnivåer. Ett tydligt dos-responsförhållande föreligger. Ett ökat antal riskfaktorer, oberoende av vilka, leder till en kraftig ökning i risk för problem.

Banden mellan människor stärks främst på tre sätt: man får tillfälle att bidra med sina insatser, man får ökad förmåga och man får uppmuntran eller förstärkning när man handlar rätt.

I det förebyggande arbetet är det särskilt viktigt att förstå vad skyddsfaktorer är. Vad som gör en faktor, exempelvis familjen, skolan eller en idrottsförening, skyddande är för det första om den stärker banden mellan människor och för det andra skapar tydliga regler för beteende. När banden mellan människor stärks skapas en ökad samhörighet. Detta gäller på alla nivåer: i familjer, mellan vänner, i skolan, i stadsdelen och i nationen. Med ökad känsla av samhörighet minskar risken för psykosocial felutveckling på alla områden: brottslighet, missbruk, sex- och samlevnad, mobbing, etc.

Banden mellan människor stärks främst på tre sätt: man får tillfälle att bidra med sina insatser, man får ökad förmåga och man får uppmuntran eller förstärkning när man handlar rätt.

Därtill behövs regler. Människor behöver veta vilka regler som gäller, att reglerna tillämpas och vilka konsekvenserna blir om man följer respektive bryter mot reglerna. När vi säger att något är en skyddsfaktor för narkotikaproblem innebär detta att någon eller båda av dessa två mekanismer: ökad samhörighet respektive tydliggjorda regler, träder in.

Samverkan mellan teori och praktik

Litteraturen som beskriver effekter av förebyggande insatser på narkotikaområdet är begränsad. Detta belyser de stora svårigheter som är förknippade med att omsätta teori i handling på detta område. För att dra slutsatser om effekter räcker dock inte etiologiska studier om orsaker och samband, därtill krävs aktionsforskning, det vill säga forskning om vilken typ av intervention som kan förhindra problemutveckling, när insatserna bör sättas in och på vilket sätt detta bör ske. Framgångsrik prevention kräver en växelverkan mellan teori och praktik. Teoretiska modeller ger oss redskap för planering av preventionsinsat-

ser. Dock krävs det praktiker som förmår genomföra dessa modeller i verkligheten. De lärdomar som dessa tillämpningar ger upphov till är helt avgörande för att teorierna ska kunna utvecklas och anpassas till verkligheten.

Samtidigt finns det få saker som är så praktiska som en god teori. Effektivt förebyggande arbete kan inte genomföras med ledning av en kokbok utan kräver att nya recept kontinuerligt utvecklas, allt efter vad omständigheterna kräver. En preventionspraktiker som arbetar utan teoretisk grund är som en oskolad grovarbetare. En professionell preventionspraktiker däremot, som har kunskap om teori och forskning, kan självständigt utforma och anpassa sin intervention. En grundläggande kännedom om social inlärningsteori, exempelvis, ökar sannolikheten att man lyckas genomföra familjeinriktade preventionsprogram, kännedom om olika modeller för beteendeförändring underlättar arbetet med sekundär prevention av alkoholproblem i sjukvården, etc.

En förutsättning för att teori och praktik ska kunna integreras är att det skapas en respektfull relation mellan forskare och praktiker och de samhällen som de är verksamma i. Det är alltså i praktiken omöjligt att utveckla, sprida och permanenta nya preventionsmetoder utan att mottagarna själva aktivt engageras i processens alla led. Teori, praktisk tillämpning och utvärdering är alla nödvändiga inslag för att den nya preventionsvetenskapen ska kunna utvecklas.

Utbud och efterfrågan

Preventionsforskningen kan delas in i två huvudinriktningar. Den första har varit *utbudssidan*. Här har fokus legat på tillgängligheten, reglerad genom en restriktiv narkotikalagstiftning.

Den andra huvudinriktningen är inriktad på *efterfrågan*, det vill säga de faktorer hos individer och grupper som driver ett visst beteende. De förebyggande åtgärderna har här inriktats på information, opinionsbildning och undervisning, med betoning på individuella och interpersonella riskfaktorer. Flertalet studier har utgått från skolbaserade projekt. Därtill finns ett antal studier som utgår från försök att intervenera i familjer. Försök att påverka normbildningen genom massmediakampanjer har också beskrivits.

Det vetenskapliga stödet för effektiviteten av dessa olika åtgärder är mycket varierande. Mest omfattande är forskningen om effekterna av

TABELL 1. *Säkerhet i studier med olika utformning*

Typ av studie	Säkerhet för studiens slutsatser
Experiment med kontroll- och experimentgrupper med slumpvis fördelning mellan grupperna	Mycket hög
Experiment med kontroll- och experimentgrupper utan slumpvis fördelning mellan grupperna	Hög
Kohortstudier: upprepade mätningar i samma grupp av individer	Måttlig
Fallkontrollstudier: till en studerad grupp väljs en kontrollgrupp varefter en jämförelse görs	Måttlig
Tvärsnittsundersökningar, vilket innebär att alla bestämningar gjorts vid samma tidpunkt	Låg
Fallstudier	Låg

skolundervisning. Med några få undantag är budskapet här nedslående vad avser effekter på beteende, se Sven Brembergs kapitel i denna bok. Mer uppmuntrande är resultaten från studier av program riktade till föräldrar, se Christina Kadesjös kapitel. Däremot förefaller effekterna av upplysning och informationskampanjer i sig själva i allmänhet mycket begränsade, se Gunilla Jarlbros kapitel om masskommunikation.

Metodologiska aspekter

Slutsatserna i denna bok bygger på omfattande litteraturöversikter. I dessa översikter återfinns studier med mycket varierande uppläggning. Slutsatserna vilar därmed på underlag med varierande styrka. Inom hälsoområdet har det utvecklats en praxis för att klassificera säkerheten för olika slutsatser. Om man utfört experiment med slumpvis fördelning mellan experiment- och kontrollgrupper är det troligt att ett påvisat samband verkligen är ett orsakssamband. Om man däremot endast påvisat samband mellan olika egenskaper i en undersökning där man inhämtat all information vid ett enda tillfälle, en så kallad tvärsnittsundersökning, är det inte lika säkert att ett orsakssamband föreligger. Därför har de studier som refereras i denna bok ofta klassificerats enligt tabell 1.

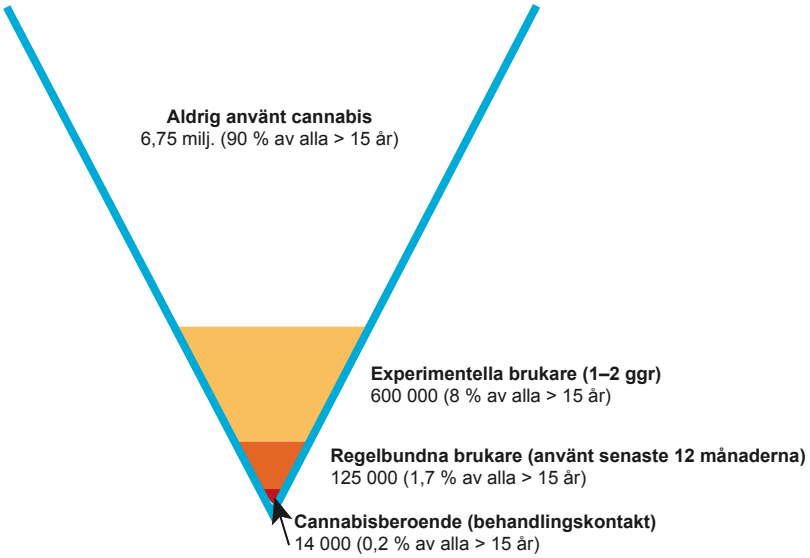
Epidemiologisk bas

För att kunna diskutera orsaker och åtgärder inom narkotikaområdet krävs solid epidemiologisk kunskap om problemets omfattning och karaktär. Dels krävs det deskriptiva studier som besvarar frågor om hur omfattande bruket av olika narkotiska substanser är, hur stor andel som utvecklat beroende respektive skadligt bruk, hur stort behandlingsbehovet är, och vad som karaktäriserar de som använder narkotika. Dels krävs det analytiska studier som besvarar frågor om vilka de sociala och medicinska konsekvenserna av narkotikaanvändning är; vilka faktorer som samvarierar med narkotikaanvändning – ser dessa olika ut för dem som bara experimenterar med narkotika några gånger – och de som går vidare till ett regelbundet bruk.

I nästan alla länder utgör cannabis det i särklass mest brukade narkotiska preparatet.

Vi kan konstatera att de narkotikaklassade substanserna sinsemellan är mycket olikartade. I nästan alla länder utgör cannabis det i särklass mest brukade narkotiska preparatet. Så också i Sverige, där mer än 90 procent av alla som uppger att de någon gång använt narkotika använt cannabis. Huvudproblemet med cannabis är dess effekter på psyket. Få substanser har lika stark påverkan på hjärnan och dess olika funktioner som cannabis. En rad studier talar för att cannabis i hög grad bidrar till den psykiatriska sjukdomsbördan, och även till nedsatt produktivitet. Opiaterna, med heroin som främsta drog, har en helt annan profil. Här finns det betydligt färre användare, men dessa löper å andra sidan en hög risk för dödliga komplikationer, främst i form av överdoser. Centralstimulerande droger, med amfetamin och kokain som främsta exempel, utgör en tredje kategori. Skadeprofilen här domineras av asocialitet, risktagande beteende och våldsbrott, men också försämrad hälsa genom infektionssjukdomar som hepatit. Dessa olika konsekvenser för psykisk ohälsa, somatisk ohälsa och kriminalitet har dock inte lett till någon större grad av differentiering i samhällets policy.

Vad som också är okänt är hur stor andelen problematiska narkotikabrukare, det vill säga personer vars narkotikaproblem uppfyller kriterierna för skadligt bruk eller beroende enligt Socialstyrelsens diagnosklassifikation ICD-10, är inom de olika preparatgrupperna. Även om det saknas säkra uppgifter på detta område är det mest sannolika att det råder ett totalkonsumtionsförhållande, det vill säga en mindre andel av alla brukare utvecklar problem, och en ännu mindre andel beroende, men att dessa andelar följer den totala konsumtionen. Vill man minska antalet personer med narkotikaproblem måste man alltså



Figur 2. Cannabisbruk på olika nivåer. Angivna siffror är ungefärliga uppskattningar och bygger på data från Folkhälsoinstitutets årliga nationella folkhälsoenkät och Socialstyrelsens patientregister.

komma åt den totala konsumtionen. Detta innebär, på samma sätt som på alkoholområdet, att ”vanliga” medborgares vanor behöver påverkas – inte bara de marginaliserade missbrukarnas. En viktig uppgift för den epidemiologiska forskningen är att klargöra hur stor andel av alla narkotikaproblem i en nation som uppstår på de olika nivåerna: sporadiskt bruk, regelbundet men icke problematiskt bruk, skadligt bruk och beroende. I figur 2 illustreras dessa begrepp för cannabis, det i särklass mest använda narkotiska preparatet. Här presenteras en ungefärlig uppskattning av antalet personer som använt cannabis på olika nivåer. Liknande bilder kan göras för heroin, kokain, amfetamin, etc. – dock med betydligt större osäkerhet för vilka proportionerna är mellan de olika nivåerna. Med ledning av denna epidemiologiska modell kan fyra nivåer identifieras, med olika konsekvenser för policy.

A. På de första två nivåerna återfinns alla de som aldrig använt cannabis över huvud taget, eller som testat någon enstaka gång. Här återfinns 98 procent av den vuxna befolkningen. Konsekvenserna av narkotikabruket på den experimentella nivån är i allmänhet mycket begränsade, även om det finns rapporter om svåra psykiska reaktioner efter enstaka intag av olika former av narkotika. Uppgiften här är primärpreventiv, det vill säga att förhindra att cannabis-

relaterade problem över huvud taget uppstår. Policymässigt innebär detta på nationell nivå lagstiftning som begränsar tillgängligheten av cannabis i kombination med information och opinionsbildning mot cannabisbruk. På lokal nivå kan en rad insatser riktade mot strategiska målgrupper genomföras: föräldraprogram, skolprogram, arbetsplatsprogram, etc.

B. På den tredje nivån i tratten återfinns de som är regelbundna cannabisbrukare, men som inte utvecklat något beroende. Uppgiften här är sekundärpreventiv; det vill säga att identifiera dessa personer och motivera dem till att upphöra med sitt cannabisbruk. Policyuppgiften på denna nivå är att genom effektiva kontrollåtgärder inom rättsväsendet identifiera och lagföra dessa personer. Men också att öka upptäcktsrisken i de miljöer som är viktigast för dessa personer: arbetsplatsen, trafiken, nattklubben, etc.

C. På den fjärde nivån återfinns de som utvecklat cannabisberoende eller andra cannabisrelaterade problem. Uppgiften här är tertiärpreventiv, eller behandling. Samtidigt är dessa personer i hög utsträckning också kriminella, varför de också återfinns i kriminalvården. Samhällskostnaderna för deras brottsliga verksamhet är betydligt högre än behandlingskostnaderna.

För flertalet hälsoproblem finns en epidemiologisk paradox. Denna innebär att det är den stora gruppen med måttligt förhöjda konsumtionsnivåer av exempelvis salt, fett, alkohol, etc. som står för merparten av problemen eller samhällskostnaderna – inte den lilla gruppen med den allra högsta konsumtionen. Detta gäller trots att riskökningen på individnivå vid ökande konsumtion kan vara betydande. I avsaknad av säkra uppgifter om narkotika är det oklart i vilken utsträckning den epidemiologiska paradoxen är tillämplig på narkotikaområdet. Preventionsparadoxen har en viktig implikation för policy. Om den lilla gruppen med de allra svåraste beroendetillstånden står för den stora merparten av alla problem finns det goda skäl att fokusera samhällets åtgärder där. Om å andra sidan merparten av problemen uppstår i den större gruppen med mer begränsade problem måste insatserna vidgas till en större krets. På samma sätt som inom alkoholpolitiken uppstår ett val mellan generella åtgärder som syftar till att minska totalkonsumtionen mot selektiva insatser riktade till en mindre problemgrupp.

Ett annat argument för generella åtgärder inom narkotikaområdet

är den så kallade gateway-hypotesen. Med denna menas att det stora flertalet individer som utvecklar ett tungt narkotikaberoende har genomgått en drogkarriär (Fergusson m.fl. 2006) Olika varianter på denna finns beskriven, men de principiella stegen innebär en början med de legala drogerna alkohol och tobak, upptrappning till cannabis, och fortsättning därifrån till centralstimulerande droger eller opiater. Inom narkotikapolitiken görs av många en uppdelning av de narkotiska substanserna i tunga droger, *hard drugs,* och lätta droger, *soft drugs*, där cannabispreparaten är den viktigaste gruppen bland de lättare drogerna. Denna uppdelning finns det anledning att ifrågasätta av flera skäl, bland annat då cannabis i verkligheten orsakar en rad allvarliga, men för allmänheten inte lika uppenbara, skador. Frånsett detta förefaller därtill cannabis fungera som en viktig ingång, *gateway,* till en upptrappad drogkarriär, varför det finns mer strategiska skäl att agera mer beslutsamt även mot cannabis.

Det är den stora gruppen med måttligt förhöjda konsumtionsnivåer som står för merparten av problemen eller samhällskostnaderna – inte den lilla gruppen med den allra högsta konsumtionen.

Narkotikafrågan kan också ses ur ett livsförloppsperspektiv. Detta utvecklas av Hser och medarbetare (Hser m.fl. 2007). Med utgångspunkt från andra discipliner som kriminologi, psykopatologi och kroniska somatiska problem beskrivs livsförloppet som banor, *trajectories,* vars förlopp påverkas av kritiska händelser eller vändpunkter, *turning points.* Gemensamma begrepp för dessa olika discipliner är begrepp som initiering, acceleration, vidmakthållande, återfall, upphörande. Slående är likheten, snarare än olikheten mellan narkotikaproblem och kroniska somatiska hälsoproblem som astma, diabetes och hypertoni vad gäller ärftlighet, etiologi, fysiologi och respons på behandling. För alla finns det verksamma åtgärder som kan vidtas, benägenheten att acceptera dessa är dock inte högre för de somatiska sjukdomarna än för beroendetillstånden (McLellan m.fl. 2000). Det finns också stora likheter mellan förloppen för kriminella beteenden och narkotikabruk, med en topp för dessa beteenden i tidig vuxenålder och sedan successivt avtagande intensitet. Många kriminologer betraktar narkotikaberoende som en undergrupp bland de olagliga beteendena. Bland biologiskt inriktade beroendeforskare ses beroendetillstånden i hög grad som hjärnsjukdomar, med starka genetiska inslag. Kognitiv beteendepsykologisk forskning liksom neuropsykologisk forskning har samtidigt funnit att bakom de svåraste beroendetillstånden finns en gemensam psykobiologisk grund för impulsivitet och svaga hämningar.

Betydande skillnader ses i livsförloppen mellan de olika narkotiska

substanserna (Hser m.fl. 2007). För cannabis ses i USA en successiv minskning av bruk bland vuxna från en topp i 20-årsåldern; motsvarande data saknas för Sverige. För heroin å andra sidan ses en gradvis ökning av bruk bland de som blivit användare. Dock ses olika förlopp i olika undergrupper. För den största gruppen, 59 procent av alla, ses en kontinuerlig hög konsumtion; för en mellangrupp, 32 procent av alla, ses efter ca 10 år en successiv avtrappning av konsumtionen, medan för en mindre grupp, 9 procent av alla, ett relativt snabbt upphörande av konsumtionen. Även i det senare fallet rör det sig dock om en process på cirka 10 år.

För preventionsforskningen är den avgörande frågan i detta sammanhang vilka vändpunkter som avgör utformningen av livsförloppen i de olika fallen. Exempel på sådana vändpunkter utgörs av att flytta hemifrån, giftermål, föräldraskap, nya anställningar, byte av bostadsort. Den primära frågan är hur initiering av narkotikabruk ska förebyggas, men viktig är också frågan vilka åtgärder som kan vrida om förloppet från fortsatt narkotikaanvändning till upphörande. Vissa former av narkotikabruk, exempelvis heroin och kokain, orsakar bestående förändringar i hjärnans fysiologi. Detta förhållande är en viktig förklaring till de återkommande återfallen i narkotikabruk trots en önskan om att sluta använda. Här är det uppenbart att prevention i första hand bör inriktas på att förhindra initiering. Samma insikt är också central för förståelsen av hur individer som ändå utvecklat dessa beroendetillstånd kan stödjas till så bra liv som möjligt. Här ger resultat från longitudinella uppföljningar av behandlingsgrupper viktiga besked om betydelsen av långsiktiga stödsystem för narkotikaberoende personer.

Många studier rapporterar att narkotikabrukare i hög grad kännetecknas av svaga sociala nätverk och många riskfaktorer.

Benägenheten att testa narkotika, gå vidare till regelbundet bruk och utveckla beroende varierar över tid och mellan olika länder. Den övergripande policyfrågan är hur dessa livsförlopp, och de vändpunkter som styr dessa, kan påverkas genom samhällsåtgärder. Här saknas säker kunskap trots att flera studier har gjorts i samband med att narkotikapolitiska förändringar har inträffat. Ett problem är att dessa studier ofta är kulturspecifika, vilket begränsar generaliserbarheten.

Ett annat nyckelord i detta sammanhang är socialt kapital, det vill säga de formella och informella resurser en individ har i sina sociala nätverk. Socialt kapital är kopplat till social kontroll; med ökande socialt kapital avtar benägenheten att äventyra detta genom narkotikabruk (Sampson & Laub 1993). Detta är i förlängningen ett argument för generell välfärdspolitik som strategi för att förebygga narkotikaproblem.

Många studier rapporterar att narkotikabrukare i hög grad kännetecknas av svaga sociala nätverk och många riskfaktorer. Två huvudstrategier kan beskrivas för hur man med förebyggande insatser kan förhindra initiering av narkotikaanvändning i dessa sårbara grupper. Den ena utgörs av generella socialpolitiska insatser för att förbättra livsvillkoren för utsatta grupper. Den andra utgörs av tillgänglighetsbegränsande insatser. Den senare strategin bygger på en totalkonsumtionsmodell, där god tillgänglighet innebär ökad konsumtion generellt i alla samhällsgrupper, men särskilt i utsatta grupper. I princip finns inget hinder för att dessa strategier kan kombineras för att få ökad effekt. En invändning mot en långt driven tillgänglighetspolitik är dock att en sådan kan ha oavsedda bieffekter i form av stigmatisering och utanförskap för den grupp som ändå blir narkotikaberoende. Detta diskuteras mer i Sven Andréassons och Helena Löfgrens kapitel om policy.

Narkotikautvecklingen i Sverige sedan 1950-talet

Om narkotikaproblem bedöms i termer av andelen av befolkningen som någon gång provat narkotika har vi i Sverige ett litet problem vid en internationell jämförelse. Ändå intar narkotikafrågan en särställning i vårt land. Få frågor enar befolkningen i så hög grad – tre fjärdedelar anser att arbetet mot narkotika är ungefär lika viktigt som skolan och sjukvården för ett bättre samhälle. Motståndet finns också bland yngre och inbegriper även cannabis, som i många andra länder i Europa anses som ett relativt harmlöst preparat.

Hur ska man då förstå det starka motståndet mot narkotika i Sverige? En förklaring är sannolikt att narkotikapolitiken utgår från samma traditionella idéer som genomsyrat alkoholpolitiken och som karaktäriseras av en samhällelig oro över skadeverkningar och en beslutsamhet att med alla upptänkliga medel motverka problemen.

Den svenska narkotikapolitiken brukar i ett internationellt perspektiv betecknas som restriktiv. Detta avspeglas bland annat i att all icke-medicinsk befattning med narkotika är förbjuden, vilket inkluderar tillverkning, distribution, försäljning, innehav och även bruk. Men så har det inte alltid varit. Från 1960-talet och framåt har vi erfarenhet av en politik som periodvis varit liberal och periodvis restriktiv.

I mitten av 1950-talet beräknades antalet narkotikamissbrukare i Sverige till ett par hundra personer. Man ska emellertid ha i åtanke att

olika definitioner av narkotika(miss)bruk leder till helt olika bilder av konsumtionens utbredning. Amfetamin och andra centralstimulerande preparat narkotikaklassades under slutet av 1950-talet. Då hade hundratusentals svenskar under decennier använt amfetamin utan att klassas som missbrukare (Linton 2002). Den strängare synen medförde att antalet användare sjönk dramatiskt. Vi kan alltså konstatera att striktare reglering och information om narkotiska preparats skadeverkningar kan vara viktiga redskap när det gäller att förebygga narkotikaanvändning. Men för en mindre grupp som både missbrukade narkotika och ägnade sig åt omfattande kriminalitet hade den nya lagstiftningen ingen inverkan (Lenke & Olsson 1998).

Under de följande åren ökade detta ”nya” narkotikamissbruk, som karaktäriserades av social marginalisering, påtagligt och bedömdes i början av 1960-talet uppgå till ett tusental personer (Folkhälsoinstitutet 1993). Samhället reagerade framför allt genom rättsväsendet och om vård alls kom i fråga var den uteslutande medicinsk – någon specifik missbruksvård fanns inte vid den här tidpunkten. Det nya samhällsproblemet och missbrukarnas situation fick allt större uppmärksamhet i media. Bland annat ifrågasattes polisens ingripanden och det hävdades att missbrukarna inte vågade söka hjälp av rädsla att bli arresterade. En växande opinion krävde också vård och behandlingsalternativ avpassade för narkotikamissbrukare.

Narkotikaförskrivning till missbrukare

Delvis som en reaktion på protesterna och efter engelsk förebild inledde Medicinalstyrelsen 1965 ett försök med förskrivning av narkotika till missbrukarna. Syftet var att avkriminalisera narkotikaanvändande och genom fri tilldelning göra drogrelaterad egendomsbrottslighet onödig. Härigenom skulle även missbrukaren bli mindre stigmatiserad och hälsa och sociala förhållanden skulle kunna förbättras. Försöket var alltså ämnat att förbättra situationen både för den enskilde missbrukaren och för samhället. Antalet deltagare växte mycket snabbt från initialt ett tiotal till flera hundra. Det hela avbröts tvärt i maj 1967 när en ung kvinna dog av en överdos legalförskriven narkotika. När försöket senare utvärderades visade det sig att varje deltagare i genomsnitt förskrivits mellan 50 och 100 doser amfetamin per dag och mellan 15 och 30 dagliga doser opiater (Bejerot 1975). Vissa forskare hävdar att legalförskrivningsförsöket starkt bidragit till ökningen av injektionsmissbrukare och kriminalitet i Stockholm (a.a.) medan andra menar att effekterna varit högst marginella (Lenke & Olsson 1998).

Metadonunderhållsprogram

Under samma period som legalförskrivningsförsöket bedrevs startade efter amerikansk förebild ett metadonunderhållsprogram på Ulleråkers sjukhus. Här erbjöds opiatberoende missbrukare en ersättningsdrog samt sociala rehabiliteringsinsatser. Både legalförskrivningen och metadonprogrammet utgör exempel på vad vi idag betecknar som typiska *harm reduction* influerade insatser. Syftet är alltså inte primärt att missbrukaren ska bli drogfri utan snarare att narkotikakanvändandet sker med mindre skadeverkningar. Noterbart är att interventionerna iscensätts under en period när narkotikapolitiken i Sverige betecknas som liberal. Statistiskt kan vi se att antalet narkotikamissbrukare ökar under perioden 1965 till 1969 (CAN 1991).

10-punktsprogrammet

Mot slutet av 1960-talet ser vi för första gången en strid om vem som ska ansvara för narkotikafrågan i Sverige. Hitintills har det medicinska fältet dominerat, men nu gör socialarbetare och idéburna organisationer alltmer anspråk på hegemoni när det gäller förklaringsmodeller och motåtgärder. Mot slutet av 1960-talet lanserar regeringen ett 10-punktsprogram som innebär en tydlig uppstramning av narkotikapolitiken. Tullen och polisen får ökade anslag, möjligheten att tvångsvårda missbrukare utökas och straffen för narkotikabrott skärps. Men även den frivilliga narkomanvården, socialvården och sjukvården får ökade resurser. Regeringen satsar också pengar på omfattande upplysningskampanjer för att sprida information om narkotikans skadeverkningar.

Här läggs grunden för den svenska narkotikapolitiken – ett nära samarbete mellan *preventionsåtgärder* (exempelvis informationskampanjer), *kontroll och sanktionsåtgärder* (tull och rättsväsende) och *behandlingsinsatser* för missbrukarna.

RFHL

Den tuffare politiken blir omedelbart hårt kritiserad, bland annat av Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsmissbrukare (RFHL). Under 1970-talet sker också lättnader i regelverket. Under en följd av år accepteras successivt allt större innehav av narkotika för eget bruk utan annan åtgärd än åtalsunderlåtelse. Den här policyförändringen i kombination med en del andra liberaliseringar medförde att antalet registrerade narkotikabrott minskade från 44 000 under

1969 till mellan 17 000–20 000 per år under perioden 1970 till 1979 (Folkhälsoinstitutet 1993).

Narkotikafritt samhälle

I slutet av 1970-talet formulerar regeringen målet att Sverige ska bli ett narkotikafritt samhälle och återigen svänger pendeln åt det restriktiva hållet. Riksåklagaren meddelar nya föreskrifter och åtalsunderlåtelse kan nu endast komma ifråga för mycket ringa innehav av framför allt cannabis. Polisen utökar mot den här bakgrunden sina ansträngningar att beivra gatuhandeln, vilket leder till att antalet narkotikabrott mer än tredubblas under 1980-talets första år jämfört 1970-talet. Även straffsatserna ses över och skärps successivt. 1988 kriminaliseras även själva bruket, alltså konsumtionen av narkotika. Inledningsvis föranleder brottet endast böter, men 1993 skärps straffet och konsumtion kan ge fängelse i maximalt sex månader. Förändringen införs för att ge polisen möjlighet att ta blod- och urinprov vid misstanke om bruk. Kritiker av ”den svenska modellen” hävdar att alltför mycket fokus riktas mot den enskilde missbrukaren medan politiken i många andra länder går ut på att eliminera större distributörer och finansiärer.

HIV

Under hösten 1985 upptäcktes 142 HIV-positiva injektionsmissbrukare i Sverige och under det följande året ytterliggare 204 fall. Smittskyddsinstitutet och andra myndigheter befarar att en storskalig HIV-epidemi kan vara i antågande. Mot denna bakgrund tar diskussionen om narkotikapolitikens innehåll och mål ånyo fart. Vissa debattörer hävdar att det nu är hög tid att överge en dogmatisk politik och anpassa insatserna för att minska de negativa följderna av narkotikaanvändning snarare än att spendera enorma belopp i kampen för ett narkotikafritt samhälle, en kamp som ändå är förlorad. Lite tillspetsat kan man säga att vattendelaren gick mellan att betrakta en annalkande HIV-epidemi som ett större samhällshot än narkotikamissbruket i sig. Regering och riksdag ansåg att den restriktiva narkotikapolitiken skulle ligga fast. Åtgärder mot HIV bedömdes vara lika angelägna som åtgärder mot narkotikamissbruk och en restriktiv politik ansågs underlätta insatser för att begränsa spridningen av HIV (Folkhälsoinstitutet 1993). En eventuell epidemi skulle förebyggas genom att alla injektionsmissbrukare söktes upp och erbjöds avgiftning och behandling. Narkomanvård bedömdes alltså i Sverige vara det mest effektiva sättet

I Lund och Malmö startade infektionsklinikerna sprututbytesprogram för injektionsmissbrukare 1986 respektive 1987.

att bekämpa HIV-hotet. Ståndpunkten resulterade i en historisk utbyggnad av vård och behandling inom svensk narkomanvård mellan 1986 och början av 1990-talet. Antalet narkotikamissbrukare minskar också i statistiken under 1980-talet (Regeringskansliet 2000).

Sprututbytesprogram

Trots regeringens direktiv gav HIV-hotet upphov till en del lokala initiativ utanför narkomanvårdens traditionella ramar. I Lund och Malmö startade infektionsklinikerna sprututbytesprogram för injektionsmissbrukare 1986 respektive 1987. Syftet var att förebygga smittspridning genom att dela ut rena injektionsverktyg och eliminera begagnade ur cirkulationen. Initiativet gav upphov till en omfattande och infekterad debatt där framför allt sjukvårdspersonal och i synnerhet infektionsläkare och missbrukarna själva var förespråkare medan socialarbetare, politiker och en rad narkotikapolitiska organisationer var motståndare. Efter många turer godkände Socialstyrelsen sprututbytesprogrammen i Skåne, men bara som begränsade försöksverksamheter under en viss tid.

Besparingar

Under 1990-talet försämras svensk ekonomi vilket även drabbar narkomanvården som utsätts för omfattande besparingar. Antalet vårdplatser minskar påtagligt under hela nittiotalet samtidigt som huvudmannaskapet i ökande omfattning övergår från offentliga till privata intressenter. Förändringen äger rum under en period när narkotikamissbruket i Sverige ökar. Ökningen är särskilt påtaglig bland ungdomar och gäller såväl det tillfälliga som regelbundna missbruket. Många befarar att Sveriges närmande till övriga Europa och särskilt medlemskapet i EU ska leda till vad som uppfattats som försvagningar av den svenska politiken (se Håkan Leifmans kapitel i denna bok).

Kraftsamling

2001 påtalar den av regeringen tillsatta narkotikapolitiska kommissionen att problemen förvärrats och att frågan prioriterats ner på den politiska agendan. Dessutom hävdar man att de tre hörnpelarna i svensk narkotikapolitik – kontrollåtgärder (för att minska tillgången på narkotika), förebyggande insatser (för att minska efterfrågan) samt vård och behandling – kommit i obalans. Kontrollen har kommit att dominera medan förebyggande insatser som vård och behandling prioriterats ned. Kommissionen förordar en kraftsamling med syfte att förstärka narkotikapolitiken, bland annat genom att tillsätta en samordnare av nationell narkotikapolitik. Under 2002 beslutar regeringen i enlighet med kommissionens förslag och ett särskilt kansli – Mobilisering mot narkotika – inrättas med huvuduppdraget att utveckla sam-

arbetet mellan myndigheter, kommuner, landsting och frivilligorganisationer.

Handlingsplan

I januari 2005 börjar nya föreskrifter för läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende att gälla vilka förenklar metadonbehandling samtidigt som förskrivningen av subutex regleras hårdare. Under 2006 fattar riksdagen beslut att låta landstingen i Sverige starta reguljära sprututbytesprogram i syfte att förebygga spridning av blodburna infektioner. Programmen i Lund och Malmö kan alltså efter 20 år som försöksverksamheter permanentas. Två år efter lagändringen har alltjämt inga nya sprututbytesprogram startats i Sverige. Under 2005 lägger regeringen fram en ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010. Det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle kvarstår, liksom de tre delmålen att minska nyrekryteringen, att förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska narkotikatillgången. I planen uppdras till Statens folkhälsoinstitut att följa upp målen i handlingsplanen och senast 1 januari 2010 presentera en utvärdering.

Hur kan utvecklingen från slutet av 1950-talet och fram till idag sammanfattas? En tydlig förändring är förstås att narkotikamissbruk etablerats som ett betydande samhällsproblem och att antalet socialt marginaliserade missbrukare ökat mycket påtagligt. Samhällets reaktioner har också förändrats. Initialt betraktades problemet som rättsligt och missbrukarna blev framför allt föremål för repressiva åtgärder. Sedan följde perioder av alltmer vårdande och behandlande insatser, där ansvaret pendlat mellan sjukvård och socialtjänst. Inslaget av organisationer och företag på vård och behandlingsarenan har ökat samtidigt som de traditionella offentligägda verksamheterna retirerat under trycket av minskade budgetar och sviktande legitimitet.

En viktig faktor – kanske den viktigaste – för att förstå narkotikapolitiken i Sverige är att betrakta den som en del av den generella välfärdspolitiken. Här har alla politiska partier – måhända med olika utgångspunkter – varit överens om att motverka segregering och utanförskap genom aktiva narkotikapolitiska åtgärder. Kring politikens mål har det alltså funnits en relativt utbredd samsyn samtidigt som motsättningarna kring vägvalen för att nå målen periodvis varit hård. Möjligen underlättas framtida vägval av att de insatser som görs idag – såväl när det gäller att begränsa tillgänglighet och efterfrågan som

inom vård och behandling – i växande omfattning utgår från en evidensbaserad praktik.

Definitioner

Att definiera narkotika och narkotikakonsumenter är nödvändigt för att vi ska veta vad och vilka vi talar om. Begreppet narkotika anspelar i allmänhet på den juridiska definition som återfinns i narkotikastrafflagens åttonde paragraf. Här sägs att narkotika är läkemedel eller hälsofarlig vara med beroendeframkallande eller euforiserande egenskaper. (Med euforiserande avses framkallande av en stark känsla av lycka och välbefinnande.) Eftersom många varor är – eller kan vara – beroendeframkallande och/eller euforiserande har man lagt till att varan också ska vara upptagen i någon av de internationella narkotikaförteckningar som Sverige skrivit under, eller på den lista som Läkemedelsverket för över preparat som regeringen förklarat som narkotika. I narkotikastrafflagen är all icke-medicinsk befattning med narkotika kriminaliserad.

Att hitta heltäckande definitioner för narkotikakonsumtion och narkotikaanvändare är svårare, bland annat eftersom både konsumtionen och användarna kan se väldigt olika ut.

Exempel på begrepp associerade med konsumtion är bruk, riskbruk, skadligt bruk, problematiskt bruk, missbruk, narkomani och beroende. Beteckningarna avspeglar i viss mån konsumtionsmönster, alltså hur ofta, hur mycket och på vilket sätt narkotika konsumeras men också konsekvenser av användandet. Beroende är framför allt en medicinsk term och avspeglar i regel konsekvenser av en omfattande narkotikakonsumtion. I kapitlet om narkotikapreparat och neurobiologi av Jenny Häggkvist återfinns en utförlig definition av narkotikaberoende.

Narkotikaanvändare benämns ofta som missbrukare, vilket kan ha juridiska och/eller medicinska utgångspunkter. Eftersom konsumtionen rör kriminaliserade preparat enligt narkotikastrafflagen blir den juridiska kopplingen påtaglig. Den medicinska kopplingen sammanhänger med system för klassifikation av patienter med narkotikarelaterade diagnoser. Även detta behandlas i ovan nämnda kapitel. Under senare år har beteckningen narkotikabrukare blivit allt vanligare, framför allt i internationella sammanhang. Det finns flera skäl till den här förändringen, men det som kanske oftast förs fram är behovet av ett begrepp frikopplat från juridiska aspekter. I den här boken har vi

genomgående försökt använda begreppen *bruk* och *skadligt bruk* av narkotika. Ibland har det inte varit möjligt, främst eftersom alla kapitel bygger på omfattande forskning där upphovsmännen använt olika definitioner.

Bokens innehåll i sammanfattning

Narkotikasituationen i Sverige under de senaste 15–20 åren
av Håkan Leifman

Huvudsyftet med bokens första kapitel är att beskriva narkotikasituationen i Sverige och även göra jämförelser med övriga Europa. I kapitlet konstateras att den svenska narkotikapolitiken har ett starkt folkligt stöd. Synen i Sverige på narkotika är, i europeisk jämförelse, mycket sträng.

När det gäller jämförelser av utvecklingen i Sverige i relation till andra europeiska länder är det framför allt skolungdomar mellan 15–16 år som studerats. Här visar resultatet att andelen svenska ungdomar som provat narkotika minskat något mellan 1999 och 2003 medan utvecklingen för övriga länder gått åt motsatt håll. Man har också jämfört hur stor andel av ungdomar och unga vuxna som uppgivit att de tillfälligt eller regelbundet använt cannabis. I Sverige visade det sig att såväl tillfällig som regelbunden konsumtion minskat medan den ökat respektive legat på en stabil nivå för övriga länder. Det visade sig vidare att bland svenska deltagare sjönk andelen som ansåg att det var lätt att få tag på narkotika medan den ökade i övriga länder. Även när det gäller utbredningen av tungt narkotikamissbruk ligger Sverige under genomsnittet i Europa, även om skillnaden här är mindre. FN-organet UNODC konkluderar i en rapport som delvis bygger på ovanstående data att Sverige har en betydligt gynnsammare narkotikasituation än övriga Europa och att detta gäller både befolkningen i allmänhet och ungdomsgrupperna. Trots en alltmer globaliserad och uniform värld, i synnerhet vad Europa anbelangar, närmade sig inte den svenska narkotikakonsumtionen andra länders, snarare tvärtom. Ett kvarstående problem tycks emellertid vara att givet den relativt begränsade andel som testar narkotika i Sverige är andelen med tungt missbruk hög. Vi tycks vara bra på att förebygga narkotikaanvändning men mindre bra på att förhindra ett accelererande missbruk bland dem som testar.

De narkotiska preparaten och biologiska markörer för narkotikaberoende

av Jenny Häggkvist

I det här kapitlet definieras olika begrepp som ofta används för att karaktärisera narkotikakonsumtion, nämligen bruk, missbruk och beroende. Bruk associeras ofta med en inledande fas i narkotikaanvändandet medan missbruk och beroende uppkommer senare. Manualer som används för att klassificera sjukdomar skiljer tydligt mellan missbruk och beroende, där beroende tar längre tid att utveckla och kräver större insatser att komma ur.

Sedan följer en beskrivning av olika typer av narkotiska preparat – cannabis, opiater, centralstimulerande medel, hallucinogener och olika beroendeskapande läkemedel. Här får vi veta hur kroppen påverkas och vilka skador som kan uppkomma. Alla narkotiska preparat ger i början en känsla av välbefinnande. I jämförelse med hur hjärnan stimuleras vid andra aktiviteter som förknippas med välbefinnande – som exempelvis sex – är lustupplevelsen ofta väsentligt starkare under den initiala fasen av narkotikaanvändandet. Med tiden avtar de positiva effekterna och det blir allt svårare att uppnå den eufori som tidigare motiverade konsumtionen. Hjärnans belöningssystem trubbas av och därmed minskas effekten av naturliga lustupplevelser, vilket kan förklara att missbrukare ofta tycker att livet känns grått utan droger.

Kapitlet avslutas med en diskussion kring vad som kan göras för att förebygga narkotikamissbruk. Det faktum att missbruk så tydligt kan ärvas antyder att det i framtiden borde gå att finna mätbara biologiska markörer kopplade till ökad risk att utveckla sjukdomen. Forskningen tyder dock på att vad som i slutändan avgör om beroende av narkotika utvecklas är en växelverkan mellan arv och miljö. Möjligen är det lättare att påverka miljöfaktorerna än de ärvda genetiska faktorerna.

Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk

av Knut Sundell

I kapitlet diskuteras faktorer som bidrar till att öka respektive minska risken för att narkotikamissbruk ska uppstå. Sådana faktorer har identifierats på olika nivåer och kan knytas till den enskilda individen, familjen, kamrater, skolan, närsamhället och ytterst nationen. Forskning har visat att risk- och skyddsfaktorer tycks ha ungefär samma effekt oberoende av kön, etnicitet, kulturell eller social bakgrund. Det verkar också vara i stort sett samma faktorer som har betydelse oavsett om problemet är narkotikamissbruk, kriminalitet eller våldsbeteende.

Exempel på riskfaktorer i familjen är oengagerade och frånvarande föräldrar, i kamratgruppen användning av narkotika, i skolan dåliga studieprestationer och skolk och i närmiljön har tillgången på narkotika betydelse. Även på nationell nivå brukar faktorer som kan kopplas till ökad tillgänglighet anses som riskfaktorer. På individnivå anses personlighetsdrag som aggressivitet och impulsivitet – vilket även framgår i kapitlet om tidiga problembeteenden – bidra till ökad risk för missbruk, men även en positiv attityd till narkotika kan öka risken. Till skyddsfaktorerna räknas anknytning till positiva förebilder och tydliga normer mot antisociala beteenden.

Medan förekomst av enstaka riskfaktorer endast tycks medföra en begränsad riskökning medför samtidig exponering för många faktorer en betydande risk. Som prognosinstrument på individnivå fungerar dock inte antalet riskfaktorer särskilt bra. Därför bör preventivt arbete inriktas mot grupper med multipla riskfaktorer snarare än individer. Kännetecknande för effektivt preventionsarbete är att man fokuserar på faktorer som visat sig ha dokumenterad betydelse för risken att hamna i, respektive skydda mot, missbruk. Det är också betydelsefullt att kunskapsinriktade moment kombineras med färdighetsträning och att insatserna som erbjuds är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvata.

Tidiga problembeteenden

av Britt G E af Klinteberg

Under senare år har intresset ökat för vilken roll impulsivitet och aggressivitet spelar i utvecklingen mot riskbruk, missbruk och/eller ett beroende av olika droger, vilket ofta också är kopplat till andra former av psykosocial problematik. Trots stora forskningsansträngningar är många av de relationer som man finner mellan de här personlighetsdragen och personlighetsstörningar, alkohol/drogmissbruk och våld fortfarande kontroversiella. En relevant fråga berör samspelet mellan impulsivitet och aggressivitet, och deras interaktion med andra utagerande personlighetsdrag som till exempel sensationssökande och extremt behov av omväxling. En annan kontroversiell fråga är identifieringen av olika biologiska och neuropsykologiska markörer för eller indikationer på impulsivitet och aggressivitet för att få mer objektiva mått på dessa personlighetsdrag än de som man får genom självskattningar av vardagligt beteende. Det gäller även för att få en djupare förståelse för olika aspekter av mänskligt beteende som ligger bakom impulsivt och aggressivt beteende som manifesteras i olika former av

psykosocial störningsbild. Med utgångspunkt i dessa beaktanden är tanken med det här kapitlet att belysa implikationer och konsekvenser av impulsiviteten för olika psykosociala störningar, som till exempel missbruk, beroende, kriminalitet och våld. Fokus ligger på utvecklingsaspekter, tänkbara underliggande mekanismer och attityder som kan vara särskilt relevanta ur både ett rättspsykiatriskt och ett preventivt perspektiv.

Bruk av narkotika – är det maskulint? Könsskillnader och konstruktion av genus i narkotikabruk

av Gunnel Hensing

I det här kapitlet är det framförallt genusidentitetens betydelse för skadlig konsumtion av narkotika som diskuteras. Om mäns och kvinnors narkotikavanor jämförs visar det sig att män testar och använder narkotika regelbundet i större utsträckning än kvinnor, både i Sverige och i andra europeiska länder. Det är också i allmänhet män som introducerar nya former av narkotika. Missbruk av legala läkemedel som sömnmedel och lugnande medel är dock vanligare bland kvinnor. Bland ungdomar är könsskillnaderna i allmänhet obetydliga när det gäller narkotikaerfarenhet, men ökar med stigande ålder. Bland personer med en omfattande och skadlig narkotikakonsumtion beräknas kvinnor utgöra omkring en fjärdedel.

Ända fram till 1970-talet var studier inom narkotikaområdet huvudsakligen inriktade på män och specifika aspekter som sexuella övergrepp, graviditeter och föräldraskap i samband med narkotikaanvändning uppmärksammades knappast alls. Med ett genusperspektiv på narkotikakonsumtion problematiseras könsskillnaderna bortom enbart biologi, här inbegrips även sociala och kulturella aspekter förknippade med kön. En genusidentitet kan beskrivas som individens egen upplevelse av sig själv som man eller kvinna och därmed förknippade maskulina respektive feminina uttrycksmöjligheter.

Intervjuer med kvinnliga och manliga narkotikaanvändare visar att män uppfattas vara bättre på att hantera narkotika eftersom de har kontroll, är orädda och inte så sårbara – karakteristika som traditionellt associeras med maskulinitet. Traditionella föreställningar inbegriper också en mer förlåtande syn på män som använder narkotika. Den negativa attityden mot kvinnors konsumtion innebär ett skydd för kvinnor både mot att testa och använda narkotika regelbundet. Men också att kvinnor som använder narkotika marginaliseras mer påtagligt och snabbare än män i motsvarande situation.

När det gäller såväl förebyggande insatser som behandling innebär genusperspektivet ett försök att medvetandegöra kvinnor om livsvillkor som leder till underordning, hur dessa kan synliggöras och utmanas. Men ökad genusmedvetenhet kan också bidra till att identifiera motivationsskapande faktorer för män, som exempelvis betydelsen att vilja vara en bra pappa. Reflexioner kring genus kan alltså hjälpa oss att se mekanismer i samhället som skyddar mot, respektive ökar risken för skadligt användande av narkotika både för män och kvinnor.

Föräldrars betydelse för bruk och skadligt bruk av narkotika hos barn och unga

av Christina Kadesjö

Det här kapitlet kan sammanfattas i två meningar – föräldrar har stor betydelse och preventionsinsatser måste inbegripa föräldrar.

Många föräldrar upplever det som slitsamt och konfliktfyllt att ha tydliga regler för att barnen inte ska använda alkohol och narkotika. Modern forskning visar att det lönar sig – föräldrars agerande har stor betydelse för om barnen kommer att använda narkotika. Men faktorer och förhållanden i familjen kan också medverka till att risken för framtida narkotikamissbruk ökar. Till de skyddande faktorerna hör exempelvis att föräldrarna är engagerade, tillgängliga och kan tolka barnets signaler, har tålamod med skrik och protester och kan balansera konflikter med positiv familjesamvaro. Det har också visat sig ha stor betydelse att föräldrarna själva tydligt tar avstånd från narkotikaanvändning. Saknas den här typen av kvaliteter i föräldraskapet ökar risken för en oönskad utveckling. Det här är resultat som i hög grad sammanfaller med vad Knut Sundell redovisar i sitt kapitel om risk- och skyddsfaktorer.

Christina Kadesjö lyfter fram forskning som visat att barn som tidigt uttrycker aggressivitet och frustration ofta blir avvisade av välfungerande barn och att avvisade barn tenderar att knyta an till andra barn som också avvisats. Problematiken kring barns aggressivitet diskuteras även i Britt af Klintebergs kapitel om problembeteenden. En slutsats är att om ingen fungerande familj finns som motkraft, finns risk att negativa kompisgrupper ger en tillhörighet och ny mening i tillvaron som baseras på asociala handlingar och narkotikamissbruk. Preventionsinsatser måste alltså gripa in tidigt för att stärka de skyddande faktorerna och minska riskfaktorerna – att vänta innebär ofta att det som gått fel blir svårare att ställa till rätta.

I kapitlet finns flera metaforer med koppling till väderlek. Snöbolls-

effekten innebär exempelvis att olika riskfaktorer kan adderas under uppväxten. Den kumulativa effekten av detta kan jämföras med en snöstorm – under en kortare period kan barnet stå emot men över tid ökar utsattheten samtidigt som motståndskraften undermineras. Här kan tillgängliga föräldrar och andra positiva vuxenrelationer ge ”lä i stormen”. Kapitlet avslutas med kortfattade beskrivningar av en rad preventionsprogram som i olika omfattning inbegriper föräldrar.

Narkotikaförebyggande insatser i skolan

av Sven Bremberg

I Sverige finns en lång tradition att erbjuda undervisning kring alkohol, narkotika och tobak i skolan. Syftet är naturligtvis att minska ungdomars benägenhet att använda droger, såväl under skoltiden som senare i livet. Ett flertal studier har dock visat att särskild undervisning om droger sannolikt inte har någon bestående effekt, oavsett om man använder traditionella undervisningsformer eller moderna beteendevetenskapliga metoder.

Skolans roll i det drogförebyggande arbetet handlar istället om att utföra kärnuppdraget väl – alltså att bidra till att alla ungdomar klarar undervisningen och att de därigenom utvecklar sina kompetenser. En väl utvecklad allmän kompetens har visat sig ge ökad motståndskraft mot att använda narkotika. Skolans viktigaste medel är att erbjuda en bra undervisning med tydliga mål, höga förväntningar och täta återkopplingar till eleven kring vad som uppnåtts.

Narkotikaproblem, prevention och arbetsliv

av Ulric Hermansson

Att tidigt upptäcka narkotikamissbruk på arbetsplatsen är betydelsefullt, bland annat för att förebygga olyckor och ohälsa, men kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är bristfällig. Att mäta narkotikamissbruk inom arbetslivet är också ganska svårt, bland annat eftersom konsumtionen är kriminaliserad och i regel betraktas som ett tydligt normbrott. Att ”på fri hand” identifiera personer som använder narkotika sporadiskt är inte heller lätt – erfarenhetsmässigt kan det gå många år innan konsumtionen orsakar tydliga tecken – vilket kan leda till att rehabiliteringsåtgärder erbjuds för sent.

Studier som gjorts i Sverige med hjälp av urinprov visar att mellan en och sex procent av de anställda använt narkotika relativt nyligen. I

en intervjuundersökning av restauranganställda uppgav mer än en fjärdedel att de använt narkotika senaste året. Vid internationella jämförelser verkar narkotika i arbetslivet ändå vara mindre utbredd i Sverige än i många andra länder. Det helt dominerande preparatet i såväl nationella som internationella studier är cannabis, vilket i ett arbetsplatsperspektiv är oroande eftersom cannabis visat sig påverka koordinations- och reaktionsförmåga samt perception även vid begränsad konsumtion.

Avslutningsvis presenteras tre metoder för att förebygga narkotika på arbetsplatsen: hälsofrämjande program som avses bidra till en allmänt sundare livsstil, rådgivningsprogram som ofta innehåller både diagnostisering och behandling och till sist narkotikatestning som – förutom att verifiera att narkotika använts – även kan ha en förebyggande effekt. Tyvärr är kunskapsläget när de gäller specifika preventionsmetoders effektivitet begränsat. Studier tyder på att en kombination av åtgärder krävs för att nå effekt.

Ungdomskultur, normer och narkotika
av Philip Lalander

I kapitlets inledning konstaterar Philip Lalander – i likhet med flera av de andra författtarna i denna bok – att en överväldigande majoritet av unga i Sverige avstår från narkotika. Möjligen kan man tolka detta som att riksdag och regering bedrivit en framgångsrik opinionsbildning. Inte desto mindre är användningen av narkotika ofta förknippad med positiva associationer i medier som vänder sig till ungdomar. Narkotikakonsumtion upplevs ge identitet, gemenskap och ett meningsskapande sammanhang – ofta i skarp kontrast till det etablerade samhällets normer. På så sätt kan narkotikaanvändning uppfattas som ett slags uppror, ofta associerad med en romantiserande bild av utanförskap. Men relationen mellan ungdomskultur och narkotika är komplex, här finns också kritik mot den idealiserande bilden och avståndstagande mot att använda narkotika.

Även om narkotikaanvändande också handlar om kemiska processer i kroppen – vilket framför allt berörs i Jenny Häggkvists kapitel – har sociala normer och arenor där konsumtionen sker stor betydelse. Exempelvis ökar risken att ungdomar testar narkotika i en miljö där konsumtionen är accepterad och där traditionell social kontroll sviktar. Här kan utlandsvistelser och musikfestivaler utgöra exempel. Normerna kring narkotika är också klart olika beroende på vilket preparat det handlar om. Även om nästan alla känner till att cannabis är olagligt

kan omkring fyra av tio tillfrågade studenter tänka sig att pröva medan mer än nio av tio uppger att de aldrig skulle testa heroin. Cannabis anses lättare att rättfärdiga eftersom konsumtionen inte associeras med kontrollförlust och social marginalisering på samma sätt som för heroin. Retoriken kring användandet skiljer sig också – cannabisanvändare ”röker på” medan heroinisten knarkar.

Vägen in i ett riskfyllt användande av narkotika är nästan alltid social, nyfikenheten väcks i regel i kamratkretsen och sociala kontakter är nödvändiga för att komma över preparaten. Konsumtionen sker i ett socialt samspel, där brist på nära och förtroendefulla relationer, pengar och vettig sysselsättning ökar risken att testandet övergår i missbruk. Förebyggande insatser riktade mot unga måste förmedla trovärdiga budskap om risker förknippade med narkotikaanvändning men framför allt förmedla goda skäl att tro att de är välkomnade i samhällsgemenskapen!

Knark är bajs. Att driva narkotikaförebyggande informationsarbete

av Gunilla Jarlbro

Kapitlet handlar om att förebygga narkotikaanvändning genom informationskampanjer. Eftersom en mycket stor majoritet i Sverige stödjer målsättningen ”ett narkotikafritt samhälle” kan man fundera över om vi verkligen behöver bedriva opinionsbildning mot narkotika. Svaret enligt författaren är dock ett tveklöst ”ja” – främst eftersom en restriktiv narkotikapolitik förutsätter ett folkligt stöd och kampanjer behövs för att långsiktigt upprätthålla detta stöd.

Strategin när det gäller narkotikakampanjer går i regel ut på att motverka ett visst beteende, vanligen att människor använder narkotika. Här finns alltså en skillnad i förhållande till kommersiella kampanjer, som vanligtvis uppmuntrar människor att göra något – oftast konsumera. I övrigt är det samma marknadsföringsprinciper som tillämpas. Den effektivaste påverkan när det gäller att bilda eller stärka en opinion anses vara masskommunikation via exempelvis TV eller tidningsannonser. Interpersonell kommunikation – alltså att i familjen och bland vänner och arbetskamrater prata om narkotika – anses dock effektivare för att få till stånd beteendeförändringar.

Förebyggande effekter av polisens insatser mot narkotikan
av Johannes Knutsson

I Sverige började narkotika synliggöras som ett samhällsproblem under senare delen av 1960-talet. Från denna tidpunkt och fram till idag har lagstiftning och praxis kring narkotikakontroll förändrats avsevärt och vi kan urskilja stadier med en strängare respektive liberalare politik. En strängare politik kan sammankopplas med mer resurser till polisen vilket leder till ökade upptäcktsrisker och fler beivrade brott. En preventionseffekt kan uppnås om narkotikan härigenom blir mer svårtillgänglig och livsstilen med drogkonsumtion uppfattas som mindre attraktiv. I Sverige har andelen ungdomar som på olika sätt befattat sig med narkotika minskat, samtidigt som upptäcktsriskerna ökat i och med en allt restriktivare narkotikapolitik. Internationella jämförelser visar också att svenska ungdomar har liten tillgång till narkotika – vilket troligen är en effekt av den förda politiken med omfattande polisinsatser – och en rimlig förklaring till den mycket låga konsumtionen bland svenska ungdomar.

Hur förebygger vi narkotikaproblem i lokalsamhället?
av Eva Wallin och Johanna Gripenberg

I det här kapitlet diskuteras hur man lokalt kan förebygga narkotikaproblem genom olika typer av samarbetsprojekt. Erfarenheter från alkoholområdet visar att det är många faktorer som påverkar omfattning och allvarlighetsgrad i ett lokalt missbruksproblem. Därför bör en rad samordnade insatser användas när man försöker motverka problemen. När det gäller alkohol finns en hel del forskning kring effekter av preventionsprogram, men inom narkotikaområdet vet vi ganska lite om vad som fungerar och varför. Erfarenheter från både alkohol- och brottsförebyggande program kan dock nyttjas som inspiration och kunskapsbas.

Principiellt kan insatser för att förebygga narkotikarelaterade problem i lokalsamhället delas in i fem steg. Först bör man analysera i vilken utsträckning förändring är möjlig och vilka metoder som kan användas. Därnäst identifieras nyckelpersoner som bör involveras i arbetet liksom projektets mål. I ett tredje skede planeras insatser för att nå målen och en tidsplan när insatserna ska genomföras. När arbetet rullat igång visar erfarenheterna att det är viktigt att ha någon form av system för att följa upp effekter av insatserna – kanske behöver något ändras? Avslutningsvis har man att ta ställning till om programmet ska permanentas och spridas. I kapitlet exemplifieras de fem stegen i

ett lokalt folkhälsoarbete genom ett svenskt program – Krogar mot Knark.

Utvärderingar av lokal narkotikaprevention visar att program som framför allt bygger på utbildningsinsatser inte förmår minska problemen i någon större utsträckning – här krävs tillgänglighetsbegränsande åtgärder i kombination med lokal mobilisering. En annan viktig erfarenhet är att sånt här arbete kräver en hel del resurser, såväl ekonomiskt som kompetensmässigt, men kanske framför allt tålamod – det tar tid innan men kan se effekter av lokala narkotikaförebyggande program!

Policy för prevention

av Sven Andréasson och Helena Löfgren

Det finns god evidens för att tillgängligheten påverkar narkotikaanvändningen. Restriktiv lagstiftning reducerar kraftigt antalet personer som använder narkotika. Evidensen är stark för att kriminalisera de kommersiella delarna i narkotikahanteringen: produktion och försäljning, men svagare för kriminalisering av innehav och bruk av narkotika.

För att en restriktiv lagstiftning ska vara effektiv krävs också effektiva kontrollåtgärder. En ensidig satsning på kontrollåtgärder i form av fler poliser, längre straff, etc. ger dock begränsade effekter på narkotikabruk och problem. För ökad effektivitet behövs också insatser mot efterfrågan, där åtgärder på familje-, skol-, fritids-, arbetslivs- och trafikområdena är viktiga. Insatser för att påverka normer och attityder till narkotika är också viktiga, särskilt bland unga människor.

Behandling för narkotikaproblem är effektiv när den genomförs med evidensbaserad metodik. Behandlingen i sig leder dock inte till en minskning av narkotikaproblemen i samhället. I Sverige har skadereducerande insatser som substitutionsbehandling för opiatberoende och sprututbytesprogram varit kontroversiella. Frågan har fått en pragmatisk lösning genom att de skadereducerande programmen beskrivits som medicinsk verksamhet och därmed kunnat undantas från det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle.

Policyfrågan för beslutsfattare på lokal, regional och nationell nivå gäller hur det förebyggande arbetet ska organiseras, och vilka resurser som ska tilldelas det. Exempel på organisatoriska frågor är antagande av policydokument i beslutande församlingar, styrning och samordning av det förebyggande arbetet, uppdrag till nämnder och förvaltningar, beslut om ekonomiska ramar och inrättande av tjänster. Precis

som understrukits i föregående kapitel tar det ofta lång tid innan preventionsinsatser ger synbara resultat, långsiktig finansieringen är därför nödvändig för att få effekter.

Litteratur

Andréasson, S. (2002). *Den svenska supen i det nya Europa* i Andréasson S., red. *Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Bejerot, N. (1975). *Narkotikamissbruk och narkotikapolitik.* Stockholm: Sober Förlags AB.

Birckmayer, J., Fisher, D.A., Holder, H.D. & Yacoubian, G.S. (2008 in press). ”Prevention of Mathamphetamine Abuse: Can Existing Evidence Inform Community Prevention?” *Journal of Drug Education*.

CAN (1991). Nr 22. Rapport 92. *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*. Stockholm: CAN.

Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood L.J. (2006). ”Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. ” *Addiction* (101):556–569.

Folkhälsoinstitutet (1993). *A Restrictive Drug Policy: The Swedish Experience*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). ”Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention.” *Psychol. Bull.*112(1):64–105.

Holder, H.D. (1998). *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. Cambridge: Cambridge university Press.

Hser, Y.L., Longshore, D. & Anglin, M.D. (2007). ”The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. ” *Eval. Rev.*31(6):515–547.

Lenke, L. & Olsson, B. (1998). ”Drugs on Prescription – the Swedish Experiment of 1965–67 in Retrospect.” *Eur. Addict Res.* (4):183–189.

Linton, M. (2002). *Den nationella baksmällan*. Stockholm: Arena.

McLellan, A.T., Lewis, D.C., O’Brien, C.P. & Kleber H.D. (2000). ”Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation.” *Journal of the American Medical Association* (248):1689–1695.

Regeringskansliet (2000). *Välfärd, vård och omsorg*. Stockholm: Socialdepartementet (red.).

Sampson, R.J. & Laub, J.H. (1993). *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life.* Harvard University Press.

Narkotikasituationen i Sverige under de senaste 15–20 åren

Håkan Leifman

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Har den svenska konsumtionsnivån av narkotika närmat sig andra västländer såsom globaliseringsperspektivet stipulerar?
- Har den ökning i bruket av narkotika som var tydligt under 1990-talet bland unga fortsatt in på 2000-talet?
- Hur ser det mer regelbundna och tyngre narkotikamissbruket ut i Sverige både när det gäller utvecklingen över tid och jämfört med andra länder?

Inledning och bakgrund

Detta kapitel har som huvudsyfte att beskriva narkotikasituationen i Sverige, både under de allra senaste åren och också utvecklingen under en längre tidsperiod, det vill säga under de senaste 15–20 åren. Kapitlet inleds dock med att ge en kortfattad beskrivning av viktiga narkotikapolitiska förändringar under senare år och hur narkotikaproblemet betraktats i Sverige.

Det kan nog påstås att i relation till narkotikaproblemets utbredning intar narkotikafrågan en särställning i det svenska samhället. Så har också varit fallet under många decennier: narkotikan har setts som ett hot mot samhällsordningen och för framtida generationers välmående. Undersökningar visar också att grunderna i den svenska narkotikapolitiken har ett starkt folkligt stöd (Mobilisering mot narkotika 2006). Europeiska undersökningar av ungdomars och unga vuxnas (15–24-åringar) syn på och bruk av narkotika ger också vid handen att unga svenskars syn på narkotika, i europeisk jämförelse, är mycket sträng, inte minst gäller detta synen på användning av cannabis. År 2004 svarade 44 procent av de intervjuade 15–24-åringarna i Sverige att de betraktar cannabis som en mycket farlig drog, jämfört med 24

procent av samtliga intervjuade i de tidigare 15 medlemsländerna i EU (EU-15). I Nederländerna var motsvarande andel 7 procent (European Commission [Eurobarometer] 2004). Allt talar för att liknande, eller till och med större, skillnader föreligger mellan Sverige och övriga länder i de äldre åldersgrupperna.

Oron över narkotikan var kanske än mer påtaglig i Sverige under 1990-talet då ökningen av narkotikabruket bland framförallt ungdomar väckte stor uppmärksamhet och det svenska närmandet till övriga Europa, speciellt EU-medlemskapet, av många befarades leda till en försvagning av den svenska narkotikapolitiken och till ytterligare stegring av narkotikaproblemet. Även uppgifter som indikerar tyngre narkotikamissbruk visade under denna period på tydliga ökningar, exempelvis de narkotikarelaterade dödsfallen som mer än fördubblades från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet.

Ett svar på denna oroväckande utveckling från regeringen var att tillsätta en utredning för att lägga fram grunderna för den kommande narkotikapolitiken. Utredningen fick namnet Narkotikapolitiska kommissionen. I sin slutrapport från januari 2001 pekade kommissionen inte bara på att narkotikaproblemen förvärrats rejält under 1990-talet men också att frågan fått mindre politisk prioritering. Vidare påtalade kommissionen att det saknades en balans mellan de tre viktigaste hörnpelarna i den svenska narkotikapolitiken, nämligen kontrollåtgärder vilka syftar till att begränsa tillgången till narkotika, det förebyggande arbetet (inte minst på lokal nivå) samt vård och behandling. Enligt kommissionen dominerade kontrollåtgärderna medan annat förebyggande arbete inte nådde fram samtidigt som vård- och behandlingsarbetet nedprioriterats. Sverige stod, menade kommissionen, inför ett vägval. Antingen förstärker man arbetet mot narkotika på i stort sett alla olika narkotikaområden och på alla nivåer i samhället med mer medel och ökad kompetens samt genom ett förbättrat nationellt ledarskap eller så sänker man ambitionsnivån och accepterar på ett annat sätt än tidigare narkotikaanvändning i Sverige. Om man sänker ambitionsnivån måste också, enligt kommissionen, det tidigare övergripande narkotikapolitiska målet om ett narkotikafritt samhälle revideras (SOU 2000:126).

Inte oväntat valde kommissionen det förstnämnda alternativet om en kraftig förstärkning på området. Kommissionens slutbetänkande gavs ut 2001 (januari), ett år då andelen elever som någon gång använt narkotika ökat till nästan 10 procent, jämfört med 3 procent 1989, och andelen narkotikarelaterade dödsfall för första gången översteg 400, jämfört med ca 170 fall per år under de sista åren under 1980-talet. Un-

der 2002 verkställde regeringen ett av kommissionens förslag: man tillsatte en särskild narkotikapolitisk samordnare. Denna narkotikasamordnare skapade också under sig ett särskilt kansli – Mobilisering mot narkotika (MOB). Den narkotikapolitiske samordnaren stod inför en mycket besvärlig utmaning. Målsättningen var (och är fortfarande) att se till att andelen unga som testar narkotika minskar, att tillgången på narkotika minskar samt att förmå fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk. Detta skulle åstadkommas genom att genomföra och följa upp regeringens nationella narkotikahandlingsplan (för perioden 2002–2005), samordna narkotikainsatserna på nationell nivå och genom att se till att narkotikafrågan blev till en politiskt högt prioriterad fråga.

Flera forskare pekade också på att den ökade narkotikaanvändningen bland unga i Sverige följer internationella trender, vilket skulle innebära att handlingsutrymmet i Sverige i syfte att påverka utvecklingen var relativt begränsat. Den ökade globaliseringen både inom det ekonomiska området (med ökad ekonomisk integration samt en global marknadsekonomi), det politiska systemet (med beslut som i allt större utsträckning fattas utanför nationsgränsen) och, inte minst, det kulturella området (med bland annat globala ungdomskulturer) skulle påskynda denna process ytterligare. Utvecklingen av kommunikationsteknologin, framförallt internet, och alltmer uniforma livsstilar bland unga i västvärlden talade för inte bara liknande trender i Sverige som i övriga länder utan också för en ökad utjämning. Detta skulle innebära att svenska ungdomars narkotikavanor inte bara följer de upp- och nedgångar som gäller för andra västländer utan också att deras vanor alltmer liknar andra ungdomars i Europa. Det kan i detta sammanhang vara värt att nämna att det år då Sverige blev medlem i EU, 1995, uppgav 6 procent av svenska niondeklassare att de provat narkotika. Motsvarande andel samma år var 18 procent i Danmark och 42 procent i Storbritannien (ESPAD 1995 i Hibell m.fl. 1996).

I detta kapitel redovisas för utvecklingen av narkotikabruket och vissa narkotikarelaterade problem under 1990-talet och de första åren på 2000-talet.

Om de olika datamaterial som används

Det finns inget enskilt mått som kan ge en fullständigt heltäckande och rättvisande bild av narkotikasituationen i Sverige. Principen är därför att försöka använda sig av data från flera olika källor. För att få en uppfattning om hur stor andel i befolkningen och i olika grupper av denna som använt narkotika, främst cannabis, har självrapporterade uppgifter om narkotikabruk analyserats, enligt de uppgifter som svenskarna själva uppger i olika frågeundersökningar. För att få en bild av ”tyngre” missbruk används exempelvis uppgifter om antalet narkotikarelaterade dödsfall och sjukvårdsfall, samt skattningar av antalet tunga narkomaner. De olika indikatorerna på narkotikavanor kan således sägas komplettera varandra eftersom de troligen beskriver förhållanden och utvecklingen inom delvis olika grupper av narkotikabrukare. I detta avsnitt redovisas mer i detalj de material och de indikatorer som kommer att användas i detta kapitel.

I Sverige betraktas officiellt allt icke-medicinskt bruk av narkotika som missbruk.

I Sverige betraktas officiellt allt icke-medicinskt bruk av narkotika som missbruk. I denna studie används begreppet missbruk alternativt tungt missbruk utan skillnad i innebörd dem emellan. När det gäller tillfälligt, eller så kallat experimentellt användande av narkotika, har genomgående ordet bruk använts. Detta görs enbart i syfte att särskilja olika grupper av narkotikaanvändare och olika användningsmönster från varandra. Någon annan grund till denna kategorisering, än denna på empiriskt data grundade, föreligger inte.

När det gäller indikatorer på mer ”allvarliga” former av narkotikaanvändande (regelbundet bruk, ”tyngre” missbruk) kommer flera olika datakällor om *konsekvenser* av narkotikamissbruk att användas, såsom uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall, antalet patienter vårdade inom den slutna sjukhusvården med narkotikadiagnoser och narkotikarelaterad brottslighet. Syftet med dessa redovisningar är att försöka får en bild av hur utvecklingen ser ut över tid vad gäller det mer problematiska bruket av narkotika, något som inte enkelt låter sig göras med hjälp av traditionella frågeundersökningar riktade till riksrepresentativa urval av den svenska befolkningen. I Sverige har också över åren ett fåtal större kartläggningar och skattningar av det ”tyngre” missbruket genomförts. Resultaten från dessa redovisas också.

I den mån det är möjligt kommer de siffror som presenteras att redovisas för män och kvinnor separat. Mest uppgifter om narkotikaerfarenheter finns bland ungdomar men de data som finns för äldre åldersgrupper kommer också att redovisas i detta kapitel. Förutom kön

och ålder redovisas också nivåerna och utvecklingen för de tre storstäderna i Sverige: Stockholm, Göteborg och Malmö.

Frågeundersökningar

En viktig indikator på omfattningen och inte minst trender i narkotikaanvändandet är resultat baserade på intervju- eller enkätundersökningar. Det finns sannolikt inget annat land i Europa som har så mycket data och kunskap om utvecklingen av narkotikabruket bland 15–16-åringar (elever i årskurs 9) och bland pojkar i 18-årsåldern. Dessa data härrör från de av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) administrerade årligen återkommande skolundersökningarna av elever i årskurs nio och mönstringsundersökningarna. Resultat från dessa och ett antal andra frågeundersökningar, såsom ett fåtal riksrepresentativa undersökningar riktade till hela vuxna befolkningen i Sverige med ställda narkotikafrågor, kommer att redovisas närmare i detta kapitel. Skolundersökningarna, som från och med 2004 också inkluderar gymnasiets årskurs 2, genomförs som lärarövervakade anonyma gruppenkäter i klassrummen. Normalt deltar runt 5 300 elever i årskurs nio och ca 4 500 i gymnasiets årskurs 2 (CAN 2007).

När det gäller mönstrande så har dessa genomförts som rikstäckande undersökningar i samband med att mönstrande män (oftast 18 år gamla) infunnit sig till mönstring inför militärtjänst. Det rör sig således om totalundersökningar. Det bör påpekas att även om allt färre svenska män genomför värnplikten genomgår de allra flesta unga män mönstringen. Åtminstone var så fallet till och med 2006. Årligen har mellan 40 000–50 000 män deltagit. Frånsett den allra första undersökningen från 1969 har därefter samtliga enkäter genomförts med anonyma enkäter. (Även skolenkäterna genomförs anonymt.) Inför 2007 förändrades dock mönstringsverksamheten i så pass hög grad att man beslutat att upphöra med studien. Förändringen medförde att endast en mindre och selekterad andel av varje mönstringsaktuell generation genomgår prövning och därmed ges tillfälle att besvara drogvaneenkäten. Resultaten från 2006 års undersökning blev därmed den sista som redovisades (Guttormsson 2007).

Validiteten i frågeundersökningar, inte minst frågeundersökningar riktade till slumpmässiga urval av befolkningen, har länge diskuterats inom både narkotika- och alkoholområdet. Kortfattat kan man säga att de prevalensmått som kan beräknas från dessa undersökningar inte nödvändigtvis stämmer överens med de faktiska. Detta förhållande är

känt sedan lång tid inom både narkotika- och alkoholområdet och beror dels på ett selektivt bortfall; missbrukare är överrepresenterade i bortfallet, dels på en underrapportering av de faktiska vanornas omfattning. Sistnämnda kan ta sig uttryck i att intervjupersoner förnekar användandet av narkotika trots att så varit fallet eller att de uppger bruk av narkotika men att de förlägger händelsen längre tillbaka i tiden (någon gång använt narkotika) än vad som faktiskt är fallet (använt under de senaste 12 månaderna). Även överrapportering kan dock förekomma, det vill säga att en intervjuperson uppger bruk av narkotika trots att så inte varit fallet. Detta är sannolikt vanligare i undersökningar bland yngre, exempelvis skolundersökningar.

Bortfallet uppgår numera i svenska undersökningar av alkohol- och narkotikavanor till 30–40 procent delvis beroende på vilket institut som genomför intervjuerna, vilket eller vilka ämnen som behandlas och vilken datainsamlingsmetod som använts. I skolundersökningar och mönstringsundersökningarna är bortfallet väsentligt lägre (de som inte var i skolan den dagen enkäten fylldes i och de som överhuvudtaget inte mönstrade).

Det finns goda skäl att tolka data från frågeundersökningar med försiktighet.

I regel anses dock frågeundersökningar lämpa sig relativt bra för att ge en bild av bruk av till exempel tobak och alkohol och även cannabisanvändning. Även om de uppmätta nivåerna inte är exakta så anses de ge en god bild av trender över tid. Data från frågeundersökningar har också den fördelen att de faktiskt kan avspegla vanor bland den stora allmänheten, detta eftersom de avser slumpmässiga urval av den svenska befolkningen. Dessutom möjliggör dessa data analyser av hur det ser ut i olika grupper av befolkningen, såsom bland män och bland kvinnor, i olika åldersgrupper och i olika regioner.

En förutsättning är dock att urvalen är såpass stora att de tillåter meningsfulla analyser. Detta är ett större problem i analyser av narkotikabrukets omfattning än jämfört med till exempel tobaks- och alkoholvanor, då andelen som uppger narkotikaanvändning är relativt låg. De små talen innebär också att det i praktiken endast är det i särklass vanligaste narkotiska preparatet i Sverige (och i resten av västvärlden), nämligen cannabis (hasch och marijuana), som man kan uttala sig om och, med beaktande av de ovan nämnda validitetsproblemen, i första hand tillfälligt eller experimentellt bruk av detta preparat.

Sammantaget finns det goda skäl att tolka data från frågeundersökningar med försiktighet, inte minst den exakta storleken på utbredningen i befolkningen, i olika grupper av denna och den absoluta storleken på förändringar. I första hand kan dessa data användas för att få

reda på skillnader mellan olika grupper och för att klargöra trender, det vill säga om narkotikabruket minskar, ökar eller ligger på en förhållandevis stabil nivå.

Narkotikarelaterade dödsfall

Utvecklingen av den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige redovisas regelbundet av Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen. Ett index har där konstruerats som inkluderar samtliga personer som avlidit med en eller flera narkotikarelaterade diagnoser som underliggande eller bidragande dödsorsak (Socialstyrelsen 2007a). De allra flesta fallen avser olika beroendesyndrom och förgiftningar. Även antalet dödsfall med narkotikadiagnoser som underliggande dödsorsak kommer att nämnas, detta då det funnits oenighet om vilket mått som bäst speglar utvecklingen i Sverige (CAN 2007).

Eftersom nya principer för klassificering av dödsorsaker infördes 1997 (från ICD-9 till ICD-10) bör man vara försiktig med att tolka utvecklingen mellan 1996 och 1997. Det torde vara möjligt att utifrån utvecklingen av antalet narkotikarelaterade dödsfall inom ett och samma land kunna uttala sig om övergripande nationella trender i det tunga missbrukets utveckling. Det bör också vara möjligt att jämföra skillnader och trender mellan vissa regioner inom ett och samma land, åtminstone för Sverige med samma klassificeringssystem för samtliga regioner. Den kan också nämnas att en av de vanligaste metoderna att beräkna prevalensen tunga missbrukare i en befolkning, AMM-metoden, använder sig av antalet narkotikarelaterade dödsfall, och mortaliteten bland missbrukare.

När detta kapitel i stort sett var färdigskrivet i slutet av maj 2008 redovisade Statens folkhälsoinstitut nya siffror för narkotikarelaterad dödlighet från 1994 till 2007 men grundade på rättsmedicinska data. Registret som skapats har tagits fram genom nära samarbete mellan Folkhälsoinstitutet (FHI), Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket. Eftersom dessa uppgifter sträcker sig fram till och med 2007, jämfört med 2005 för det officiella dödsorsaksregistret, kommer utvecklingen enligt dessa rättsmedicinska data att redovisas närmare i detta kapitel. När det gäller skillnader mellan denna statistik baserade på rättmedicinska data och Socialstyrelsens narkotikaindex hänvisas till Folkhälsoinstitutet (www.fhi.se/templates/Page____9874.aspx).

Narkotikarelaterad sluten sjukhusvård

Inom sjukvården sker merparten av narkotikavården på särskilda narkomanvårdsanstalter eller på psykiatriska kliniker. Avgiftningar och vård av psykiatriska komplikationer till följd av missbruket är de vanligaste insatserna (CAN 2007). Samma index med samma diagnoser (som huvud- eller bidiagnoser) som för narkotikarelaterade dödsfall har också använts för att studera utvecklingen av de narkotikarelaterade fallen inom den offentliga slutna sjukvården. Dessa uppgifter kommer från Socialstyrelsens så kallade Patientregister (se till exempel Socialstyrelsen 2007b). Registret inkluderar samtliga slutenvårdstillfällen vid offentligt drivna sjukhus i Sverige, samt vilka diagnoser patienter vårdas för. Även inom slutenvården övergick man 1997 till ICD-10 med undantag av Skåne som införde ICD-10 år 1998.

Det bör poängteras att analyserna i detta kapitel inte inkluderat lugnande medel och sömnmedel trots att även dessa klassificeras som narkotikapreparat. Nästan samtliga av dessa fall rör äldre personer som många gånger använt dessa medel under lång period.

Statistik från den slutna sjukhusvården är svårtolkad. Ett skäl till detta är att de psykiatriska klinikerna i Sverige i stort sett halverats under de senaste tjugo åren. I takt med att de psykiatriska klinikerna i Sverige minskat kraftigt har man därför på många ställen byggt ut den öppna sjukvården. Detta gäller inte minst i Stockholms län och dess beroendevård. Data för den öppna beroendevården finns tillgängliga för Stockholms län men finns inte uppdelat på diagnos, vilket gör det omöjligt att studera utvecklingen av endast narkotikavårdade skilt från alkoholvårdade. Dessa data kommer därför inte att presenteras närmare i detta kapitel.

Narkotikarelaterad brottslighet

I detta kapitel har data sammanställts avseende antal personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL). När en person anses som misstänkt för ett brott innebär det att personen, som måste vara straffmyndig, anses av polis eller åklagare vara skäligen misstänkt och att brottsmisstanke kvarstår efter avslutad utredning. De allra flesta av polisen kända narkotikabrott rör misstanke om innehav eller eget bruk av narkotika.

Narkotikabrott är så kallade spanings- och ingripandebrott. Detta innebär att brotten upptäcks genom polisens eller tullens insatser. Ju större insatser från polisen eller tullen desto fler brott anmäls, vilket i sin tur leder till fler misstänkta personer och fler lagförda. Skillnader

mellan olika regioner och förändringar av antalet brott är därför inte nödvändigtvis detsamma som faktiska skillnader eller förändringar av narkotikabrottsligheten.

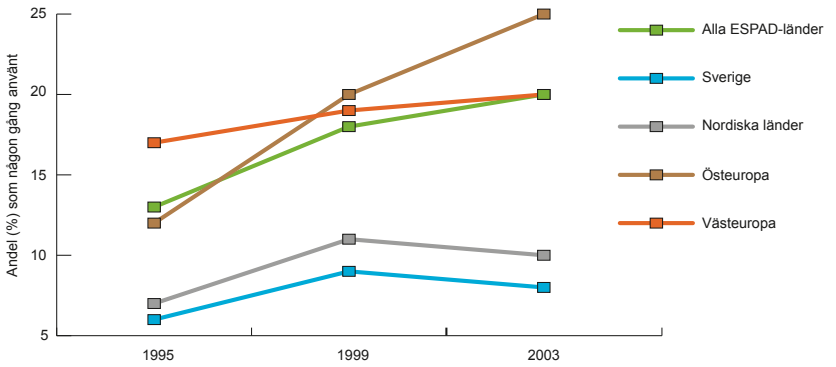
Fördelen med uppgifterna om misstänkta och lagförda är att det finns individuppgifter om exempelvis ålder och kön, vilket i motsats till anmälda brott gör det möjligt att studera utvecklingen för olika grupper av befolkningen. I detta kapitel redovisas hur stor andel av samtliga personer misstänkta för narkotikabrott (enligt NSL) som är i åldrarna 15–20 år i olika regioner under fem år: 1995, 1998, 2001, 2004 och 2007.

Sverige jämfört med andra länder i Europa

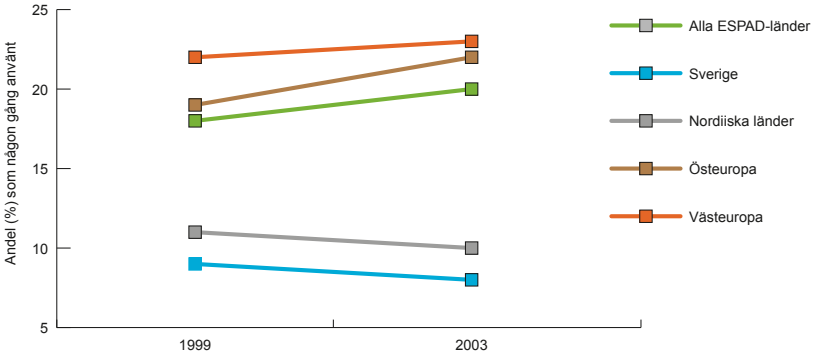
I detta avsnitt ges en kortare beskrivning av den svenska narkotikasituationen jämfört med andra länder i Europa. I nästkommande avsnitt studeras i detalj utvecklingen av den svenska narkotikautvecklingen både när det gäller narkotikaanvändning och olika narkotikarelaterade konsekvenser.

Data som tillåter länderjämförelser är en bristvara men det finns ett fåtal, varav de kanske mest ambitiösa är de så kallade ESPAD-undersökningarna (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, se till exempel Hibell m.fl. 1996) som genomförs med standardiserade frågeformulär och gemensam metodik i ett stort antal europeiska länder. Frågorna besvaras anonymt i klassrummen med en undersökningsledare närvarande. Målgruppen är 15–16-åriga skolelever. Antalet deltagande länder har ökat, från 26 stycken vid det första undersökningstillfället (1995) till 35 länder år 2003. Undersökningarna utförs på vårterminen vart fjärde år, vilket innebär att den senaste datainsamlingen ägde rum under våren 2007. Här presenteras data för åren 1995, 1999 och 2003 (resultat från 2007 års undersökning finns ännu inte tillgängliga).

I figur 1a redovisas utvecklingen för Sverige och vissa grupper av länder. Som framgår låg andelen högre 1999 jämfört med 1995 för såväl Sverige som övriga grupper av länder. År 2003 hade andelen stigit ytterligare någon eller några procentenheter för de deltagande västeuropeiska och framför allt östeuropeiska länderna (och för samtliga ESPAD-länder). Eftersom fler länder deltog 1999 och 2003 redovisas i figur 1b också utvecklingen mellan dessa två år. Även denna figur visar på en ökning för både de väst- och östeuropeiska länderna men inte



Figur 1a. Andel (%) som uppger att de prövat narkotika i olika delar av Europa samt i Sverige bland 15–16-åringar (årskurs 9), enligt ESPAD-undersökningarna 1995, 1999 och 2003.



Figur 1b. Andel (%) som uppger att de prövat narkotika i olika delar av Europa samt i Sverige bland 15–16-åringar (årskurs 9), enligt ESPAD-undersökningarna 1999 och 2003.

TABELL 1. *Andel (%) som uppger att de använt cannabis någon gång och under den senaste månaden bland 15–24-åringar i Sverige och i de tidigare 15 medlemsländerna i EU (Källa: European Commission Eurobarometer 2004).*

	Använt någon gång		Använt senaste månaden	
	EU-15	Sverige	EU-15	Sverige
2002	29	17	11	4
2004	33	14	11	3

för Sverige. I Sverige sjönk andelen från 9 till 8 procent, i övriga deltagande västländer ökade den från 22 till 23 procent.

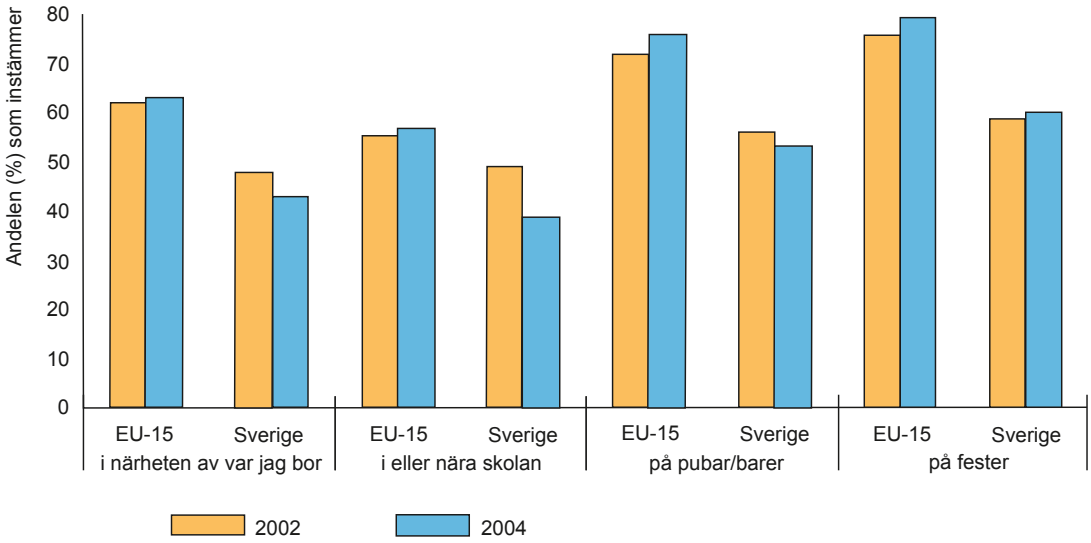
Europeiska Unionen har under flera tillfällen initierat undersökningar av attityder till och bruk av narkotika bland ungdomar och unga vuxna i EU-länderna. Tabell 1 visar andelen av 15–24-åringar i Sverige och i samtliga 15 tidigare medlemsländerna som uppgav bruk av cannabis 2002 och 2004. Både tillfälligt bruk (använt senaste 12 månaderna) och mer regelbundet bruk (använt senaste 30 dagarna) visar på minskningar i Sverige men ökningar (tillfälligt bruk) eller stabil nivå (regelbundet bruk) för samtliga 15 länder som grupp betraktad. I samma undersökning tillfrågades respondenterna om hur lätt det är att få tag på narkotika i olika miljöer. Hur stor andelen var i Sverige och i samtliga 15 EU-länder som instämde i påståendet att det är lätt att få tag på i de olika miljöerna framgår av figur 2. I samtliga fyra miljöer ökade andelen som instämde för de 15 EU-länderna, i tre av de fyra sjönk andelen i Sverige och i den fjärde var andelen nästan oförändrad (på fester).

Såväl det tillfälliga som det regelbundna bruket av narkotika är avsevärt lägre i Sverige än i resten av Europa.

Förenta Nationernas narkotika- och brottsbekämpningsorgan, UNODC, har i en rapport analyserat svensk narkotikapolitik sedan mitten av 1960-talet och bland annat jämfört utvecklingen i Sverige med andra europeiska länder (UNODC 2007). De data som redovisas är till stor del de ovan använda. Där redovisades också resultat från riksrepresentativa befolkningsundersökningar genomförda i flertalet europeiska länder. I åldersgruppen 15–64 uppgick andelen cannabisanvändare under de senaste 12 månaderna till ca 7,4 procent i genomsnitt för västeuropeiska länder. I Sverige var andelen 2,2 procent. Fyra länder uppvisade andelar runt 10 procent eller mer, nämligen Spanien (11,3 %), Tjeckien (10,9 %), Storbritannien (10,8 %) och Frankrike (9,8 %). Även vad gäller annan narkotika än cannabis uppvisade Sverige, jämfört med länder i Västeuropa, bland de lägsta andelarna.

På basis av alla dessa data konstaterades i FN-rapporten att Sverige är ett undantag i förhållande till Europa i stort. Såväl det tillfälliga som det regelbundna bruket av narkotika är avsevärt lägre i Sverige än i resten av Europa. Detta gäller både i befolkningen i stort och i ungdomsgrupperna.

Det tycks således som om avståndet mellan Sverige och andra länder i Europa inte minskat, utan varit stabilt eller till och med ökat under de första 4–5 åren på 2000-talet, i så fall tvärtemot vad den ökade globaliseringen och den svenska europaintegreringen förväntades ha gett upphov till. Det bör emellertid återigen betonas, trots FN:s kon-

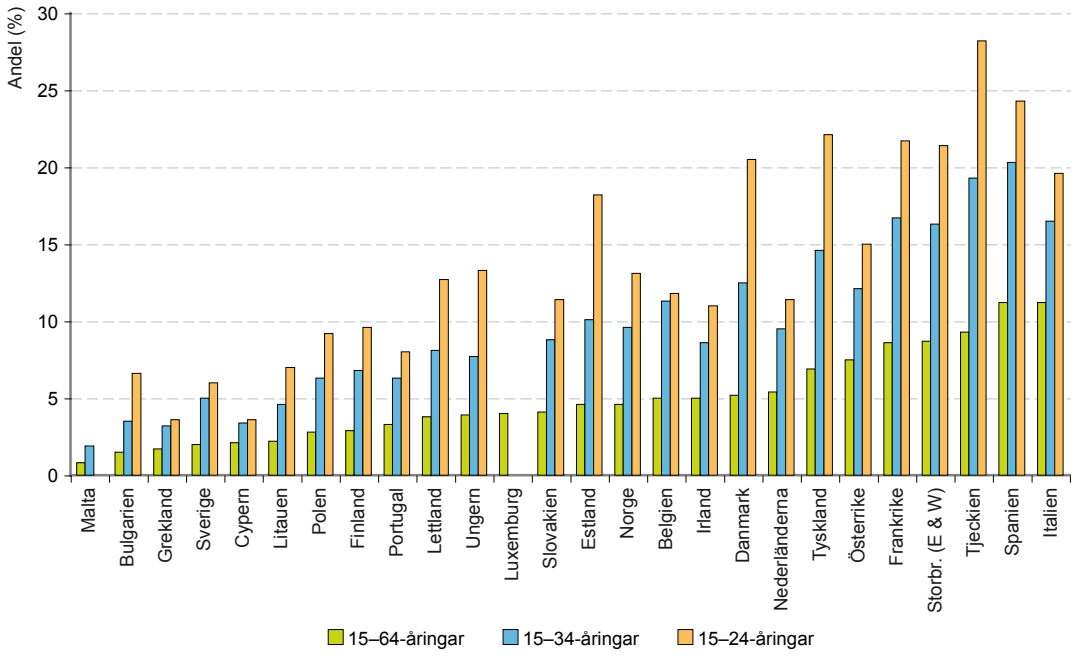


Figur 2. Andelen bland 15–24-åringar som instämmer att det är lätt att få tag på narkotika i olika sammanhang (Källa European Commission Eurobarometer 2004).

staterande, att denna tendens bör tolkas med försiktighet. I 2007 års rapport från EU:s centrum för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA [på svenska ECNN]) om situationen på narkotikaområdet i Europa rapporteras om en stabilisering och till och med tecken på minskning av cannabisbruk i vissa europeiska länder. Enligt EMCDDA tyder uppgifter på att detta är särskilt tydligt i de länder där prevalensen är hög (EMCDDA 2007). Det finns också vissa tecken, enligt EMCDDA, även om uppgifterna ännu är relativt osäkra, på att cannabis i vissa länder blir mindre populärt i de yngre åldersgrupperna.

Detta skulle kunna innebära att flera länder uppvisar en likartad utveckling som den svenska. Ytterligare data, som ännu inte finns att tillgå, får utvisa om så är fallet eller om skillnaderna, såsom de framkom i ESPAD-data mellan Sverige och övriga länder, varit stabil eller till och med ökat under de första åren på 2000-talet.

I denna EMCDDA-rapport redovisades också så aktuella siffror som möjligt över andelen som använt narkotika i de olika länderna i olika åldersgrupper på basis av nationella frågeundersökningar genomförda under olika år på 2000-talet. Även om jämförbarheten mellan olika länder är begränsad ger dessa siffror ändå en någorlunda god bild av länderskillnader i narkotikaanvändning. Figur 3 visar andelarna som i dessa olika nationella mätningar uppger att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Som framgår är Sverige ett av länderna med

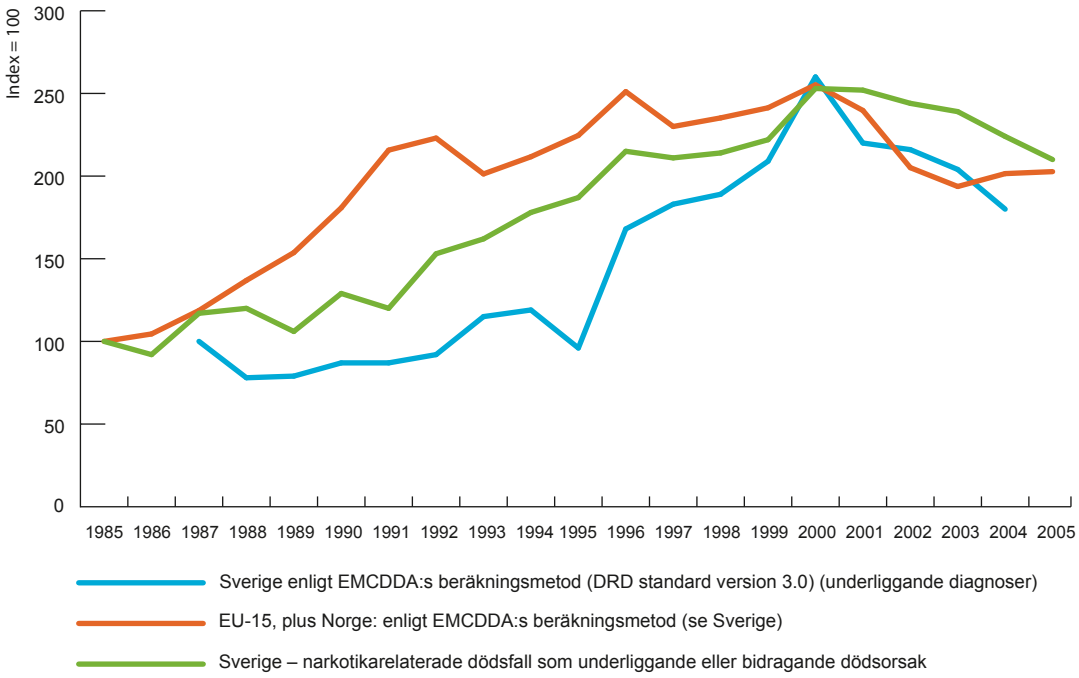


Figur 3. Andelen som uppgett användning av cannabis under de senaste 12 månaderna i olika åldersgrupper i olika europeiska länder (Källa: EMCDDA 2007: Statistical bulletin, GPS-10, GPS-11, GPS18, se www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index39580EN.html).

lägst andel användare och detta i samtliga tre redovisade åldersgrupper: 15–64-, 15–34- och 15–24-åringar. Enligt dessa data uppgick 12-månadersprevalensen av cannabisanvändning bland exempelvis 15–34-åringar till ca 5 procent i Sverige 2006 och till drygt 11 procent i övriga västeuropeiska EU-länder under ungefär samma period (ländergenomsnitt för samtliga EU-15-länder förutom Luxemburg).

I FN-rappporten konstateras också att Sverige hör till de länder i Europa som har lägst nivåer av missbruksrelaterade hiv-infektioner och när det gäller tungt missbruk ligger Sverige, enligt rapporten, strax under genomsnittet i Europa – ca 0,45 procent av befolkningen jämfört med EU-15-genomsnittet på ca 0,57 procent. Jämförbarheten i dessa data, som baseras på nationella skattningar med olika metoder och olika data och till viss del olika definitioner av tungt missbruk mellan länderna, är dock osäker (UNODC 2007).

En viktig indikator när det gäller narkotikamissbruk är narkotikarelaterade dödsfall. Enligt EMCDDA har det skett förbättringar i jämförbarheten av dessa data mellan länderna men fortfarande finns skillnader i rapporteringskvalitet mellan länder vilket innebär att man bör vara försiktig med att göra direkta jämförelser. Däremot kan man, en-



Figur 4. Antal narkotikarelaterade dödsfall i Sverige och i EU-15-länderna från 1995 (1987)–2004/2005 som index, 1985 (1987)=100 (Källa: Statistical Bulletin 2007, DRD-2, www.emcdda.europa.eu/stats07/search?&stat_prefix=DRD-2&stat_type=w87&CFID=7464794&CFTOKEN=678a91da2613b2ee-7DDCB1AD-D6D0-E733-8BC68561 8382792E&jsessionid=2e3011099f8c7f506594).

ligt centrat, studera trender, detta förutsatt att de metoder som används inte förändras (se till exempel EMCDDA 2007).

För att få en bild av den svenska utvecklingen jämfört med övriga EU-15-länder plus Norge redovisas i figur 4 utvecklingen av narkotikadödligheten för samtliga EU-15-länder sammantaget och för Sverige enligt EMCDDA:s beräkningsmetod med underliggande diagnoser. För Sverige redovisas också antalet narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (enligt Socialstyrelsens redovisning av ovan nämnda index). Samtliga tre serier presenteras som index med start från 1985 (Sveriges EMCDDA-serie, från 1987). Som framgår av figuren ökade dödstalen under 1990-talet, enligt alla tre serier, med uppemot 150 procent. Därefter har dödsfallen minskat. Den svenska utvecklingen följer i stora drag utvecklingen i övriga EU-15-länder (plus Norge), både i ökningstakt och i tiden när dödsfallen började sjunka igen.

Sammanfattningsvis visar redovisade data med stor tydlighet att de svenska prevalenssiffrorna för narkotikaanvändning ligger avsevärt lägre jämfört med i stort sett alla andra länder i EU eller jämfört med

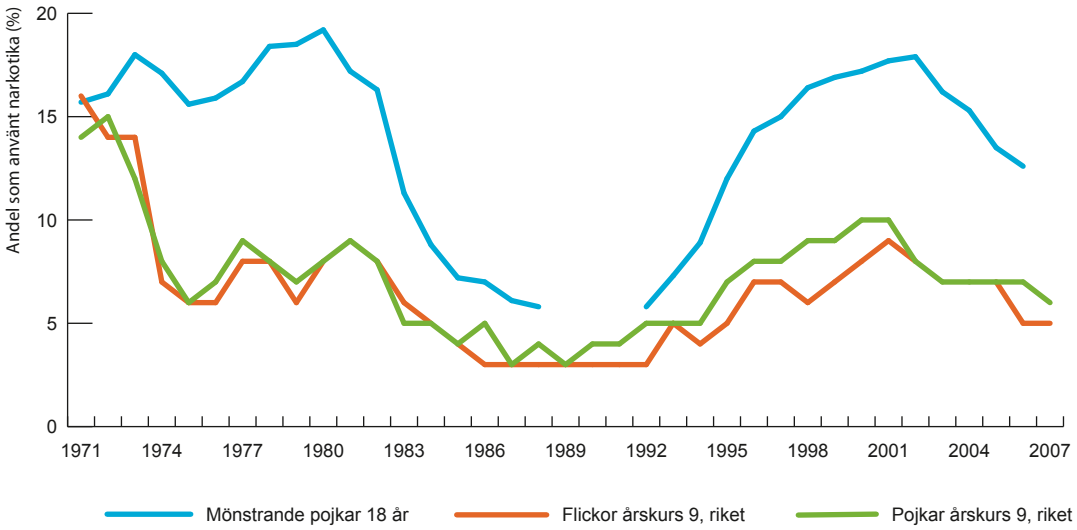
övriga ESPAD-länder. Detta gap mellan Sverige och andra europeiska länder har av allt att döma heller inte minskat under senare år. När det gäller indikatorer på tyngre missbruk ligger Sverige sannolikt på en något lägre nivå än genomsnittet, vilket givet den mycket låga andelen som prövar narkotika dock får betraktas som relativt hög. Utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall, som en indikator på problematiskt eller ”tyngre missbruk”, visar på ungefär samma trend i Sverige som i övriga EU-15-länder. (Hur utvecklingen sett ut i Sverige under 2006 och 2007 enligt ny statistik som grundas på rättsmedicinska data redovisas senare i detta kapitel).

Narkotikaerfarenhet bland unga i Sverige, enligt frågeundersökningar

Använt narkotika någon gång (livstidsprevalens)

Drogvaneundersökningar bland skolelever i årskurs nio (15–16-åringar) genomförs sedan början av 1970-talet, likaså undersökningar av mönstrande män (de flesta i 18-årsåldern) där också frågor om narkotikaanvändning ingår. Hur utvecklingen sett ut under hela den period som dessa undersökningar genomförts framgår av figur 5. Hela 1970-talet kännetecknades av relativt sett höga nivåer. I början av 1980-talet sjönk nivåerna för eleverna i årskurs nio för att ligga som allra lägst i slutet av 1980-talet då 3 procent av både pojkarna och flickorna i årskurs 9 uppgav att de prövat narkotika. Narkotikafrågor bland mönstrande ställdes inte under treårsperioden 1989–1991. Men både 1988 och 1992 uppgick andelen som använt narkotika (minst en gång i livet) till ca 6 procent, vilket är de lägsta uppmätta nivåerna av samtliga år som undersökningarna genomförts. Under 1990-talet steg andelarna åter relativt kraftigt för att nå en topp 2001 för eleverna i årskurs nio (10 % bland pojkarna och 9 % bland flickorna) och 2002 bland mönstrande (18 %). På tio år hade således livstidsprevalensen ungefär tredubblats både bland elever i årskurs nio och bland män 18 år gamla.

Av figur 5 framgår vidare att nivåerna därefter sjunkit ner till ca 6 procent år 2007 för årskurs nio och till knappt 13 procent bland mönstrande år 2006. Denna nedgång både bland skolelever och mönstrande sedan början av 2000-talet förefaller ha ägt rum både i södra, mellersta och norra Sverige. Ser man till de tre storstadsregionerna är nedgången bland skoleleverna i årskurs nio som tydligast i Stockholms län. Data från de tre storstädernas (storstadskommunernas) egna un-



Figur 5. Andelen (%) som uppgett att de någon gång använt narkotika bland elever i årskurs 9 och bland mönstrande 1971–2006/07 (Källor: CAN 2007, Guttormsson [CAN] 2007).

dersökningar av elever i årskurs nio visar på en tydlig nedgång i Stockholms stad, framförallt bland pojkarna (pojkar: 2002: 16 %, 2006: 11 %; flickor: 2002: 12 %, 2006: 10 %), en relativt sett stabil nivå i Malmö stad (ca 11–12 procent bland pojkarna under 2000-talet och ca 10 % bland flickorna), och mellan 2004 och 2007 en viss ökning i Göteborgs stad

TABELL 2. *Andel (%) som uppger att de använt narkotika någon gång bland elever i gymnasiets årskurs två i riket och i de tre storstäderna samt bland mönstrande (Källa: CAN 2007, Guttormsson [CAN] 2007 och siffror från undersökningar genomförda i de tre storstäderna).*

	Pojkar					Flickor			
	Mönstrande	Riket	Stockholm	Göteborg	Malmö	Riket	Stockholm	Göteborg	Malmö
1997	15				26				15
1998	16								
1999	17								
2000	17				30				19
2001	18								
2002	18								
2003	16				22				18
2004	15	17				14			
2005	14	17				13			
2006	13	16	23		19	14	20		16
2007		17		20		13		17	

(tidigare år genomfördes inga undersökningar i Göteborg).

De länsvisa redovisningarna av narkotikaerfarenhet bland mönstrande som redovisas av CAN visar att nedgången sedan 2002 ägt rum i samtliga Sveriges 21 län. I procentenheter har nedgången varit som kraftigast i Stockholms län (från 26 till 17 %, vilket blir 9 procentenheter). I procent (inte procentenheter) är det flera län som uppvisar ungefär lika stora nedgångar, som mest minskningar med ca 30–35 procent (CAN 2007).

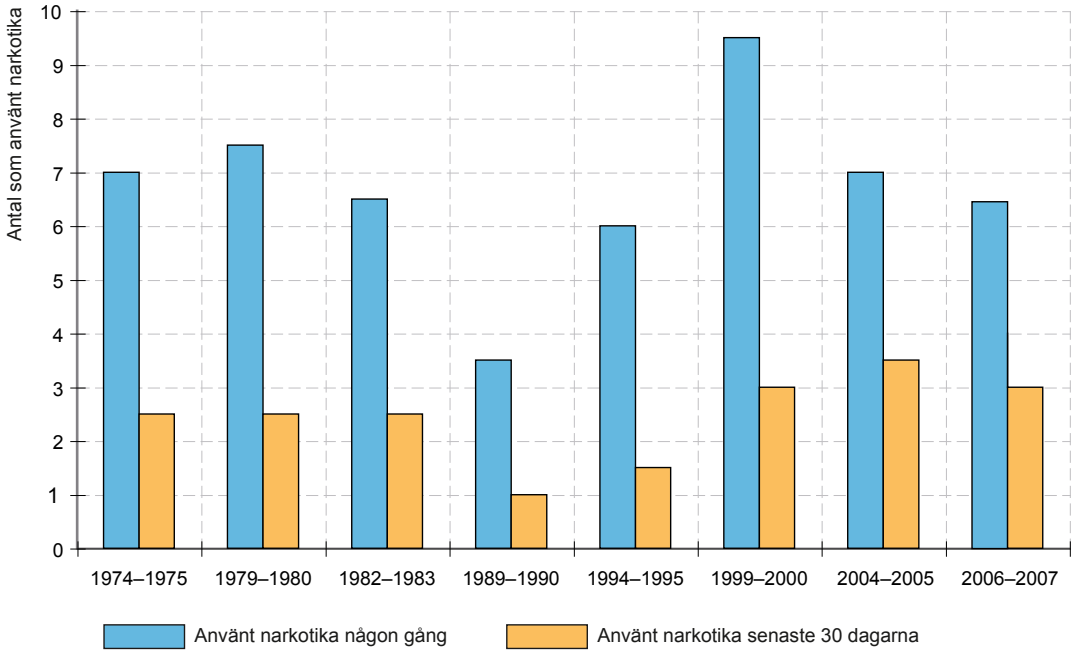
Under de senaste åren (2004–2007) har drogvaneundersökningar genomförts bland elever i gymnasiets år 2. Under dessa år har andelen varit stabil både bland pojkar och bland flickor. År 2007 svarade 17 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna att de prövat narkotika. År 2004 var motsvarande andelar 17 respektive 14 procent. Detta redovisas i tabell 2 i vilken också redovisas resultat från de tre storstädernas lokala gymnasieundersökningar. I Malmö stad har dessa undersökningar genomförts vart tredje år med start från 1997 och i Stockholms stad vartannat år från och med 2000. I Göteborgs stad genomfördes den första, och hitintills enda, år 2007.

För pojkarna har andelarna sjunkit både i Stockholms stad och i Malmö stad. För flickorna har andelen varit ganska så oförändrad i Stockholms stad men minskat med ca 3 procentenheter i Malmö stad från 2000 till 2006. I den enda undersökningen genomförd i Göteborgs stad svarade 20 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna år 2007 att de någon gång använt narkotika.

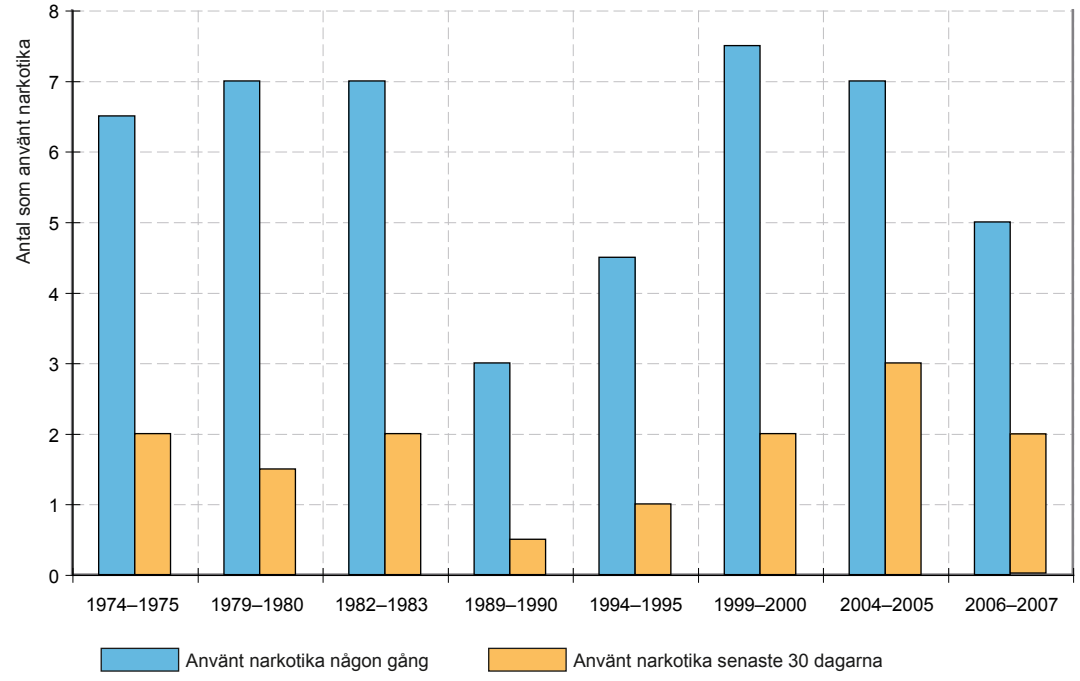
I samtliga dessa undersökningar är nivåerna som högst i storstadslänen och i storstadskommunerna. Detta gäller både bland skolelever och bland mönstrande och både under tidigare år och i nutid. Möjligen har skillnaderna mellan storstadsregionerna och övriga Sverige minskat något.

Använt narkotika under de senaste 30 dagarna (regelbundet bruk)

I såväl mönstrings- som skolundersökningarna (årskurs nio och gymnasiets år 2) ställs också frågor om mer regelbundet bruk såsom under de senaste 30 dagarna. Bland mönstrande framkommer samma trend i detta mer regelbundna bruk som det mer tillfälliga, det vill säga höga nivåer under 1970-talet, minskningar under 1980-talet, ånyo ökningar under 1990-talet och återigen minskningar efter år 2002. År 2002 uppgick andelen som uppgav att de använt narkotika under de senaste 30 dagarna till drygt 3 procent (3,1 %), 2006 var andelen nere i knappt 2 procent (1,9 %).



Figur 6a. Andel (%) pojkar i skolans årskurs nio som prövat narkotika minst en gång och andelen som använt narkotika under de senaste 30 dagarna.



Figur 6b. Andel (%) flickor i skolans årskurs nio som prövat narkotika minst en gång och andelen som använt narkotika under de senaste 30 dagarna.

TABELL 3. *Andel (%) som uppger att de använt narkotika någon gång och under de senaste 30 dagarna bland elever i gymnasiets år två, 2004–2007 (Källa: CAN 2007).*

	Använt någon gång		Använt senaste månaden	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
2004	17	14	5	2
2005	17	13	6	3
2006	16	14	5	2
2007	17	13	4	2

En sådan minskning av regelbundet bruk framkommer inte bland elever i årskurs nio, vilket redovisas närmare i figurerna 6a–b. Det mesta tyder på att denna andel ökat något både för pojkar och för flickor sedan mitten av 1990-talet, åtminstone fram till 2004–2005. År 2007 sjönk andelen som uppgav att de använt narkotika under de senaste 30 dagarna från 4 procent för pojkarna och 3 procent för flickorna år 2006 till 2 respektive 1 procent år 2007, vilket gav lägre andel regelbundna användare 2006–2007 jämfört med 2004–2005. Detta kan innebära att ungefär fem år efter att nedgången började synas i andelen som använt narkotika någon gång har också andelen regelbundna användare börjat sjunka. Kommande mätningar får avgöra om det är frågan om en tillfällig nedgång eller början på en trend nedåt.

I vilket fall som helst ökade andelen regelbundna användare under 2000-talet första sju år (2000–2006) bland elever i årskurs nio, det vill säga under samma period som livstidsprevalensen sjunkit från ca 9–10 procent till ca 6 procent. Som framgår av figurerna 6a–b var kvoten mellan andelen som använt någon gång och andelen som använt under de senaste 30 dagarna som allra högst år 2004–2005: ungefär 50 procent av dem som någon gång prövat narkotika uppger också att de använt narkotika under de senaste 30 dagarna. Under åren 1999 och 2000 var motsvarande andel ca 30 procent och 2006–2007 ca 45 procent.

Gymnasieundersökningarna har endast genomförts sedan 2004 men i de fyra som genomförts finns inga tecken på ökad regelbunden användning (se tabell 3). Av tabellen framgår att andelen år 2007 bland pojkarna uppgick till 4 procent och bland flickorna till 2 procent. Några tydliga tendenser under åren 2004–2007 är svåra att urskilja, möjligen har andelen regelbundna användare minskat bland pojkarna från ca 6 procent 2005 till 4 procent 2007.

Till sist är det värt att nämna att inte heller i åldersgruppen 15–24 år,

TABELL 4a. *Andelen bland män och bland kvinnor i befolkningen som uppger att de prövat cannabis/narkotika, enligt olika riksrepresentativa undersökningar.*

	Temo: män 16–64 år, prövat cannabis	Temo: kvinnor 16–64 år, prövat cannabis	FHI: män 16–64 år, prövat cannabis	FHI: kvinnor 16–64 år, prövat cannabis	SCB: män 16–80 år, prövat narkotika	SCB: kvinnor 16–80 år, prövat narkotika
1994	7,3	6,9				
1996	12,5	7,2				
1997					9	5
1998	17,9	9,8				
2000	16,2	8,7				
2001						
2002					14	7
2004			17,6[1] (14)[2]	9,9[1] (8)[2]		
2005			14,7 (12)	9,0 (7)		
2006			15,6 (13)	8,4 (7)		
2007			14,0 (14)	7,0 (7)		

[1] År 2004 i åldersgruppen 18–64 år. [2] Inom parenteserna 16–84-åringar, men 18–84 år 2004.

TABELL 4b. *Andelen i vuxna befolkningen som uppger att de använt cannabis/narkotika under de senaste 12 månaderna och under senaste 30 dagarna, enligt olika riksrepresentativa undersökningar*

	Temo: män 16–64 år, prövat cannabis senaste året	Temo: kvinnor 16–64 år, prövat cannabis senaste året	FHI: män 16–64 år, prövat cannabis senaste 12 månaderna	FHI: kvinnor 16–64 år, , prövat cannabis senaste 12 månaderna	FHI: män 16–64 år, prövat cannabis senaste 30 dagarna	FHI: kvinnor 16–64 år, prövat cannabis senaste 30 dagarna	SCB: män 16–80 år, prövat narkotika senaste 12 månaderna	SCB: kvinnor 16–80 år, prövat narkotika senaste 12 månaderna
1994								
1996								
1997							1,2	0,4
1998	1,5	0,3						
2000	1,0	0,3						
2001							1,9	0,7
2002								
2004			3,0[1]	1,5[1]	1,2[1]	0,3[1]		
2005			2,9	1,1	1,1	0,5		
2006			2,7	1,3	1,0	0,2		
2007			2,0	1,0	0,7	0,3		

[1] FHI för år 2004: åldersgruppen 18–64 år.

Källor för tabellerna 4a–b: TEMO: se CAN, 2007, FHI: Statens folkhälsoinstitut, (2004). Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”, Rapport 2004:48, Statens folkhälsoinstitut, FHI, http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200448levnadsvanorhalsa0504.pdf, Stockholm. Statens folkhälsoinstitut, (2005). The National Survey on Public Health 2005, National Institute of Public Health, NIPH (FHI), Stockholm. http://www.fhi.se/templates/Page____391.aspx.Statens folkhälsoinstitut, (2006). The National Survey on Public Health 2006, National Institute of Public Health, NIPH (FHI), Stockholm. SCB: Narkotikasituationen i Sverige 90-talet och nutid. Detta var en studie genomförd av Sorad på uppdrag av Mobilisering mot narkotika. För att studera narkotikaerfarenhet bland vuxna analyserades data från två riksrepresentativa SCB-undersökningar.

redovisad i tabell 1, framkom någon ökning i det regelbundna användandet: både livstids- och 30-dagarsprevalensen sjönk från 2002 till 2004.

Narkotikaerfarenhet bland vuxna i Sverige, enligt frågeundersökningar

I tabellerna 4a–b och tabell 5 redovisas narkotikaerfarenheterna bland vuxna svenskar såsom det framkommit i riksrepresentativa frågeundersökningar. De tre olika dataserierna har genomförts på delvis olika sätt och med delvis olika åldersgrupper. De redovisas därför var för sig och man bör vara försiktig med att jämföra de exakta nivåerna dem emellan. Men av dessa data kan man ändå dra slutsatsen att användningen med stor sannolikhet ökade under 1990-talet till början av 2000-talet. Under de senaste åren tycks, enligt Statens folkhälsoinstituts folkhälsoundersökningar, andelen ha minskat något från ca 18 procent för männen och 10 procent för kvinnorna (i åldrarna 16–64 år) år 2004, till ca 14 respektive 7 procent år 2007. Även det mer regelbundna bruket tycks ha ökat under 1990-talet till början av 2000-talet för att därefter sannolikt ha minskat något under de allra senaste åren. Detta tycks både gälla användning under de senaste 12 månaderna och, åtminstone för männen, även de senaste 30 dagarna (se tabell 4b).

I tabell 5 redovisas närmare andelen som använt cannabis (livstidsprevalens) i vissa grupper av befolkningen enligt FHI:s folkhälsoenkät 2006. Av denna framgår bland annat att ca dubbelt så många män än kvinnor använt cannabis och att användning är betydligt vanligare bland yngre än bland äldre. Vidare framkom bland kvinnorna en större andel som använt cannabis bland arbetslösa jämfört med de yrkesarbetande och bland männen en mindre andel som använt bland förtidspensionärer också jämfört med de yrkesarbetande.

Tabellen visar vidare att andelen som använt cannabis, både bland män och kvinnor, var högre bland arbetare än bland tjänstemän och företagare, och för kvinnorna också jämfört med dem som inte kunde klassificeras. Bland män var andelen också större bland dem som varit i ekonomisk kris och saknade kontantmarginal än bland dem som inte varit i ekonomisk kris och hade kontantmarginal. Vidare visade det sig att en större andel kvinnor med låg inkomst använt cannabis det senaste året jämfört med kvinnor med hög inkomst.

TABELL 5. *Andelar som uppger att de prövat cannabis under de senaste 12 månaderna, enligt FHI:s riksrepresentativa folkhälsoenkäter 2006 i olika grupper av befolkningen (i åldersgruppen 16–84 år).*

	Män	Kvinnor
Åldersgrupper:		
16–29	8	4
30–44	2	0,4
45–64	0,3	0,1
65–84	0	0
Sysselsättning:		
Yrkesarbetar	2	2
Ålderspensionär	0	0
Arbetslös	4	3
Förtidspensionär	1	1
Långtidssjukskriven	1	1
Socioekonomi:		
Arbetare	3	2
Lägre tjänsteman	2	1
Mellan och högre tjänsteman	2	1
Företagare	0,4	0,1
Ej klassificerbara	3	1
Ekonomisk situation:		
Ekonomisk kris	4	1
Ej ekonomisk kris	2	1
Saknar kontaktmarginal	3	1
Har kontaktmarginal	2	1
Låg inkomst	4	2
Hög inkomst	3	1
Utbildning:		
Kort utbildning	2	1
Mellanlång utbildning	3	2
Lång utbildning	1	0,1
Födelseland:		
Sverige	2	1
Övriga Norden	14	0,2
Övriga Europa	5	0,4
Övriga världen	2	0,3
H-regioner:		
Stockholm	3,7	1,5
Göteborg/Malmö	2,8	1,6
Större städer	1,5	0,6
Mellanbygden	2,1	1,3
Tätbygden	1,1	0,5
Glesbygden	1,3	0,8
Totalt	2,3	1,3

(Källa: http://www.fhi.se/templates/Page____9595.aspx).

När det gäller utbildning framkom för båda könen att andelen som använt var större bland dem med mellanlång utbildning och minst bland dem med lång utbildning. Vidare var bland männen andelen större bland män födda i övriga Norden och övriga Europa jämfört med män födda i Sverige. För kvinnorna var det vanligare att ha använt cannabis bland svenskfödda kvinnor jämfört med kvinnor födda utanför Sverige.

Till sist visar tabellen också att det var vanligare att ha använt cannabis i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg/Malmö) än i övriga Sverige, även om inte alla dessa skillnader var statistiskt säkerställda.

Problematiskt bruk: ”tungt missbruk”, konsekvenser av användning av narkotika

När det gäller de mer problematiska eller allvarliga formerna av narkotikaanvändning är svårigheterna ännu större att få en någorlunda god bild av utvecklingen. Därför används i detta avsnitt olika indikatorer som tillsammans kan ge en bild av hur denna utveckling sett ut. Först redovisas resultat av landsomfattande kartläggningar av antalet tunga narkotikamissbrukare, därefter redovisas utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall, patienter och vårdtillfällen inom den slutna sjukhusvården med narkotikadiagnoser och, till sist, utvecklingen enligt brottsstatistiken.

Skattningar av ”tungt” missbruk

Sådana kartläggningar har genomförts tre gånger: 1979, 1992 och 1998 och har syftat till att kartlägga det tunga missbruket. Undersökningarna har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via arbetet. Med en särskild statistisk metodik har sedan mörkertalet, det vill säga det antal missbrukare som samhället saknade kännedom om, beräknats och lagts till. Kartläggningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner (CAN 2007).

Definitionen ”tungt missbruk” är i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen under de senaste fyra veckorna. De siffror som redovisas bör snarast ses som

TABELL 6. *Skattningar av antalet "tunga" narkotikamissbrukare i Sverige (för definition av tunga missbruk se text).*

År	Antal skattade tunga missbrukare
1979	15 000
1992	19 000
1998	26 000
2001	28 000*
2004	26 000*

På basis av slutenvårdsuppgifter (patientregistret) och är därmed inte direkt jämförbart med tidigare år
Källa: CAN 2007.

skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar.

I tabell 6 redovisas det huvudsakliga resultatet av dessa skattningar. År 1979 beräknades antalet till ca 15 000, år 1992 till ca 19 000 och 1998 till ca 26 000. Enligt beräkningar av CAN (CAN 2007) beräknades den genomsnittliga årliga ökningstakten till ca 2 procent 1979–1992 och till 6 procent 1992–1998. Den totala årliga ökningen till missbrukspopulationen beräknades till ca 800 missbrukare under den första perioden och till ca 1 900 personer under den andra. Nyrekryteringen var således större under 1990-talet än under 1980-talet. Vidare rapporterar CAN att många äldre är kvar i sitt missbruk vilka använt narkotika under en längre tid. Detta har inneburit att andelen tunga narkotikamissbrukare blivit allt äldre och en större andel av dem har därför missbrukat en längre tid: i 1979 års undersökning hade 19 procent missbrukat i minst 10 år, 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52 procent.

Efter 1998 har ingen liknande kartläggning genomförts varför vår kunskap om antalet missbrukare är bristfällig. En skattning av antalet personer med ett problematiskt missbruk 1997–2001 som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartläggningarna har dock presenterats av Brå (2003, se CAN 2007). I dessa skattningar utgår man från patientregistrets uppgifter om antalet narkomanvårdade och gör utifrån detta statistiska beräkningar för att uppskatta mörkertal och därmed det totala antalet med narkotikaproblem. Enligt denna metod uppgick antalet till 26 000 år 1998 och närmare 28 000 år 2001. Den årliga ökningstakten mellan dessa år blir därmed drygt 2 procent, en lägre ökning än perioden 1992–1998. Beräkningen har uppdaterats och för 2004 beräknas antalet åter vara ca 26 000, alltså en återgång till 1998 års nivå och en årlig minskning med 2,5 procent (Socialstyrelsen

2006). Det bör betonas att denna uppskattning baseras på en enda typ av källa. Olika förändringar inom slutenvårdens struktur och vårdutbudet i stort kan därför inverka på resultaten.

Antal narkotikarelaterade dödsfall

Utvecklingen av antalet narkotikarelaterade dödsfall redovisades i anslutning till jämförelsen med andra europeiska länder i figur 4. Där framkom att dödsfallen låg på en ganska så stabil nivå för att i slutet av 1980-talet, början av 1990-talet stiga.

Som också framgår av tabell 7 fördubblades i stort sett antalet dödsfall med narkotikadiagnoser som underliggande eller bidragande orsak från 1990 till 2000 (enligt Socialstyrelsens narkotikaindex) och tredubblades under samma period sett med narkotikadiagnoser som underliggande dödsorsak (den serie som Sverige rapporterar till EMCDDA och som bygger på underliggande dödsorsaker, det vill säga den sjukdom eller skada som inledde den kedja av sjukdomshändelser som *direkt* ledde till döden, oftast överdoser).

Ökningstakten är således högre om såväl underliggande som bidragande dödsorsaker inkluderas. (För en diskussion huruvida endast underliggande eller både underliggande och bidragande dödsorsaker är den bästa indikatorn, se tidskriften *Alkohol & Narkotika* vol 3, 2002). Från 2000 till 2004/2005 har antalet dödsfall sjunkit med 20 till 30 procent, beroende på vilken av de två serier man studerar.

Ökningen under 1990-talet gällde både män och kvinnor men var tydligast för männen (Socialstyrelsen [SoS], 2007a). Ökningen var särskilt markant under andra hälften av 1990-talet och särskilt uttalad i de yngre åldersgrupperna (framförallt i åldersgruppen 20–29 år). Sett under en längre tidsperiod – från 1987 och framåt – har dock de yngres bidrag (om man här inkluderar samtliga åldrar under 40) sjunkit. Under åren 1987–1988 svarade bland männen de yngre åldrarna (upp till 39 år) för drygt två tredjedelar av samtliga dödsfall, 1998–1999 uppgick motsvarande andel till drygt 51 procent. Liknande trend framkom bland kvinnor.

Nedgången under de senaste 4–5 åren har ägt rum bland männen (enligt SoS index: 2000: 320 dödsfall, 2005: 258 dödsfall) inte bland kvinnorna som uppvisar ungefär samma antal år 2005 som år 2000 (2000: 83 dödsfall, 2005: 82 dödsfall). Bland männen har antalet sjunkit i de yngre åldrarna upp till och med åldersgruppen 40–49 år. I de äldre åldersgrupperna har antalet varit tämligen stabilt eller till och med ökat något. Detta innebär att de yngres bidrag minskat ytterligare något

TABELL 7. *Antal narkotikarelaterade dödsfall 1990–2004/2005, dödsorsaksregistret*

År	Antal avlidna personer enligt Socialstyrelsens index[1]		Antal avlidna personer totalt enligt EMCDDA:s beräkningsgrunder[2]		Narkotikarelaterade dödsfall enligt rättsmedicinska data[3]	
	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+
1990	199	2,83	62	0,88	..	
1991	186	2,63	62	0,88	..	
1992	238	3,36	66	0,93	..	
1993	254	3,57	83	1,17	..	
1994	281	3,93	86	1,20	185	2,59
1995	296	4,13	70	0,98	182	2,54
1996	342	4,76	122	1,70	224	3,12
1997	335	4,66	133	1,85	239	3,32
1998	341	4,73	138	1,92	256	3,55
1999	353	4,89	153	2,12	287	3,98
2000	403	5,56	191	2,63	336	4,64
2001	403	5,53	162	2,22	338	4,64
2002	391	5,34	160	2,18	316	4,32
2003	385	5,22	152	2,06	311	4,22
2004	362	4,87	135	1,82	307	4,13
2005	340	4,54			282	3,77
2006					278	3,68
2007					350	4,58

[1]Underliggande och bidragande dödsorsaker, se också figur 4.
[2] Underliggande dödsorsaker, se också figur 4.
[3] För mer information om dessa data och skillnader mot övriga serier, se www.fhi.se/templates/Page____9874.aspx
..= inga uppgifter.

(åldrarna under 40 år: 49 % av totala antalet för åren 2004–2005).

I tabell 7 redovisas också utvecklingen enligt rättsmedicinska data. Denna statistik publicerades för första gången i slutet av maj 2008 av Statens folkhälsoinstitut (se www.fhi.se/templates/Page____9874.aspx). Intressant med denna serie är att data finns att tillgå till och med 2007. Som framgår av tabellen uppvisade även denna tidsserie över narkotikarelaterade dödsfall en uppgång under 1990-talet fram till början av 2000-talet för att därefter plana ut och sjunka något fram till och med 2005. Under 2006 minskade antalet ytterligare något. Från det år med den högsta nivån 2001 (CAN) till 2006 uppgick minskningen till 21 procent vilket stämmer ganska väl med utvecklingen enligt de två andra tidsserierna. Under det allra senaste året, 2007, tycks dock antalet ha ökat relativt kraftigt tillbaka till ungefär samma nivå som under 2000/2001. Om detta innebär ett trendbrott och dödligheten åter börjar stiga återstår att se.

I tidigare sammanställningar genomförda av enheten Alkohol och Drog Prevention (ADP) på Centrum för folkhälsa inom Stockholms

läns landsting har det visat sig att denna nedgång i narkotikarelaterad dödlighet ägt rum i Stockholms län men inte i övriga Sverige. Från 1997–1998 till 2003–2004 sjönk antalet med ca 13 procent i Stockholms län men ökade med ca 8 procent i resten av landet. Hur det ser ut i specifika län är oklart men när det gäller utvecklingen av underliggande dödsorsaker finns denna uppdelad på de tre storstadslänen och övriga län. Där framgår också en tydlig nedgång i Stockholms län, en relativt stabil nivå i Skåne län (om man undantar år 2000 som uppvisade ungefär dubbelt så många dödsfall jämfört med både 1999 och 2001) men en ökning i Västra Götalands län och i övriga län sammanslagna (CAN 2007, tabell 89).

Det bör dock påpekas att det rör sig om relativt få antal dödsfall per region om man endast ser till underliggande dödsorsaker.

Antal narkotikarelaterade fall inom den slutna sjukhusvården

Även antalet vårdade med narkotikadiagnoser som huvud- eller bidiagnoser uppvisade, såsom de narkotikarelaterade dödsfallen, kraftiga ökningar under 1990-talet fram till början av 2000-talet såväl i hela riket som i de i tabell 8 redovisade länen. Efter år 2001 har nivån legat tämligen stabilt på drygt eller knappt 15 000 slutenvårdstillfällen per år. Liknande trend gäller för antalet slutenvårdade patienter: ökningar under 1990-talet, från 5 169 år 1989 till 9 145 år 2001, men efter detta år en relativt stabil nivå med knappt 9 000 vårdade per år. Av tabell 8 framgår vidare att under 2000-talet har antalet slutenvårdstillfällen sjunkit i Stockholms län, från 365 vårdtillfällen per 100 000 invånare 15 år och äldre år 2001 till 310 vårdtillfällen år 2005. Västra Götalands län uppvisar ingen minskning under 2000-talet, snarare en fortsatt ökning (2001: 206 fall per 100 000 inv. 15+; 2005: 226 fall per 100 000 inv. 15+). I Skåne län har nivån varit relativt stabil under dessa år på knappt eller drygt 200 vårdtillfällen per 100 000 invånare 15 år och äldre. I övriga 18 län sammantagna har antalet minskat något från ca 158 år 2001 till 146 år 2005 (per 100 000 invånare 15 år och äldre).

Antalet narkotikabrott påverkas i stor utsträckning av polisens och tullens insatser.

Förändringarna kan ha att göra med organisatoriska förändringar inom sjukvården snarare än förändringar i vårdbehov, till exempel utbyggnad av den öppna sjukvården. Detta har kanske varit som allra störst inom Stockholms län. Å andra sida stämmer trenderna för slutenvården ganska väl med utvecklingen av den narkotikarelaterade dödligheten: av de tre storstadslänen uppvisar Stockholms län den mest gynnsamma utvecklingen och Västra Götalands län den minst gynnsamma.

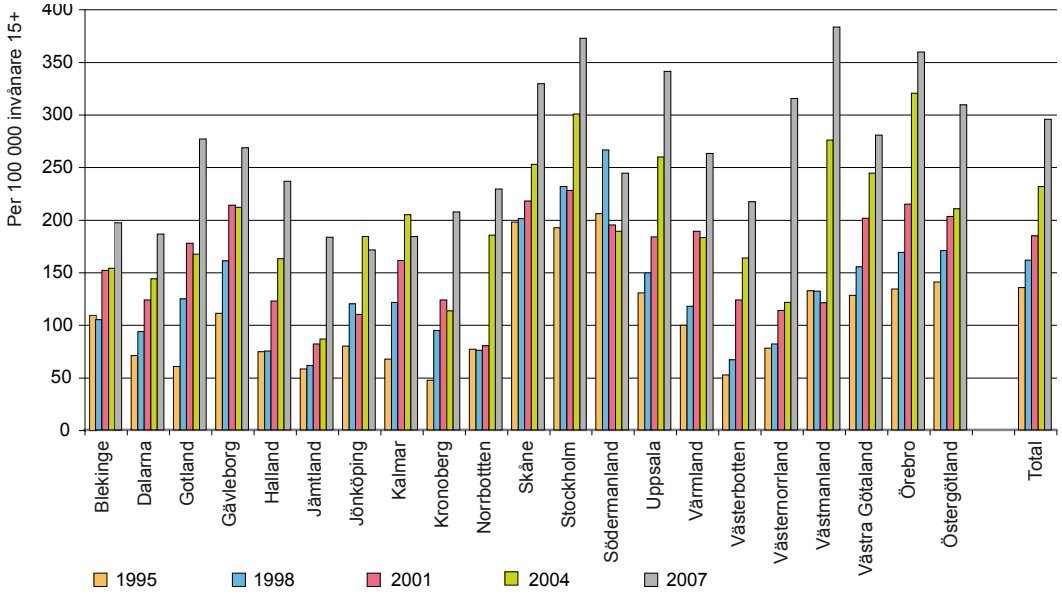
TABELL 8. *Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterade diagnoser som huvud- eller bidiagnoser i olika regioner i Sverige och i hela riket 1987–2005*

År	Stockholms län		Västra Götalands län		Skåne län		Övriga län		Totalt	
	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+	Antal	Per 100 000 inv. 15+
1987	2 924	220	1 324	114	1 080	126	2 588	73	7 916	115
1988	3 389	254	1 395	119	1 149	133	2 778	78	8 711	125
1989	3 354	249	1 480	126	1 180	135	3 008	83	9 022	129
1990	3 594	265	1 632	138	1 226	139	3 261	90	9 713	138
1991	3 732	274	1 705	144	1 272	144	3 415	94	10 124	143
1992	3 867	283	1 554	131	1 372	154	3 571	98	10 364	146
1993	4 066	295	2 003	169	1 585	177	3 550	97	11 204	158
1994	4 522	325	2 030	170	1 780	197	3 883	106	12 215	171
1995	5 045	359	2 103	175	1 807	199	4 037	110	12 992	181
1996	5 055	356	2 162	180	1 824	201	4 265	117	13 306	185
1997	4 948	345	2 435	202	2 046	224	4 967	136	14 396	200
1998	4 371	301	2 529	210	2 101	230	5 399	149	14 400	200
1999	4 662	318	2 434	201	1 989	217	5 204	144	14 289	198
2000	5 154	347	2 282	187	2 038	220	5 429	150	14 903	206
2001	5 470	365	2 519	206	1 906	204	5 751	158	15 646	215
2002	5 104	338	2 364	192	1 795	191	5 729	157	14 992	205
2003	5 025	331	2 353	189	1 833	193	5 436	148	14 647	199
2004	5 167	338	2 374	189	1 737	181	5 408	147	14 686	198
2005	5 004	324	2 709	214	1 694	175	5 614	151	15 021	201
2006	4 869	310	2 886	226	1 958	199	5 445	146	15 158	200

Narkotikarelaterad brottslighet

Som nämndes inledningsvis påverkas antalet narkotikabrott i stor utsträckning av polisens och tullens insatser. Ökar insatserna ökar också antal narkotikabrott. Vi fokuserar här på utvecklingen från 1995 till 2007 i hela riket och i de olika länen och i tre regionerna Götaland, Svealand och Norrland. Under denna tid har antalet anmälda brott mot narkotikalagstiftningen ökat med ca 140 procent – från 323 per 100 000 invånare 1995 till 782 per 100 000 invånare 2007. Denna ökning speglar med all sannolikhet inte en faktisk ökning av narkotikabrotten (eller narkotikaproblematiken i stort i Sverige). Speciellt stor var ökningen mellan 2005 och 2006, från 574 till 736 per 100 000 invånare.

Utvecklingen av antalet personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen 1995–2001 i tre olika regioner framgår av figur 7. Totalt sett i hela riket har antalet misstänkta personer ökat från 135 år 1995 till 295 per 100 000 invånare 2007. Detta är en ökning med ca 119 procent, alltså en något mindre ökning än för de anmälda narkotikabrotten

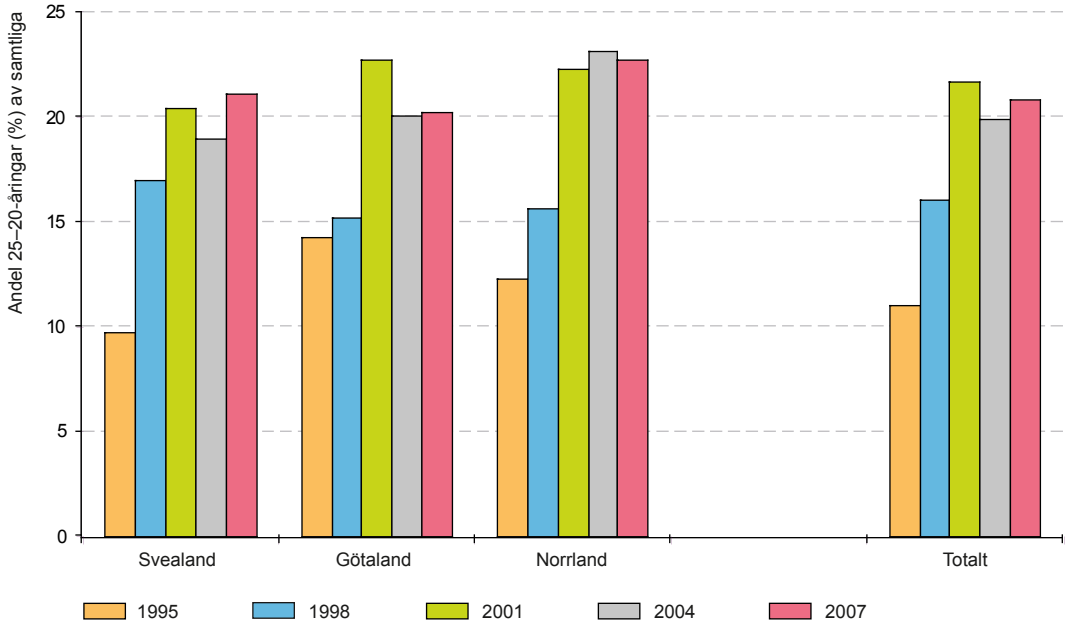


Figur 7. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen per 100 000 invånare 15 år och äldre 1995, 1998, 2001, 2004 och 2007 fördelat på län.

men ändå en kraftig ökning. Som framgår av figuren uppvisar samtliga län en ökning både sedan 1995 och sedan 2001 och 19 av 21 även under de senaste tre åren (2004–2007).

Det ökade antalet narkotikabrott även sett till antalet misstänkta, är med stor sannolikhet, åtminstone till viss del, ett uttryck för ökade polisiära resurser och insatser. Detta är dock svårt att kontrollera eftersom statistiken över antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden (polisårsarbetskrafter) har begränsad jämförbarhet över tid. År 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten före och efter 1997. År 1995 uppgick antalet poliser sysselsatta med narkotikaärenden till 676 och 1996 till 721. 1997 var antalet så högt som 914, låg därefter tämligen still med en svag minskning till 889 poliser 2001, för att öka ytterligare till 1 246 polisårsarbetskrafter år 2006.

Analyser av utvecklingen bland unga 15–20-åringar visade att ökningen var ännu större i denna grupp från 1995 till 2001. Därefter har ökningen varit ungefär densamma i denna grupp som i äldre åldrar. Detta framgår indirekt av figur 8 som visar andelen misstänkta personer i åldrarna 15–20 år av samtliga misstänkta under de fem årtalen. Andelen unga totalt och i procent ökade ungefär lika mycket i de tre regionerna från 1995 till 2001. Därefter har andelen varit relativt konstant i samtliga tre regioner och därmed också i hela riket.



Figur 8. Andelen 15–20-åringar av samtliga misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen 1995, 1998, 2001, 2004 och 2007 fördelat på tre regioner.

Det faktum att ökningen framkom i alla tre regionerna från 1995 till 2001 inkluderande olika polisdistrikt och att den ligger i linje med den ökning av narkotikabruket bland unga under denna period kan tyda på en faktisk ökning – eller nyrekrytering – av unga människor som begår narkotikabrott. Den därefter stabila andelen 2004 och 2007 (runt drygt 20 % av samtliga misstänkta) är mer svårtolkad. Möjligen kan det vara ett uttryck för minskning av narkotikaanvändning bland unga, detta om polisens ökande arbetsresurser nedlagda på narkotikaärenden i allt större utsträckning inriktar sig på unga människor, vilket inte är osannolikt. För en mer utförlig genomgång av denna statistik hänvisas till Johannes Knutssons kapitel i denna bok.

Tolkning av dessa indikatorer över mer problematiskt narkotikabruk (tyngre missbruk)

Samtliga ovan redovisade indikatorer påverkas även av andra orsaker än ett ökat antal narkotikamissbrukare. Det är ändå rimligt att de ökningar som framkom under 1990-talet speglar en faktisk ökning av missbruket. Utvecklingen enligt indikatorerna går hand i hand med de ovan redovisade skattningarna av antalet tunga missbrukare och med

utvecklingen av narkotikaanvändningen bland unga. I motsats till andelen som prövat narkotika bland unga är det svårare att bedöma utvecklingen av det tyngre missbruket under 2000-talet. Efter år 2001 fram till och med 2006 har antalet narkotikadödsfall sjunkit och antalet vårdade inom den slutna sjukhusvården stabiliserats. Nyligen publicerade rättsmedicinska data visar på en ökning i antal narkotikarelaterade dödsfall under 2007 men om detta innebär ett trendbrott och att narkotikadödsfallen återigen är på väg att öka är för tidigt att uttala sig om.

När det gäller narkotikautbudet under 2000-talet bedöms detta vara oförändrat stort och kriminalstatistiska indikatorer pekar på fortsatta stora uppgångar. Det kan således konstateras att indikatorer rörande sjuk- och dödlighet uppvisar en mer positiv utveckling än de brotts- och rättsstatistiska (åtminstone fram till och med 2006). Att de senare ökar förklaras sannolikt delvis av ökade polisiära insatser och av att rättsapparaten satsar alltmer resurser på att lagföra enskilda narkotikaanvändare (för mer utförlig diskussion, se CAN 2007).

Diskussion och sammanfattning

Alla data som redovisats i detta kapitel pekade på ökningar under 1990-talet: fler unga började använda narkotika, antalet tunga missbrukare beräknades ökade, så även den narkotikarelaterade dödigheten och sjukligheten. Under dessa år steg också nivåerna i flertalet andra jämförbara europeiska länder, vilket innebar att den svenska utvecklingen följde den europeiska trenden. De svenska nivåerna bland unga låg dock fortfarande i slutet av 1990-talet betydligt lägre än i flertalet övriga länder i Europa.

Efter år 2000 eller 2001 har andelen unga som använt narkotika sjunkit betydligt i Sverige.

Efter år 2000 eller 2001 har andelen unga som använt narkotika sjunkit betydligt i Sverige. Detta gäller såväl bland niondeklassare som bland mönstrande unga män. Möjligen utgör gymnasieelever ett undantag men denna serie har endast funnits under perioden 2004–2007. De jämförelser med andra länder i Europa som låter sig göras visade inte generellt sett på en liknande utveckling bland 15–16-åringar från slutet av 1990-talet till 2003 (eller mellan 2002–2004, bland 15–24-åringar). Det är möjligt, men inte säkert, att avståndet mellan Sverige och övriga länder i Europa i andelen unga som använder narkotika faktiskt ökat under 2000-talet. I Sverige har nedgången fortsatt

även efter 2003 men hur utvecklingen sett ut i andra länder under de allra senaste åren är fortfarande till stora delar oklart. EMCDDA rapporterade dock en stabilisering och till och med en minskning av prevalensen cannabisanvändare i vissa europeiska länder i den senaste publicerade rapporten över narkotikasituationen i Europa.

ESPAD-data för 2007, som kommer att publiceras under hösten 2008, kommer att ge vidare information om den svenska trenden med sjunkande andelar bland niondeklassare efter år 2003 (det år då den hittills senaste publicerade ESPAD-undersökningen genomfördes) också gäller i flertalet övriga ESPAD-länder.

De data som finns att tillgå visar dock inga tecken på utjämning mellan Sverige och andra länder i Europa sedan slutet av 1990-talet. De flesta av de indikatorer över det problematiska bruket (narkotikamissbrukets) utveckling som redovisats i detta kapitel visar också på att den stigande trenden under 1990-talet upphört och ersatts med en stabil nivå eller eventuellt en sjunkande trend. Här är dock kunskapsläget mer osäkert. Den senaste landsomfattande kartläggningen över antalet tunga narkotikamissbrukare genomfördes 1998.

De data som finns att tillgå över det tyngre missbruket kan tyda på att nivåerna i Sverige även här är på en lägre nivå än genomsnittet i övriga länder i Europa. Skillnaden är dock inte alls lika tydlig som för andelen unga som använt narkotika någon gång eller senaste 12 månaderna (eller senaste 30 dagarna). Givet den relativt sett mycket låga andelen narkotikaanvändare bland unga är nivån av det tyngre missbruket relativt sett hög. Möjligen skulle man kunna tolka detta som att Sverige är effektivt att i bred bemärkelse förebygga användning av narkotika men sämre på att förebygga missbruk bland de mer regelbundna användarna.

De i europeiskt perspektiv låga svenska nivåerna av narkotikaanvändning, inte minst bland unga människor, har sannolikt flera olika orsaker. I detta kapitel görs inga försök att få närmare kunskap om vad dessa orsaker består av, förutom det tämligen självklara konstaterandet att det bör ha att göra med specifika nationella förhållanden, såsom synen på droger bland vuxna, den svenska social- och alkohol-/narkotikapolitiken, det generella välfärdssamhället (och relativt sett goda levnadsnivåförhållanden för flertalet) samt det aktiva arbetet med att begränsa tillgången till narkotika. Det måste ur alla synpunkter betraktas som en angelägen uppgift för framtida forskning att förbättra vår kunskap på detta område.

Litteratur

Alkohol & Narkotika, vol 3, 2002. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

CAN (2007). *Skolelevers drogvanor 2007*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikautveckling. Rapport nr 108 . Stockholm: AWJ Tryck AB, 2008.

EMCDDA (2007). *Situationen på narkotikaområdet i Europ*a. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

European Commission (2004). Eurobarometer. Young people and drugs.

Guttormsson, U. (2007). *Mönstrandes Drogvanor 2006*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning Rapport nr 105 Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1996). *The 1995 ESPAD report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors.

Mobilisering mot narkotika (2006). *Rapport 2006. Den nationella narkotikapolitiska samordnarens årsrapport*. Mobilisering mot narkotika, Socialdepartementet.

SOU 2000:126. *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Statens offentliga utredningar (SOU) Slutbetänkande från Narkotikakommissionen, Socialdepartementet. Stockholm: Fritzes.

Socialstyrelsen (2006). *Individ och familjeomsorg – lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

Socialstyrelsen (2007a). *Dödsorsaker 2005*. Hälsa och sjukdomar 2007:15. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

Socialstyrelsen (2007b). *Sjukdomar i sluten vård 1987-2006*. Hälsa och sjukdomar 2007:17. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

UNODC (2007). *Sweden's successful drug policy: a review of the evidence*. United Nations Office on Drugs and Crime.

De narkotiska preparaten och biologiska markörer för narkotikaberoende

Jenny Häggkvist

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Några etablerade test för narkotikaberoende eller för en ökad risk för beroende finns inte.
- Risken att utveckla ett beroende är ökad om man har en förälder med en beroendediagnos.
- Troligen är flera gener involverade i narkotikaberoende men ingen specifik gen har identifierats.
- Sensationssökare bör identifieras i tidig ålder och erbjudas andra möjligheter till stimulans.
- Tidig upptäckt och behandling av andra psykiatriska sjukdomar som till exempel ångest, depression och ADHD skulle sannolikt kunna minska risken för narkotikaberoende.

Inledning

Idag vet vi att beroende är en multifaktorell sjukdom som involverar komplexa interaktioner mellan biologiska faktorer som gener, miljöfaktorer som sociala interaktioner och tillgång på narkotika samt även de förändringar som de narkotiska preparaten orsakar i hjärnan (Volkow & Li 2005). Ur ett preventivt perspektiv skulle det vara önskvärt att tidigt kunna identifiera personer med en ökad risk för att utveckla ett missbruk eller beroende (för definition av missbruk och beroende se faktaruta 1). Biologiska eller psykosociala markörer skulle då kunna fungera som värdefulla redskap för att underlätta diagnostiken av dessa individer. Idag fokuserar mycket av forskningen om biologiska markörer på de processer som ligger bakom kroppens omsättning och nedbrytning av de narkotiska preparaten och de system, både centrala (i hjärnan) och perifera (kroppen i övrigt), som medierar preparatens effekter. Forskningen kring de narkotiska preparatens verk-

ningsmekanismer ökar kontinuerligt förståelsen av hur preparaten påverkar kroppen och framförallt hjärnan. Genom denna ökade kunskap genereras nya uppslag till inom vilka biologiska system som riskmarkörer kan sökas.

Eftersom preparaten har sin huvudsakliga effekt i hjärnan är det här de flesta potentiella riskmarkörer identifierats, men eftersom hjärnan består av ett komplicerat nätverk med miljarder nervceller finns stora tekniska och andra metodproblem för att utföra de mätningar man är intresserad av. De metoder som finns tillgängliga idag för att mäta neurokemiska processer i hjärnan är än så länge begränsade både i tillgång och i kapacitet och tillåter bara relativt grova, indirekta mätningar som energiåtgång, mängd av receptorer och i vissa fall frisättning av olika signalämnen. Vad som sker inuti cellerna och hur dessa påverkas av narkotika kan ännu inte mätas hos den levande individen utan endast i cellbiologiska modellsystem. Trots att de tillgängliga teknikerna idag endast ger oss ett grovt mått på förändringar orsakade av narkotika finns mycket som talar för att vi inom en snar framtid skulle kunna identifiera riskfaktorer för utveckling av narkotikamissbruk och -beroende. Även om det i framtiden eventuellt kommer att finnas biologiska riskmarkörer för beroende kvarstår svårigheten att identifiera dessa individer och erbjuda preventiva insatser.

Ur ett preventivt perspektiv skulle det vara önskvärt att tidigt kunna identifiera personer med en ökad risk för att utveckla ett missbruk eller beroende.

De narkotiska preparaten

De narkotiska preparaten kan delas in i fem huvudgrupper: cannabis, opiater, centralstimulerande medel, hallucinogener samt bensodiazepiner (samt ytterligare ett antal olika ångestlindrande och sömngivande läkemedel). De olika preparaten skiljer sig åt vad gäller effekt på både psykiska funktioner och hur de påverkar kroppen i övrigt men de har även vissa gemensamma effekter, till exempel att alla påverkar aktiviteten i hjärnans belöningssystem. Ur ett preventivt perspektiv är det av stort intresse att tidigt upptäcka bruk av narkotika och för att identifiera dessa personer kan man lära sig att känna igen tecken på en påverkad person. Symptomen kan ibland vara svåra att urskilja och kan förväxlas med andra sjukdomstillstånd.

Cannabis

Cannabis är det vanligaste narkotiska preparatet i Sverige och i hela västvärlden. 10–15 procent av alla vuxna svenskar anger att de någon gång under sitt liv har prövat cannabis. I den årliga undersökningen av CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) från 2006, uppger 3–4 procent av alla i nionde klass och ca 12 procent av de mönstrande att de någon gång har prövat cannabis. I cannabis anses delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) vara den substans som svarar för de huvudsakliga ruseffekterna. THC är en fettlöslig substans, vilket betyder att den kan binda till fettvävnad som bland annat finns i hjärna och lever. Inlagringen gör att THC stannar kvar i kroppen även efter det att tillförseln upphört och efter upprepat intag kan man spåra cannabis i urinen i flera veckor, ibland månader.

Cannabispåverkan

En person som är påverkad av cannabis har stora vidgade pupiller, ögonvitorna är röda och ögonlocken kan vara hängande. Personen känner sig först euforisk, utåtriktad, fnissig och pratsam. Detta övergår sedan till en fas då personen känner sig inåtvänd och avskärmad och helst bara håller sig för sig själv. Under den andra fasen kan sinnesintrycken förstärkas och personen får en ökad tanke- och associationsförmåga. Cannabisruset ger försämrade kognitiva funktioner (till exempel inlärningssvårigheter, försämrat korttidsminne och koncentrationsproblem) och även försämrad balans och finmotorik. Detta kan göra att personen kan utsätta sig själv och andra för fara om de befinner sig på en arbetsplats (se Ulric Hermanssons kapitel). Cannabis ökar också risken för psykoser, framför allt schizofreni, hos sårbara individer (Andréasson m.fl. 1987, Hall & Degenhardt 2006).

Opiater

Opium utvinns ur växtsaften från opiumvallmon, Papaver somniferum, och har under tusentals år använts för att lindra smärta, dämpa ångest, verka sömngivande, motverka diarré och även som berusningsmedel. Ur opium kan man framställa morfin, kodein och genom en kemisk process även heroin. Heroin och de övriga opiaterna påverkar kroppens egna opiatreceptorer i hjärnan och stimulerar bland annat hjärnans belöningssystem. Heroinruset upplevs som en väldigt intensiv känsla av välbefinnande och eufori och ger väldigt snabbt upphov till ett beroende.

Opiatpåverkan

En opiatpåverkad person har små sammandragna pupiller (knappnålsstora) med en stirrande blick. Ögonlocken är hängande. Pulsen och blodtycket sänks vid opiatpåverkan och man får även en andningsdämpande effekt, vilket kan leda till andningsförlamning som är livshotande. Ofta har personen svårt att hålla en upprätt hållning och vid akut heroinpåverkan sitter individen ofta ihopsjunken, eller ligger.

Centralstimulerande medel

Centralstimulerande medel innefattar kokain, syntetiska centralstimulantia som amfetamin och ecstasy samt kat. Dessa preparat kännetecknas av att de ökar den psykiska energin och aktiviteten samt minskar hunger, trötthet och sömnighet. De centralstimulerande substanserna verkar direkt på hjärnans belöningssystem genom att bland annat frisätta signalsubstansen dopamin. Detta medför en känsla av kraft, vakenhet och eufori som sedan följs av en motsatt känsla med ångest och nedstämdhet.

Centralstimulantiapåverkan

En person som är påverkad av centralstimulerande preparat har stora utvidgade pupiller som inte påverkas även om ljuskällan förändras. Blicken är ofta intensiv och stirrande och runt ögonen kan man ibland se små muskelryckningar. Musklerna kan bli mycket spända och man kan se hastiga, krampaktiga rörelser i till exempel käkmuskulaturen eller fingrarna. Efter intag av centralstimulantia kan personen uppleva muntorrhet, vilket gör att man gör tuggrörelser, försöker svälja för att öka salivutsöndringen samt slickar sig om läpparna. Puls, blodtryck och kroppstemperatur ökar och andningen kan vara ytlig och hastig. Personen uppträder ofta mycket rastlöst och kan ha en förhöjd energi och självkänsla.

Hallucinogener

Hallucinogener är en grupp narkotiska preparat som ger starka verkningar på människans sinnesintryck. Denna grupp omfattar både naturliga hallucinogener som meskalin (från peyotekaktusen), psilocybin (från svampar) och syntetiska preparat som LSD, PCP och ketamin (Ketalar®).

Hallucinogenpåverkan

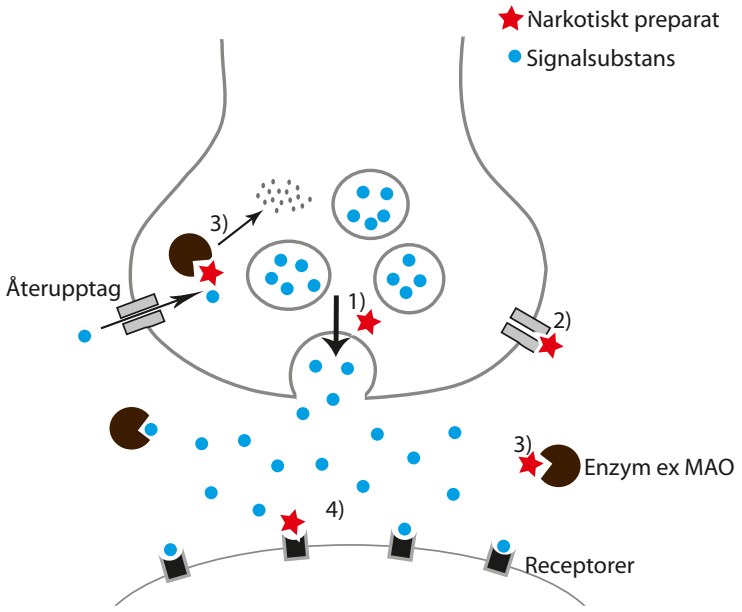
En person som är påverkad av hallucinogener har stora pupiller men pupillerna har normal ljusreaktion. Både puls och blodtyck ökar. De psykiska effekterna är förstärkta sinnesintryck, vilket betyder att de till exempel kan uppleva att de ser ljud eller hör färger. Detta kan övergå i syn- och rösthallucinationer samt bisarra vanföreställningar. En person som är påverkad kan få snabba stämningsförskjutningar och kan drabbas av ångest eller panik på grund av så kallade ”snedtändningar” med plötsliga impulsgenombrott och kan då vara farliga för sig själva och sin omgivning.

Bensodiazepiner

Bensodiazepiner används som lugnande och sömngivande läkemedel. Bensodiazepiner används illegalt av missbrukare, ofta tillsammans med alkohol eller narkotika. De kan användas för att förstärka den euforiska effekten eller som hjälp för att komma ner efter en intensiv missbruksperiod. Som berusningsmedel är läkemedel med de verksamma substanserna diazepam (Stesolid®) och flunitrazepam (Rohypnol) de vanligast förekommande (utomlands marknadsförs fortfarande diazepam under namnet Valium®). När bensodiazepiner (främst Rohypnol) kombineras med alkohol kan det leda till aggressivitet och avhämning. Detta har gjort att missbruk av till exempel flunitrazepam anses förekomma i samband med förberedelse till våldsbrott. Även den sexuella kontrollen kan brista. Det finns exempel på att oskyldiga personer har drogats med flunitrazepam för att underlätta sexuellt utnyttjande. På grund av detta har Rohypnol avregistrerats i Sverige men preparatet finns att köpa illegalt. Dessutom ingår flunitrazepam fortfarande i andra godkända läkemedel.

Bensodiazepinpåverkan

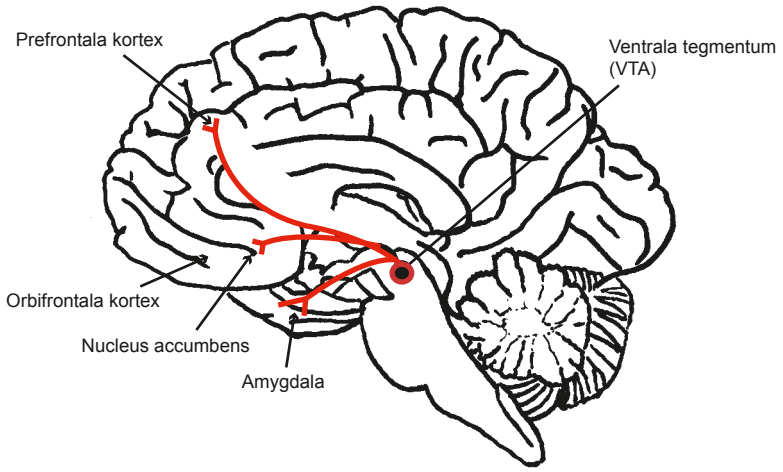
En person som är påverkad av bensodiazepiner har normala pupiller men pupillerna uppvisar en långsam ljusreaktion. Personen blir avslappnad och har en långsam reflexreaktion. Vid låga doser verkar bensodiazepiner lugnande och har en ångestdämpande effekt men höga doser och samtidigt alkoholintag kan leda till aggressivitet och avhämning. Höga doser kan ge sluddrigt tal och balansproblem.



Figur 1. Kommunikationen i hjärnan sker med hjälp av signalsubstanser. Vid aktivering av en nervcell frisätts signalsubstanser som binder till särskilda mottagarmolekyler, receptorer, på andra nervceller. Bindning av signalsubstansen till receptorn ger upphov till en biologisk respons och signalen kan på så sätt sprida sig vidare i hjärnan. När signalsubstansen har utfört sin effekt kan den brytas ner av enzymer till exempel MAO eller tas tillbaka in i nervcellen genom så kallade återupptagspumpar. De narkotiska preparaten har olika effekter på denna signalöverföring, de kan 1) öka frisättningen av signalsubstansen 2) blockera återupptaget 3) hämma nedbrytningsenzym eller 4) likna signalsubstansen och binda till receptorerna.

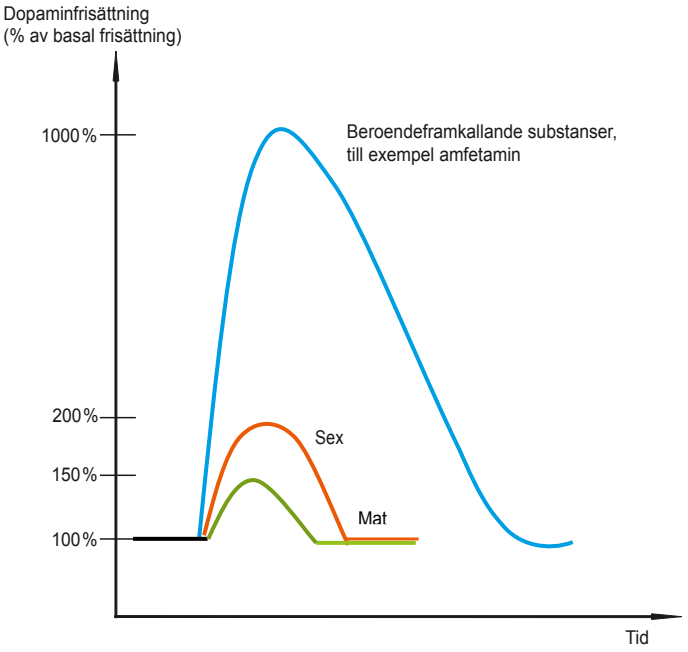
Initiala effekter av narkotikabruk

En person som tar ett narkotiskt preparat gör det för att uppnå positiv förstärkning, för att få en kick, känna eufori eller belöning. Narkotika kan även ge negativ förstärkning vilket innebär minskning av ett negativt psykiskt tillstånd, till exempel ångest och oro. Den positiva förstärkningen dominerar ofta initialt i ett missbruk. Efterhand kommer det upprepade intaget av preparatet att skapa förändringar i hjärnan och den negativa förstärkningen kommer att dominera. Substansen används främst för att dämpa de negativa effekter som uppkommer när intaget av substansen upphör, i motsats till att få en kick. De narkotiska preparaten utövar framförallt sin effekt på det centrala nervsystemet. Hjärnan är ett komplext organ som är uppbyggd av över hundra miljarder nervceller (neuron). Kommunikationen mellan dessa nervceller i hjärnan sker med hjälp av signalsubstanser och utsönd-



Figur 2. En viktig del av hjärnans belöningssystem består av cellkroppar lokaliserade i ventrala tegmentum i mellanhjärnan. Dessa celler skickar nervtrådar (axoner) till dels det limbiska systemet (till exempel nucleus accumbens, amygdala) som är viktiga för känslolivet och dels till pannloben (frontala kortex) ett område som är viktigt för tanke och medvetande.

ringen av dessa är essentiell för till exempel vår tankeförmåga, vilja, rörelseförmåga, inlärning och minne. Vid aktivering av en nervcell frisätts signalsubstanser som binder till särskilda mottagarmolekyler, receptorer, på andra nervceller. Bindning av signalsubstansen till receptorn ger upphov till en biologisk respons och signalen kan på så sätt sprida sig vidare i hjärnan (se figur 1). Ett stort antal signalsubstanser finns i hjärnan, vissa med specifika funktioner på exempelvis sinnesstämning och rörelseförmåga. De vanligaste signalsubstanserna är glutamat, GABA, dopamin, serotonin och noradrenalin (se faktaruta 2 för funktion). De olika narkotiska preparaten utövar en rad effekter på nervsystemet, specifika för varje substans, men gemensamt för alla är att de påverkar hjärnans belöningssystem. Detta evolutionärt gamla system domineras av nervceller som innehåller signalsubstansen dopamin. Nervcellerna har sina cellkroppar i ventrala tegmentum i mellanhjärnan och skickar nervtrådar, axoner, till det limbiska systemet och nucleus accumbens, som anses ha en central betydelse för känslolivet och upplevelsen av eufori. Axonerna från mellanhjärnan sträcker sig även till pannloberna i främre delen av hjärnan som är ett viktigt område för tanke och medvetande (se figur 2). Hjärnans belöningssystem har en viktig funktion för individens och släktens överlevnad då det signalerar belöning för handlingar som har ett överlevnadsvärde. Hjärnans belöningssystem aktiveras och vi får en känsla av välbefin-



Figur 3. Aktivering av hjärnans belöningssystem och därmed frisättning av dopamin är viktig för lustupplevelse. Naturliga belöningar, som födointag eller sexuell aktivitet (parning), kan öka frisättningen av dopamin mellan 50–100 %. Om man istället ger ett narkotiskt preparat, som amfetamin, kommer frisättningen att kunna gå upp till 1000 %, en tiofaldig ökning.

nande (positiv förstärkning) vid intag av mat och dryck eller av en sexuell upplevelse. Detta underlättar inlärning av dessa beteenden vilket leder till förbättrad överlevnad för både individen och arten.

Belöningssystemet och de dopaminproducerande nervcellerna stimuleras inte enbart av ”naturliga” belöningar. Den italienske forskaren Gaetano Di Chiara visade att flera olika beroendeframkallande substanser också har sin effekt i detta område (Di Chiara & Imperato 1988). Skillnaden mellan naturliga belöningar och beroendeframkallade medel förefaller ligga i att de senare kan ”omprogrammera hjärnan” och utöva en effekt på belöningssystemet som är långt över det som naturliga belöningar åstadkommer. Aktivering av dopaminnervcellerna, och därmed frisättning av dopamin, är viktig för att känna en lustupplevelse och i en förenklad modell antas den belönande känslan stå i proportion till mängden dopamin som frisätts. I slutet av 1980-talet studerade man vad som händer i dopaminsystemet vid naturliga belöningar jämfört med beroendeframkallande substanser. Naturliga belöningar, till exempel födointag eller sexuell aktivitet (parning), kan öka frisättningen av dopamin mellan 50–100 procent Om man istället ger ett narkotiskt preparat, till exempel amfetamin, kommer frisätt-

Skillnaden mellan naturliga belöningar och beroendeframkallade medel förefaller ligga i att de senare kan ”omprogrammera hjärnan” och utöva en effekt på belöningssystemet som är långt över det som naturliga belöningar åstadkommer.

FAKTARUTA 1.

Diagnos av missbruk och beroende enligt DSM-IV

MISSBRUK

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolvmånadersperiod:

1. Upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller hemmet (till exempel substansrelaterad upprepad arbetsfrånvaro eller dåliga arbetspresentationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller reglering från skolan, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll).

2. Upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risk för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner).

3. Upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende).

4. Fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substanseffekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning) användande trots upprepade eller ihållande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förvärras av användning av substansen.

BEROENDE

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolvmånadersperiod:

1. Tolerans, definierat som endera av följande:
   a) ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt.
   b) påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.

2. Abstinens, vilket visar sig i något av följande:
   a) abstinenssymptom som är karaktäristiska för substansen.
   b) samma substans (eller liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom.

3. Substansen används ofta i större mängd eller under längre period än vad som avsågs.

4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.

5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (till exempel att besöka fler olika läkare för att få recept), nyttja substansen (till exempel kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.

6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsmässiga aktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.

7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen (till exempel fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen).

FAKTARUTA 2

Signalsubstanser

- **Glutamat** – hjärnans ”gaspedal”
- **GABA** – hjärnans ”broms”
- **Dopamin** – rörelse och belöning
  Högt: eufori, hallucination, rörelse
  Lågt: nedstämdhet, Parkinson
- **Serotonin** – emotioner, impulskontroll
  Högt: hallucinationer
  Lågt: nedstämdhet och aggressivitet
- **Noradrenalin** – vakenhet och uppmärksamhet
  Högt: ökad vakenhet, energi
  Lågt: nedstämdhet

ningen att kunna gå upp till 1000 procent, en tiofaldig ökning (se figur 3) (Di Chiara & Imperato 1988, Hernandez & Hoebel 1988, Pfaus m.fl. 1990). Dopaminfrisättningen är viktig för lustupplevelse och den frisättning som orsakas av narkotiska preparat blir ofta mer intensiv och ger en högre grad av eufori än vad naturliga belöningar kan göra, vilket kan bidra till att narkotikaintaget upprepas (positiv förstärkning).

Men det är inte bara de dopaminerga nervcellerna i hjärnans belöningssystem som är av intresse, dessa neuron regleras i sin tur av en mängd andra signalsubstanser som också är föremål för intensiv forskning. Det kroppsegna opioidsystemet utövar en stimulerande effekt på dopaminsystemet via endorfinerna. Hjärnan kan förenklat sägas ha både ”gas” och ”broms”; det främsta stimulerande signalämnet är glutamat och dess viktigaste dämpande signalsubstans är GABA. Även serotonin modulerar dopaminsystemet och har en tydlig roll i reglering av olika beteenden (födointag, fortplantning, aggression) och för beteendekontroll (se Britt af Klintebergs kapitel).

Förändringar i hjärnan som resultat av ett upprepat narkotikabruk

Aktiveringen av hjärnans belöningssystem är viktigt för att en person ska börja och fortsätta ta narkotika, men det är räcker inte med den omedelbara njutningskänslan för att ett beroende ska uppstå. Med tiden avtar de positiva effekterna och det blir allt svårare att uppnå den euforiska effekt som man fick första gångerna man tog substansen. Med upprepat intag av substansen förändras hjärnans struktur och vissa narkotikaeffekter blir svagare medan andra förstärks. Med hjälp av djurförsök och även hjärnavbildningstekniker som positronemissionstomografi (PET) och magnetkamera (MR) har man kunnat studera både akuta och kroniska förändringar i hjärnan som sker till följd av ett narkotikaintag.

Belöning och motivation

Den kraftiga frisättningen av dopamin och därmed lustkänslan som beroendeframkallande medel orsakar, ger i längden motsatta effekter. Hjärnan försöker anpassa sig till de stora mängder av dopamin som frisätts (figur 3) och ett långvarigt bruk av narkotika leder till minskad känslighet i belöningssystemet. Detta kan upplevas som en tolerans till de belönande effekterna av substansen och ett ökat intag är nödvändigt för att få samma effekt (Volkow m.fl. 1997). Aktivering av belöningssystemet är även viktigt för våra naturliga belöningar och vid minskad funktion i detta system kommer missbrukaren att ha svårt att känna naturliga belöningar. Livet känns ”grått” utan substansen och det enda som gör att livet kan kännas lite mer ”normalt” är att upprepa narkotikaintaget.

Ett långvarigt drogintag kan ge en nedsatt funktion i belöningssystemet men vissa individer kan söka sig till artificiella kickar eftersom de i sitt normaltillstånd upplever sig understimulerade och/eller behöver starka upplevelser för att få en känsla av välbefinnande. Det finns visst forskningsstöd för att sådana ”sensation seekers” kan löpa en ökad risk att utveckla missbruksproblem, och en preventiv åtgärd skulle kunna vara att försöka identifiera dessa individer i tidig ålder och erbjuda dem andra möjligheter till stimulans. Detta är ett forskningsområde i stark utveckling.

En besläktad teori till den ovan nämnda är att man tar narkotika för att lindra en negativ känsloupplevelse (=negativ förstärkning) istället för att ge sig en ”kick”. Den negativa affekten kan vara orsakad antingen av ett långvarigt intag av det narkotiska preparatet eller hänga samman med en underliggande psykisk störning där symptomen av sjukdomen lindras temporärt av narkotika. Det finns en hög grad av samsjuklighet (komorbiditet) mellan beroende och andra psykiatriska sjukdomar. Psykiska störningar, som depression, är betydligt vanligare hos missbrukare än hos icke-missbrukare, och hos patienter med en psykiatrisk diagnos som till exempel förstämningssyndrom (depression eller bipolär affektiv sjukdom) eller ångest är det vanligare med missbruk av narkotika än hos personer utan dessa diagnoser (Conway m.fl. 2006). Studier har även visat att en mycket hög andel missbrukare, 15–25 procent, har uppmärksamhetsstörning med överaktivitet (ADHD). I en systematisk översikt av Wilens och kollegor från 2003 konstateras att vuxna missbrukare som aldrig fått medicinsk behandling för sin ADHD hade

Psykiska störningar är betydligt vanligare hos missbrukare än hos icke-missbrukare, och hos patienter med en psykiatrisk diagnos är det vanligare med missbruk av narkotika än hos personer utan dessa diagnoser.

en fördubblad risk att hamna i missbruk jämfört med dem som behandlats med metylfenidat. I samma studie såg man att ungdomar som behandlats för sin ADHD hade en 50 procents minskad risk att utveckla ett beroende jämfört med dem som inte fått någon behandling (Wilens m.fl. 2003). Missbruket av narkotika kan föregå debuten av det psykiska tillståndet eller vara sekundärt till det, och ibland kan det vara svårt att avgöra vilket som kommit först. Ur ett preventivt perspektiv är det viktigt att tidigt diagnostisera personer med en psykiatrisk sjukdom för att minska risken för självmedicinering med narkotika. Det sekundärpreventiva perspektivet blir att identifiera samsjuklighet med avseende på psykiatriska diagnoser och erbjuda adekvat behandling. Detta skulle kunna leda till en minskad ”självmedicinering” och därmed minskad risk för missbruk.

Impulskontroll och kognitiva störningar

Det finns en stark korrelation mellan impulsivitet och narkotikaintag hos djur. Prefrontala kortex, pannloberna, är ett område i främre och nedre delen av storhjärnbarken som är viktigt för personlighet, riskvärdering, beslutsfattande och emotioner. Dessa egenskaper är ofta störda hos missbrukare och forskningen tyder på en förändrad aktivitet även i missbrukarens frontallober. En störd frontallobsfunktion kan identifieras med psykologiska tester. I ett sådant test, *Iowa gambling test*, undersöks förmågan att tänka långsiktigt och välja förnuftigt. Testet går ut på att man låter försökspersonen välja kort som symboliserar ekonomiska vinster eller förluster ur fyra högar med kort. Personer med intakt frontallobsfunktion inser skillnaderna mellan de olika högarna och väljer därför kort från de högar som ger små vinster men också små förluster vilket leder till att de maximerar sin totala ekonomiska vinst.

Ur ett preventivt perspektiv är det viktigt att tidigt diagnostisera personer med en psykiatrisk sjukdom för att minska risken för självmedicinering med narkotika.

Personer med en skada i frontalloben kommer dock att konsekvent ta kort från högarna med stora vinster men även stora förluster vilket i slutet kommer att innebära en ekonomisk förlust. Personer med ett skadligt bruk av narkotika liknar personer med frontallobsskada i det sätt de utför Iowa gambling test (Grant m.fl. 2000). Med hjärnavbildningsteknik har man undersökt frontallobsaktiviteten hos narkotikamissbrukare och funnit att de har en lägre aktivitet i frontalloberna än icke-missbrukare (Volkow m.fl. 1992). Detta tyder på att personer med missbruk och beroende har en försämrad förmåga när det gäller att nå insikt om långsiktigt gynnsamma beslut och strategier, och därmed nedsatt förmåga att fatta förnuftiga beslut. Om denna störning är med-

född eller om det är en konsekvens av långvarigt narkotikaintag är ännu inte utrett och inte heller om denna nedsatta funktion normaliseras efter mycket långa perioder av narkotikafrihet. Om det rör sig om medfödda störningar skulle det vara av preventivt värde att identifiera personer med bristande impulskontroll och/eller minskad förmåga att fatta gynnsamma beslut och sätta in åtgärder som inkluderar till exempel impulsträning och självkännedom (se Sven Brembergs kapitel).

Emotioner och drogsug

Ett av de största problemen inom beroende är återfall – efter år av drogfrihet kan en individ med en tidigare beroendediagnos plötsligt känna ett starkt sug efter narkotika. Att försöka minska och motverka drogsug är något som det idag läggs mycket fokus på i forskningen. Drogsug (eng. craving) kan utlösas av till exempel stress, en liten dos av den narkotiska substansen eller stimuli som man tidigare associerat med sitt drogtagande. En del av hjärnans pannlob, det så kallade orbitofrontala cortex (OFC), är ett område som står i nära kontakt med belöningssystemet och nucleus accumbens. Om en missbrukare utsätts för stimuli som associeras med substansen kan ett starkt sug framkallas, vilket är förenat med en kraftig kroppslig reaktion med ökad puls, blodtryck och svettning. I hjärnan sker samtidigt aktivering av områden som är associerade med känslomässiga minnen, till exempel amygdala, cortex cinguli och OFC (Childress m.fl. 1999, Wang m.fl. 1999). Aktivering av OFC påminner om den aktivering man ser hos patienter med tvångssyndrom. En hypotes har därför framförts att denna aktivering av OFC, som framkallas av drogrelaterade stimuli, leder till det tvångsmässiga intag av drogen som karakteriserar beroende. Hjärnan har alltså ett drogminne som kan aktiveras av specifika utlösande faktorer, varvid drogsug uppkommer. Ur ett sekundärpreventivt perspektiv borde den beroende individen därmed exponeras för så få betingade stimuli som möjligt för att undvika ett återfall.

Hjärnan har ett drogminne som kan aktiveras av specifika utlösande faktorer, varvid drogsug uppkommer.

Ett långvarigt bruk av narkotiska preparat ger upphov till förändringar i hjärnan som kan förklara en del av de beteenden vi ser hos en person med en beroendediagnos. Dessa förändringar är visserligen långvariga även om hjärnan i viss mån kan återhämta sig efter ett missbruk. Hjärnavbildningsstudier tyder på att det kan ta flera år för hjärnan att återgå till sin normala funktion. Det är därför av stort preventivt värde att identifiera ett narkotikabruk så tidigt som möjligt, för att förhindra att dessa förändringar uppstår.

Hereditet – avvikande protein som ger ökad risk för beroende?

Kartläggningen av människans arvsmassa (DNA) fullbordades år 2003 i det så kallade HUGO-projektet. Man har identifierat mellan 20 000–25 000 gener hos människan men av dessa är det endast ett fåtal som har kartlagts i detalj och idag pågår arbetet med att undersöka funktionen hos övriga gener. Förhoppningen är att denna information ska ge oss kunskap för diagnostik, prevention och behandling av en mängd olika sjukdomstillstånd. Till skillnad från sjukdomar som består av störningar i en enda gen är det betydligt svårare att fastställa genetiska samband för sjukdomstillstånd där flera gener är inblandade (polygenetiska sjukdomar). De flesta stora folksjukdomar tillhör den senare kategorin, exempelvis psykiska sjukdomar inklusive beroende.

Varje cell i vår kropp innehåller hela vår arvsmassa i sin cellkärna, det vill säga den genetiska koden finns i sin dubbla form (från båda föräldrarna) i alla celler förutom i könscellerna där hälften av arvsmassan är representerad. Teoretiskt sett skulle man kunna identifiera en gen för ett visst protein som har betydelse för till exempel hjärnans belöningssystem. Om en viss variant av denna gen vore överrepresenterad hos personer med missbruk eller beroende skulle denna genetiska avvikelse kunna ses som en riskmarkör. Frågan kompliceras av att det inte enbart är genernas olika varianter som styr beteende utan även hur mycket av genen som uttrycks och bildar proteiner och hur dessa proteiner ser ut. Dessa processer styrs i hög grad av omgivningsfaktorer och utgör idag ett mycket snabbt växande forskningsfält, epigenetik.

Beroende är en multifaktorell sjukdom, det vill säga att det finns flera faktorer som inverkar och samspelar för att vi ska utveckla ett beroende. Genom familj- och tvillingstudier har man hittat så kallade kandidatgener som ger en ökad sårbarhet för att utveckla beroende och man har uppskattat ärftligheten till någonstans mellan 30–60 procent. Beroende orsakas inte av någon enkel genetisk nedärvning och det finns inte heller en ”beroendegen”. Risken att utveckla ett beroende om man testar narkotika är därmed resultatet av en komplex interaktion mellan flera olika gener och den omgivande miljön. Även om man har en ökad genetisk sårbarhet är den miljö där man befinner sig avgörande och det är alltid en interaktion mellan gener och miljö som slutligen avgör risken för beroendeutveckling. Personlighetsfaktorer, som sensationssökande beteende (se Britt af Klintebergs kapitel), spelar också en viktig roll för att förutspå missbruk och beroende, och därför har man i sökandet efter gener som bidrar till ökad risk för beroendeutveckling fokuserat mycket på gener som också styr olika personliga egenskaper som impulsivitet och risktagande. Sociala och miljöfakto-

rer antas främst vara kopplade till det initiala intaget av narkotika och i den inledande fasen av ett missbruk. Utveckling av beroende anses vara mer kopplat till de neurobiologiska förändringarna som sker i hjärnan på grund av ett långvarigt intag av substansen, mot bakgrund av de individuella skillnader i hjärnan som gör vissa individer mer känsliga (Kreek m.fl. 2005).

Idag vet vi att det inte bara är generna som är av intresse utan även hur generna faktiskt uttrycks (bildandet av proteiner). Uttrycket av gener förändras genom livet och hur detta förändras kan påverkas av till exempel miljöfaktorer som uppväxtmiljö och sociala interaktioner samt även av alkohol, nikotin och narkotika.

Eftersom alla beroendeframkallande substanser har det gemensamt att de aktiverar hjärnans belöningssystem och frisätter dopamin har man särskilt studerat detta system för att hitta eventuella skillnader som kan vara viktiga för en missbruksutveckling. Både studier på djur och människor har visat att mängden dopaminreceptorer i hjärnans belöningssystem är viktiga för hur vi upplever narkotika och i vilken utsträckning man självmant tar narkotika. Nora Volkow, chef för det amerikanska federala institutet för narkotikaforskning, NIDA, utförde på 1990-talet ett försök där man gav friska försökspersoner en liten dos av ett centralstimulerande medel. Personer som hade stort antal dopaminreceptorer tyckte att det kändes obehagligt medan de som hade låga nivåer av dopaminreceptorer svarade att de upplevde en behaglig känsla (Volkow m.fl. 1999). Även hos djur har man sett att antalet dopaminreceptorer kan styra hur narkotika påverkar beteendet. Genom att injicera en gen som ökar antalet dopaminreceptorer i hjärnan hos råttor har man kunnat se att när antalet receptorer för dopamin ökar så minskar intaget av kokain (Thanos m.fl. 2008). En hög nivå av dopaminreceptorer förefaller därmed skyddande mot både de belönande effekterna av centralstimulantia samtidigt som det minskar intaget av substansen hos djur. Frågan är då om man föds med ett visst antal dopaminreceptorer och om antalet är detsamma under hela livet. Studier på apor har visat att miljön är viktig och kan inverka på hjärnans biologi. Mike Nader och hans kollegor gjorde försök på apor (hanar) som under sina första levnadsår levt ensamma i varsin bur. Hanarna sattes ihop i grupper om fyra. Hos den apa som blev dominant ökade dopaminreceptornivåerna i hjärnans belöningssystem medan de underordnade apornas receptorer inte förändrades påtagligt. Djuren fick dessutom tillgång till

Eftersom alla beroendeframkallande substanser aktiverar hjärnans belöningssystem och frisätter dopamin har man särskilt studerat detta system för att hitta eventuella skillnader som kan vara viktiga för en missbruksutveckling.

kokain och de underordnade aporna utvecklade en högre konsumtion än ledarhannarna (Morgan m.fl. 2002). Detta försök tyder på att miljön kan påverka uttrycket av generna och att detta i sin tur påverkar intaget av beroendeframkallande medel.

Det är inte enbart gener och uttryck av gener inom dopaminsystemet som är av intresse. Den amerikanska forskaren Mary Jeanne Kreek har gjort en genomgång av kunskapsläget när det gäller vilka gener och genvarianter som förefaller viktiga för effekten av olika narkotiska substanser (Kreek m.fl. 2005). Man har till exempel hittat en genvariant för den opioida μ-receptorn (A118G) som är överrepresenterad hos opiat- och alkoholmissbrukare. 118G-genvarianten av μ-receptorn binder opiater mycket starkare än den andra genvarianten (118A) och personer med 118G-varianten av genen har en större respons till stress. Detta sammantaget gör att om man har 118G-varianten av genen är man sannolikt mer känslig för opiaternas effekt. Som nämnts tidigare har de genetiska faktorerna bakom beroende ingen enkel mendelsk nedärvning utan är en komplex interaktion mellan olika gener som ger den genetiska sårbarheten. Det är också en stark interaktion mellan generna och miljön. Nyligen har bland annat svenska forskare visat att en genvariant av enzymet MAO medför en ökad risk för impulsivitet, kriminalitet och beroende men *endast* i kombination med psykosociala riskfaktorer som till exempel misshandel i familjen (Caspi m.fl. 2002, Nilsson m.fl. 2007).

Beroende är ett sjukdomstillstånd som uppkommer till följd av exponering för ett beroendeframkallande medel och där både genetiska faktorer och miljöfaktorer påverkar risken och förloppet.

Sammanfattningsvis är beroende ett sjukdomstillstånd som uppkommer till följd av exponering för ett beroendeframkallande medel och där både genetiska faktorer och miljöfaktorer påverkar risken och förloppet.

Slutord – vad betyder detta för prevention?

Narkotikaberoende har starka ärftliga inslag men även miljöfaktorer är viktiga och påverkar risken för beroende. Ingen specifik genförändring har ännu kunnat kopplas till en ökad risk för att utveckla sjukdomen men man vet att det med största sannolikhet inte finns en ”beroendegen” utan att den ökade sårbarheten styrs av en komplex interaktion mellan flera gener och miljön. Det faktum att ärftligheten är så tydlig hos missbrukare antyder att det borde gå att finna biologiska,

mätbara markörer för att identifiera individer som löper en ökad risk att utveckla beroende. Idag finns inga sådana markörer tillgängliga, men det finns flera föreslagna system i hjärnan där markörer skulle kunna identifieras i framtiden.

De narkotiska preparaten har den gemensamma egenskapen att de aktiverar hjärnans belöningssystem och frisätter dopamin. Frisättningen av dopamin är viktig för upplevelse av belöning och eufori, och den belönande känslan är ofta många gånger starkare än vad naturliga belöningar, som sex eller födointag, kan framkalla. Många eftersträvar den artificiella kicken och önskan att uppnå ett allt intensivare välbefinnande kan orsaka ett upprepat intag av det narkotiska preparatet (positiv förstärkning). Ett nytt angreppssätt för att minska effekten av narkotika är att vaccinera individen mot substansen. Detta innebär att antikroppar mot det narkotiska preparatet bildas i blodet. Utvecklingen av ett vaccin mot kokain pågår och vaccinet TA-CD (Xenova Ltd, Slough, UK) har genomgått fas I- och fas II- prövning. I fas I testades vaccinets säkerhet och tolerans på 34 kokainmissbrukare och i fas II testades det i jämförelse mot placebo. De kokainmissbrukare som fick vaccinet hade fler negativa urinprov än de som fick placebo (Kosten m.fl. 2002, Martell m.fl. 2005). Vaccinet är idag först och främst riktat mot personer som redan har en beroendediagnos och inte som förebyggande behandling av friska. Problemet med ett vaccin är att det är specifikt för ett enda preparat och därmed inte kan motverka användningen av andra substanser för att nå ett rus. En viktig fråga är därför om friska ska vaccineras i förebyggande syfte eller om man ska rikta vaccinet mot personer med ökad risk att utveckla ett beroende.

Efter ett upprepat substansintag tar de narkotiska preparaten till slut över och ”kidnappar hjärnan”. Med hjärnavbildningstekniker har man konstaterat förändringar i hjärnan hos missbrukare i områden som är viktiga för bland annat impulskontroll och beslutsfattande. Huruvida dessa förändringar finns redan före missbruksdebuten eller om förändringarna är resultatet av långvarigt intag av narkotika kan idag inte avgöras med säkerhet. Med hjälp av studier på djur har man visat att preparaten i sig förändrar hjärnans funktionssätt och leder till minskad impulskontroll. Samtidigt är det välkänt att personer med minskad impulskontroll har en ökad benägenhet att testa narkotika (se Britt af Klintebergs kapitel). Från ett preventionsperspektiv kan det därför vara av betydelse att tidigt identifiera personer med en störd impulskontroll och erbjuda exempelvis impulskontrollträning för att minska risken för missbruk och beroende.

Efter ett upprepat substansintag tar de narkotiska preparaten till slut över och ”kidnappar hjärnan”.

Individuella skillnader i dopaminsystemet kan påverka hur de narkotiska preparaten upplevs och mängden dopaminreceptorer verkar spela en viktig roll i vilken utsträckning som djur väljer att konsumera narkotika. Ju fler dopaminreceptorer individen har, desto mindre intag av substansen. Mängden dopaminreceptorer har visat sig kunna påverkas av miljön, där en god miljö ökar antalet receptorer och dessutom minskar narkotikaintaget.

Beroende är en komplex sjukdom, där risken styrs av en interaktion mellan arv och miljö. Det är en teoretisk möjlighet att i framtiden kunna genetiskt identifiera barn som löper en ökad risk att utveckla missbruk och beroende, för att kunna erbjuda dem speciella stöd- eller informationsinsatser, eller någon form av behandling. Kostnaderna för narkotikamissbruket är mycket stora och det är därför viktigt att studera olika möjliga faktorer som bidrar till beroende, inklusive genetiska riskmarkörer, med målet att kunna förbättra primärprevention, tidiga interventioner samt behandling. Utmaningen ligger i att, utöver rena biologiska faktorer och miljöfaktorer, även kunna förstå hur dessa samverkar, vilket skulle kunna ge helt nya infallsvinklar för det förebyggande arbetet.

Litteratur

Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A. & Rydberg, U. (1987). ”Cannabis and schizofrenia.” *Lancet* ii: 1483–1486.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). ”Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children.” *Science* 297: 851–854.

Childress, A.R., Mozley, P.D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M. & O’Brien, C.P. (1999). ”Limbic activation during cue-induced cocaine craving.” *Am J Psychiatry* 156: 11–18.

Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S. & Grant, B.F. (2006). ”Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.” *J Clin Psychiatry* 67: 247–257.

Di Chiara, G. & Imperato, A. (1988). ”Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats.” *Proceedings of the National Academy of Sciences* 85: 5274–5278.

Grant, S., Contoreggi, C. & London, E.D. (2000). ”Drug abusers show impaired performance in a laboratory test of decision making.” *Neuropsychologia* 38: 1180–1187.

Hall, W. & Degenhardt, L. (2006). ”What are the policy implications of the evidence on cannabis and psychosis?” *Can. J. Psychiatry* 51:566–574.

Hernandez, L. & Hoebel, B.G. (1988). ”Food reward and cocaine increase extracellular dopamine in the nucleus accumbens as measured by microdialysis.” *Life Sci* 42: 1705–1712.

Kosten, T.R., Rosen, M. m.fl. (2002). ”Human therapeutic cocaine vaccine: safety and immunogenicity.” *Vaccine* 20 (7–8): 1196–1204.

Kreek, M.J., Nielsen, D.A., Butelman, E.R. & LaForge, K.S. (2005). ”Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction.” *Nat Neurosci* 8: 1450–1457.

Martell, B.A., Mitchell, M. m.fl. (2005). ”Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence.” *Biol Psychiatry* 58 (2): 158–164.

Morgan, D., Grant, K.A., Gage, H.D., Mach, R.H., Kaplan, J.R., Prioleau, O., Nader, S.H., Buchheimer, N., Ehrenkaufer, R.L. & Nader, M.A. (2002). ”Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration.” *Nat Neurosci* 5: 169–174.

Nilsson, K.W., Sjoberg, R.L., Wargelius, H.L., Leppert, J., Lindstrom, L. & Oreland, L. (2007). ”The monoamine oxidase A (MAO-A) gene, family function and maltreatment as predictors of destructive behaviour during male adolescent alcohol consumption.” *Addiction* 102: 389–398.

Pfaus, J.G., Damsma, G., Nomikos, G.G., Wenkstern, D.G., Blaha, C.D., Phillips, A.G. & Fibiger, H.C. (1990). ”Sexual behavior enhances central dopamine transmission in the male rat.” *Brain Res* 530: 345–348.

Thanos, P.K., Michaelides, M., Umegaki, H. & Volkow, N.D. (2008). ”D2R DNA transfer into the nucleus accumbens attenuates cocaine self-administration in rats.” *Synapse* 62: 481–486.

Wang, G.J., Volkow, N.D., Fowler, J.S., Cervany, P., Hitzemann, R.J., Pappas, N.R., Wong, C.T. & Felder, C. (1999). ”Regional brain metabolic activation during craving elicited by recall of previous drug experiences.” *Life Sci* 64: 775–784.

Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J. & Gunawardene, S. (2003). ”Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature.” *Pediatrics* 111: 179–185.

Volkow, N.D., Hitzemann, R., Wang, G.J., Fowler, J.S., Wolf, A.P., Dewey, S.L. & Handlesman, L. (1992). ”Long-term frontal brain metabolic changes in cocaine abusers.” *Synapse* 11: 184–190.

Volkow, N.D. & Li, T.K. (2005). ”Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences.” *Pharmacol Ther* 108: 3–17.

Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Logan, J., Gatley, S.J., Gifford, A., Hitzemann, R., Ding, Y.S. & Pappas, N. (1999). ”Prediction of reinforcing responses to psychostimulants in humans by brain dopamine D2 receptor levels.” *Am J Psychiatry* 156: 1440–1443.

Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Logan, J., Gatley, S.J., Hitzemann, R., Chen, A.D., Dewey, S.L. & Pappas, N. (1997). ”Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects.” *Nature* 386: 830–833.

Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk

Knut Sundell

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Fungerar i huvudsak på samma sätt för båda könen samt för olika etniska grupper, kulturer och sociala klasser.
- Är i stort sett samma för tobak-, alkohol- och narkotikabruk, kriminalitet och våld, bristande skolanpassning samt psykisk ohälsa.
- Betydelsen kan variera med ålder.
- Enstaka risk- och skyddsfaktorer har vanligtvis låg prognosförmåga medan många har högre.
- Är utgångspunkten för standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade interventioner mot olika antisociala beteenden.

Inledning

Alla insatser som syftar till att förebygga eller minska ungas normbrott baseras på teorier om varför problemen börjar. Teorierna beskriver attityder, förmågor, föreställningar, beteenden eller situationer som antas påverka uppkomsten av problemen. Dessa faktorer – så kallade risk- och skyddsfaktorer – är utgångspunkten för både standardiserade bedömningsinstrument och insatser som visat sig minska risken att problem uppstår. I detta kapitel beskrivs risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk.

Normbrott i tonåren

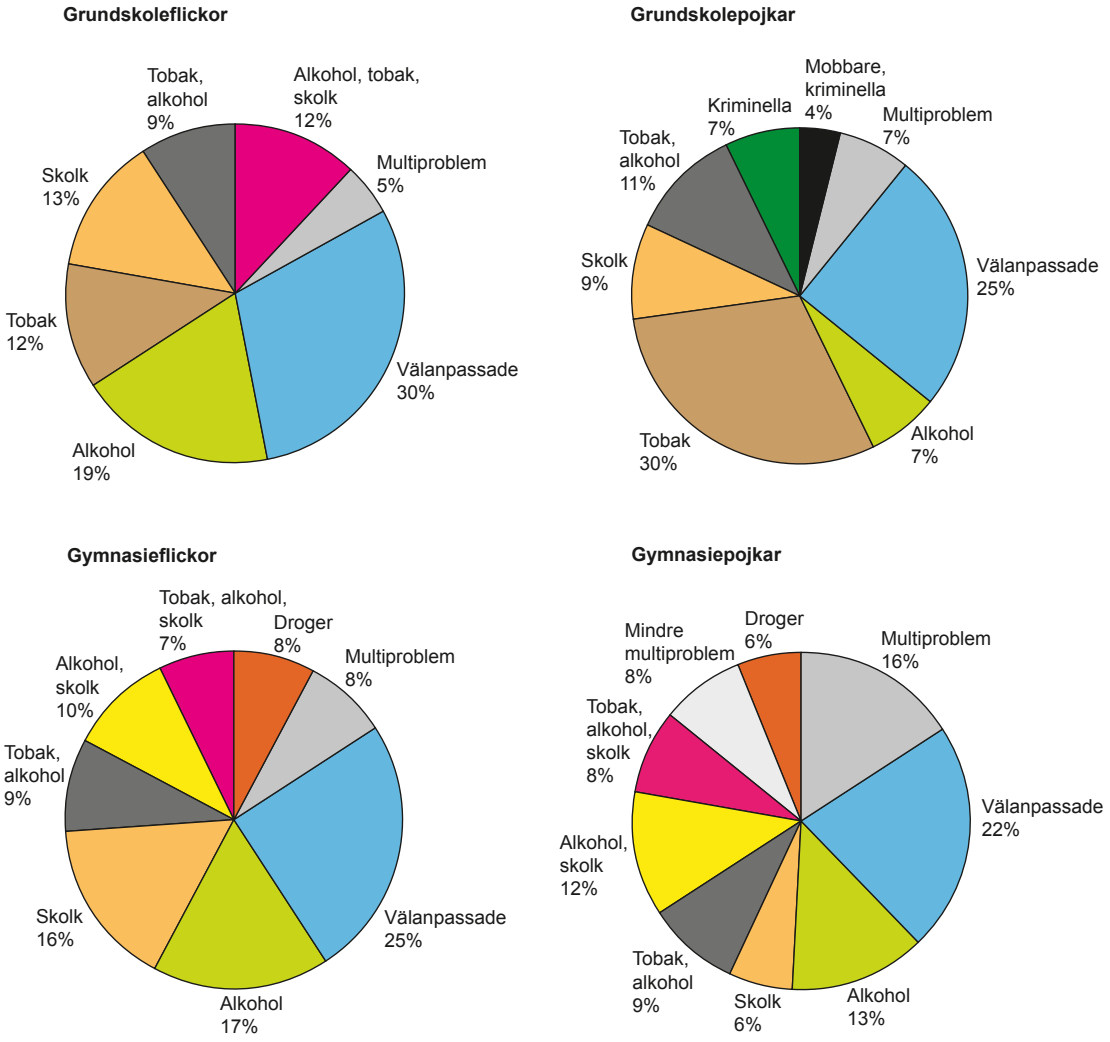
Ungdomstiden är den period i livet då vi konsumerar mest alkohol och narkotika och begår flest brott. De flesta ungdomar slutar dock begå brott och utvecklar inte alkohol- eller narkotikarelaterade problem i vuxen ålder. För en del grundläggs emellertid framtida problem under barndom och tonår. En tidig debut av tobak, alkohol och narkotika ökar risken för beroende och missbruk. Av dem som debuterade med narkotika som 13-åring eller yngre var en tredjedel narkotikaberoende enligt DSM-IV när de var äldre än 20 år. Motsvarande andel var 15 procent för dem som debuterat som 18-åring och 11 procent för dem som debuterat som 20-åring (Grant & Dawson 1998).

Ungdomstiden är den period i livet då vi konsumerar mest alkohol och narkotika och begår flest brott.

Forskning visar att olika typer av normbrott ofta förekommer hos individer vid samma tillfälle eller över tid. Exempelvis är det ofta samma individer som tidigt börjar skolka, snatta och begå andra kriminella handlingar, som är bland de första att börja experimentera med alkohol och narkotika. Exakt hur olika normbrott förhåller sig till varandra är inte klarlagt. Vissa forskare menar till exempel att narkotikabruk i tonåren har samma orsaksbakgrund och att anledningen till att tobaksrökning och berusningsdrickande uppträder tidigare än narkotikabruk är att olika åldrar erbjuder olika möjligheter att få tag i droger (Cooper m.fl. 2003). Den som är 13 år har inte lika lätt att få tag på narkotika som cigaretter och alkohol.

Andra förklarar sambanden med att olika normbrott orsakar varandra, ett slags antisocial träning. Den som börjar röka tobak bryter mot en samhällelig norm som öppnar dörren för nya normbrott, exempelvis att börja dricka alkohol och senare använda narkotika. Eller att mobbning under tidiga skolår ökar risken för andra våldsbrott i vuxen ålder, till exempel misshandel, våldtäkt och rån (Loeber & Hay 1994). Detta åskådliggörs av en kanadensisk studie (Willoughby m.fl. 2004) som fann att bruk av tobak, alkohol och narkotika samvarierade bland ungdomar. På samma sätt samvarierade olika typer av brottslighet, liksom också olika typer av aggressivitet. Andelen elever som både använde droger, begick andra typer av brott och som uppträdde aggressivt var dock begränsad.

En svensk tvärsnittsstudie belyser sambanden mellan olika normbrott. Med hjälp av en statistisk metod som kallas klusteranalys undersöktes hur nikotin-, alkohol och narkotikabruk, allvarligare former av kriminalitet samt skolk och mobbning i skolan samvarierade hos ungefär 5 000 pojkar och flickor vardera i årskurs 9 samt gymnasiets år 2



Figur 1. Normbrottsprofiler hos elever i grundskolan och gymnasiet (från El-Khouri m.fl. 2005).

(El-Khouri m.fl. 2005). Totalt identifierades 12 normbrottsprofiler (figur 1). I de flesta fall var det samma profiler för pojkar och flickor och för grundskole- och gymnasieelever. Det fanns exempelvis en grupp elever som kan kallas välanpassade eftersom de i stort sett inte gjort något av de sex normbrotten. En annan grupp elever hade börjat dricka alkohol men hade i övrigt inte gjort något annat. Det fanns en grupp elever som både rökte och drack men inte gjorde något annat. Bland de återstående nio klustren fanns en grupp som var kraftigt överrepresenterade i alla normbrott; de var dagligrökare/-snusare, de hade varit be-

rusade ett otal gånger, använt narkotika mer än tio gånger, de hade begått minst ett allvarligt brott det senaste året, de skolkade regelbundet och många av dem mobbade andra i skolan. Så gott som alla som använde narkotika i årskurs 9 tillhörde denna grupp. I gymnasiet förekom däremot narkotikaanvändare också i en annan grupp elever: de som använde tobak, alkohol och narkotika regelbundet men där inga andra problembeteenden förekom. Det betyder att i grundskolan förekom inte narkotikabruk ensamt utan det förekom alltid tillsammans med en rad andra problem. Bland gymnasieelever tycks det däremot ha utkristalliserats sig en grupp som bara ägnar sig åt olika typer av droger.

Allmänt om risk- och skyddsfaktorer

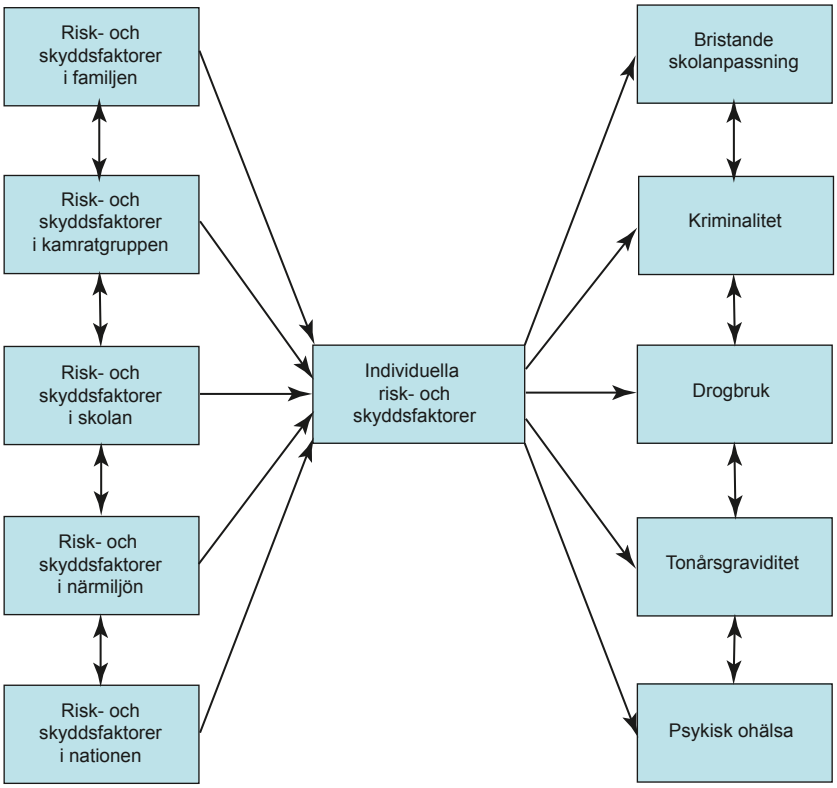
Risk- och skyddsfaktorer är sådant som forskning visar föregår normbrott i tiden. Både risk- och skyddsfaktorer handlar om ökade respektive minskade risker. Det betyder således att dessa faktorer inte nödvändigtvis orsakar eller skyddar mot normbrott. Även om riskfaktorer förekommer är det ofta utan förekomst av problem, liksom att skyddsfaktorer inte är någon garanti mot problem. Problem förekommer också där det inte finns riskfaktorer.

Risk- och skyddsfaktorer har ungefär samma effekt för båda könen, för olika etniska grupper, kulturer och sociala klasser.

Det finns mindre forskning om skyddsfaktorer än om riskfaktorer och det saknas också en enhetlig definition av vad som är en skyddsfaktor. Ett synsätt är att risk- och skyddsfaktorer är varandras motsatser. Exempelvis att en god skolanpassning är en skyddsfaktor medan en dålig är en riskfaktor. Ett annat sätt att se på skyddsfaktorer är att de har en kompensatorisk effekt när det förekommer riskfaktorer men ingen effekt när det inte finns några (Rutter 1983).

Risk- och skyddsfaktorer kan knytas till individen, familjen, kamrater, skolan, närsamhället och ytterst till nationen (figur 2). Många riskfaktorer tenderar att samvariera. Ett exempel är att familjer med låg utbildning oftare bor i socialt utsatta bostadsområden där våld och missbruk förekommer oftare. Ett annat exempel är att barn med AD-HD-problematik ökar risken att föräldrar ska svikta i sin omsorgsförmåga, att det ska uppstå problem i skolan och att barnets temperament ska leda till kamratproblem.

De flesta undersökningar om risk- och skyddsfaktorer kommer från Nordamerika. Den svenska forskningen (till exempel Sundell m.fl. 2007, El-Khouri m.fl. 2005) bekräftar i stort resultaten från andra



Figur 2. Sammankopplade påverkansfaktorer (Brounstein, Zweig & Gardner 2001)

länder. Enligt Hawkins (1995) har risk- och skyddsfaktorer ungefär samma effekt för båda könen, för olika etniska grupper, kulturer och sociala klasser. Även om det finns undantag är det i huvudsak samma riskfaktorer som identifierats för drogbruk, kriminalitet, våld och bristande skolanpassning.

Riskfaktorer tycks också vara stabila över tid. En studie visar att skolk, svaga skolprestationer och en omfattande frånvaro från hemmet kvällstid ökade risken för tobak, alkohol samt cannabis- och kokainkonsumtion under perioden 1976 och 1997 i USA (Brown m.fl. 2005), medan religiös tro och politisk konservatism minskade den.

Riskfaktorer för narkotikabruk

Den övervägande andelen vetenskapliga studier om risk- och skyddsfaktorer till narkotikabruk behandlar cannabis. Kunskapen om vad som föregår bruk av andra typer av narkotika (till exempel kokain, heroin) är sämre. Det är ett mindre problem eftersom cannabis är dominerande bland svenska ungdomar med erfarenhet av narkotika; nio av tio 15- respektive 17-åringar i Stockholm som använt narkotika har testat cannabis (El-Khouri & Sundell 2005).

Vad som är risk- och skyddsfaktorer varierar delvis beroende på om det handlar om att debutera med narkotika eller övergå till ett narkotikaberoende. Det åskådliggörs av en studie som följt drygt 2 000 ungdomar i München under fyra år (von Sydow m.fl. 2002). Riskfaktorer för debut var god tillgång till narkotika och narkotikaanvändande kamrater. Riskfaktorer för att utveckla beroende var psykisk ohälsa, dålig självkänsla, låg självkontroll, föräldrars död under barndomen samt dålig finansiell situation. Ett snarlikt resultat finns för alkoholkonsumtion (Power m.fl. 2005). Riskfaktorer bland unga att börja dricka alkohol var att föräldrar var positiva till alkoholkonsumtion och att ungdomarna hade normbrytande kamrater. Riskfaktorer för ett problematiskt drickande förklarades av känslomässiga problem (till exempel låg självkänsla). I beskrivningen nedan är fokus på att debutera och använda narkotika, inte på ett narkotikaberoende.

Så länge barn bor kvar hemma är föräldrarna och relationen till dem den förmodligen viktigaste risk- eller skyddsfaktorn. Ungdomar som upplever att deras föräldrar inte ägnar sig åt dem, som inte respekterar deras åsikter samt som använder otydliga eller inkonsekventa regler är mer benägna att använda narkotika. Dessutom utgör allvarliga konflikter mellan föräldrarna eller mellan barn och föräldrar en riskfaktor.

Riskfaktorer i *kamratgruppen* är främst att ha antisociala vänner, till exempel kamrater som använder droger och begår olika typer av brott.

Generella riskfaktorer i *skolan* är bristande intresse för skolan, dåliga betyg och skolk.

En riskfaktor i *närmiljön* (till exempel bostadsområdet) är tillgången på narkotika. Det belyses av en studie som jämfört cannabisbruk bland 15-åringar i 28 länder i Europa samt Israel, USA och Kanada (ter Bogt m.fl. 2006). Fler ungdomar hade använt cannabis vid minst ett tillfälle och andelen högkonsumenter (mer än 40 tillfällen) var högre när den upplevda tillgången på narkotika var stor (till exempel genom

Riskfaktorer i kamratgruppen är att främst ha antisociala vänner, till exempel kamrater som använder droger och begår olika typer av brott.

att ha narkotikaanvändande kamrater) och när ungdomar hade god ekonomi (mer pengar för konsumtion). Däremot spelade inte ungdomsarbetslöshet någon synbar roll.

Det finns färre undersökningar om riskfaktorer på *nationell* nivå. Det som brukar nämnas är lagar och normer som gynnar alkohol- och narkotikakonsumtion, låga priser samt att lagbrott inte åtgärdas. Forskningen inom detta område ger dock motsägelsefulla resultat (Hawks m.fl. 2002).

Det finns också riskfaktorer som kan knytas till *individen*. En av de viktigaste är aggressivitet. Barn som inte lär sig sociala former för konfliktlösning är i riskzonen för en rad antisociala beteenden, inklusive narkotikabruk. Andra individuella riskfaktorer är en tidig debut av antisociala beteenden, bruk av tobak, impulsivitet, exhibitionism, en hög grad av självständighet samt låg självkänsla och ångest. Positiva attityder till narkotika kan också öka risken för att börja använda narkotika. Det belyses av resultat från en longitudinell studie av 1 236 svenska högstadieelever från landsbygd och storstad (Sundell m.fl. 2007). På höstterminen i årskurs 7 uppgav två procent av eleverna att de haft lust att prova narkotika. Ett och ett halvt år senare, på vårterminen i årskurs 8, hade 38 procent av dessa elever använt narkotika. Det ska jämföras med de elever som i årskurs 7 uppgav att de inte haft lust där endast knappt två procent testat narkotika.

Att låg socioekonomisk status inte finns med bland de uppräknade riskfaktorerna kanske överraskar. Både svensk och utländsk forskning visar dock att ungdomars sociala bakgrund är av underordnad betydelse när andra faktorer (till exempel föräldrars förhållningssätt, kamratval) vägs in. Detta kan åskådliggöras med hjälp av en enkätstudie av ungefär 10 000 stockholmselever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 (El-Khouri & Sundell 2005, El-Khouri m.fl. 2005). Oberoende av hur data analyserats visar resultaten att föräldrarnas utbildning, arbetslöshet, invandrarbakgrund samt enföräldershushåll inte ökade risken för att eleverna skulle ha använt narkotika. Tvärtom var det till exempel vanligare att elever från stadsdelar med hög socioekonomisk status (till exempel Östermalm och Norrmalm) använde narkotika än elever från stadsdelar med låg socioekonomisk status (till exempel Rinkeby och Spånga-Tensta). En förklaring till att dessa socioekonomiska variabler inte fungerar som riskfaktorer är att de delvis avspeglar ekonomiska resurser, och att en god privatekonomi för ungdomar ökar deras möjlighet att inhandla droger (Andréasson m.fl. 1993, El-Khouri & Sundell 2005).

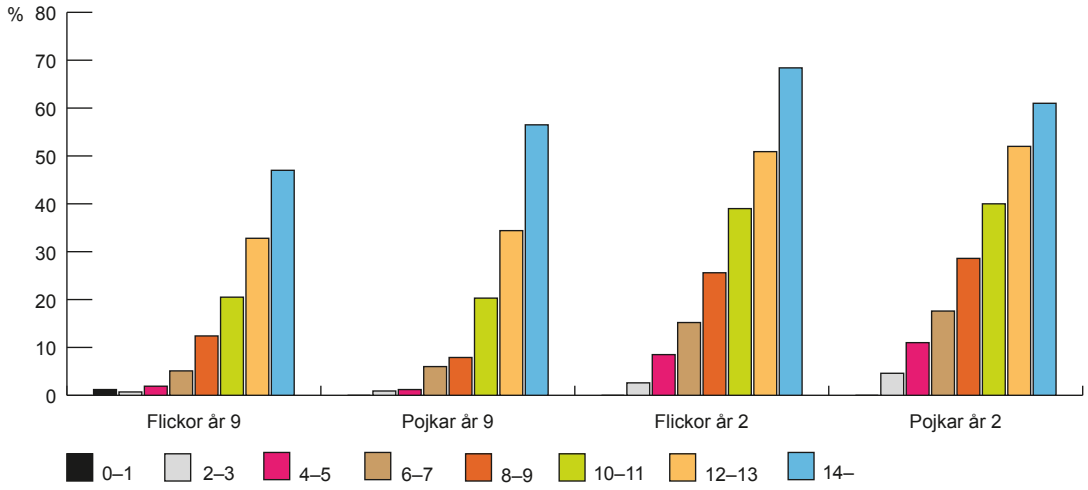
I den bemärkelsen kan invandrarskap fungera som en skyddsfaktor eftersom många invandrare har sämre ekonomiska resurser.

Även om låg socioekonomisk status inte är en riskfaktor kan ekonomisk utsatthet och social isolering öka risken för att familjer fungerar dåligt, som i sin tur kan göra att ungdomar söker sig bort från familjen och till kamrater. Om dessa kamrater använder narkotika ökar risken för en narkotikadebut.

Det är viktigt att ungdomar får känna tillhörighet och ha en anknytning till dem som representerar normerna.

Skyddsfaktorer

De amerikanska preventionsforskarna Hawkins, Catalano och Arthur (2002) identifierar fem skyddsfaktorer mot normbrott generellt som gäller för familj, skola och närmiljö. Den första är tydliga normer om vad barn och unga får respektive inte får göra. Barn och unga är mer benägna att leva upp till dessa normer och förväntningar när de känner tillhörighet och har en anknytning till dem som representerar normerna; de vill inte riskera relationen genom att göra sådant som föräldrarna tydligt tar avstånd från. För att det ska ske måste barn och unga känna att relationen till den positiva vuxne är värd att satsa på över tid. För att barn och unga ska knyta an till föräldrar, skola eller



Figur 3. Antal riskfaktorer och andel elever som använt narkotika minst en gång (från El-Khouri m.fl. 2005).

andra är det viktigt att de får tillfälle att bidra med något som har betydelse för andra, det måste finnas prosociala tillfällen för de unga och att de ges uppmärksamhet för sina prosociala handlingar. Att få uppmärksamhet för sina handlingar är ett effektivt sätt att lära in dem.

Betydelsen av många riskfaktorer

Enstaka riskfaktorer innebär i allmänhet endast en begränsad riskökning. De amerikanska forskarna Derzon och Lipsey (1999) visar exempelvis i metaanalys av 86 longitudinella studier att sambandet mellan enskilda riskfaktorer och cannabisbruk i de flesta fall är begränsad. De starkaste sambanden rör attityder till eller faktiskt bruk av andra droger än narkotika. Faktorer som i princip saknar samband är kön och låg socioekonomisk status.

Enstaka riskfaktorer innebär i allmänhet endast en begränsad riskökning.

Betydligt starkare riskökning nås när flera riskfaktorer finns samtidigt (till exempel Bond m.fl. 2005, Gerard & Buehler 2004, El-Khouri m.fl. 2005).

Det åskådliggörs i figur 3. Resultaten bygger på de 10 000 stockholmseleverna i årskurs 9 och gymnasiets år 2 (El-Khouri m.fl. 2005). Sammanlagt användes 29 riskfaktorer; nio som kan knytas till individen, tio till familjen, två till kamrater, sex till skolan och två till bostadsområdet. I genomsnitt hade eleverna knappt sju riskfaktorer. Ju

fler riskfaktorer som fanns i ungdomens liv, desto högre var risken att eleven använt narkotika. Bland elever med få riskfaktorer var det nästan ingen som använt narkotika. Bland de med 14 eller flera riskfaktorer var det hälften eller flera. Noterbart är det trappstegslika sambandet mellan antalet riskfaktorer och förekomsten av narkotikabruk och att det inte går att enkelt identifiera en skärningspunkt för när antalet riskfaktorer innebär en kraftfull riskökning för problem. Som framgår av figurerna var det även små skillnader mellan pojkar och flickor. Det är också viktigt att notera att även i gruppen med många riskfaktorer var det bara ungefär hälften som använt narkotika. Prognosförmågan på individnivå är således ungefär lika stark som om man singlar en slant för att hitta rätt ungdom som använt narkotika. Det ska också noteras att högre samband mellan risk- och skyddsfaktorer och förekomsten av narkotikabruk eller andra antisociala beteenden erhålls när det är mindre tidsskillnad mellan mätning av risk- och skyddsfaktorer och narkotikabruk.

Riskprofiler

I stockholmsstudien av 10 000 elever undersöktes också hur riskfaktorer bildade profiler, så kallade kluster. För en mindre grupp, ungefär var tionde, fanns inga direkta risker. De eleverna kände att de hade kontroll över livet, umgicks enbart med socialt välanpassade kamrater, trivdes i skolan och hade goda relationer till föräldrarna. Den andra extremen, ungefär fem procent av eleverna, hade påtagligt förhöjda värden i samtliga riskfaktorer. Där emellan fanns en rad olika profiler, några med förhöjda risker i skolan, andra med förhöjda risker i familjen och så vidare. Pojkar och flickor hade ungefär samma fördelning i de olika riskprofilerna.

Det fanns koppling mellan riskprofilerna och de tidigare beskrivna normbrottsprofilerna (jämför figur 1). I de flesta riskprofiler fanns elever med normbrytande beteenden. Risken varierade dock. Elever som tillhörde profiler med få eller inga risker hade betydligt fler välanpassade elever än förväntat och betydligt färre som hade multiproblem. Bland pojkarna i årskurs 9 var det exempelvis 63 procent som var välanpassade och endast en procent som hade multiproblem. För eleverna som tillhörde multiriskprofilen var bilden den motsatta med betydligt fler med multiproblem än förväntat och med betydligt färre välanpassade. Bland pojkarna i årskurs 9 var det exempelvis tre pro-

cent som var välanpassade medan 23 procent hade multiproblem. I allt väsentligt var situationen lika för flickor som för pojkar.

Risk- och skyddsfaktorers betydelse för ett förebyggande arbete

Ett flertal systematiska översikter har identifierat ungefär samma komponenter för effektiva preventionsprogram. I tabell 1 summeras resultaten från en översikt om skolprevention, en om prevention mot allvarligt våld bland unga, en om alkohol- och narkotikaprevention och en om arbete mot asocialt beteende i form av drogbruk, kriminalitet, oskyddat sex och psykisk ohälsa (Sundell & Forster 2005). Det som

TABELL 1. *Effektiv utformning av program enligt fyra systematiska översikter*

Slutsatser i alla fyra systematiska översikter
- Programmen styrs av en uttalad teori om risk- och skyddsfaktorer.
- Programmen innehåller inte enbart undervisning och diskussioner utan omfattar även färdighetsträning (till exempel konflikthantering eller social färdighetsträning).
- Programmen är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvata.

Slutsatser i tre av fyra systematiska översikter
- Insatserna som riktas mot den unge förekommer i flera miljöer (till exempel hem och skola).
- Programmen innehåller medel för att säkerställa programtrohet.
- Programmen aktiverar och involverar.

Slutsatser i två av fyra systematiska översikter
- Innehållet i programmen baseras på KBT eller beteendeterapi.
- Intervenera med optimal timing – helst innan problem aktualiseras.
- De som leder programmet får adekvat utbildning och handledning.
- Programmen pågår under lång tid.
- Programmet är väl förankrat i organisationen och involverar lokala beslutspersoner.

Slutsatser i en av fyra systematiska översikter
- Tydlig målsättning för utvärdering.
- Kontinuerlig utvärdering.
- Tillräcklig dos.
- Samverkan med andra preventionsprogram.
- Undviker tvång.

enligt dessa översikter kännetecknar effektiv prevention är att insatserna styrs av en uttalad teori om vad som ökar respektive minskar risken för problembeteenden, det vill säga vilka risk- och skyddsfaktorer som identifierats som viktiga och som insatser inriktas mot. Vidare kännetecknas effektiva preventionsprogram av att de kombinerar undervisning om kunskaper med träning av sociala färdigheter (till exempel verbal konfliktlösning, självkontroll) och att programmet är utvecklingsmässigt och sociokulturellt adekvat. Dessa tre kriterier återfinns i alla fyra översikter. I tre av fyra nämns betydelsen av interventioner i flera av den unges miljöer (till exempel skola, hem), strävan efter programtrohet samt att inlärningsmetoder används som innebär att den unge aktiveras. Två översikter lyfter fram betydelsen av beteendeterapeutiska och kognitiv-beteendeterapeutiska metoder för social färdighetsträning, optimal timing (till exempel att intervenera innan problemen aktualiseras), adekvat utbildning av dem som bedriver programmen, att programmen pågår länge samt att de involverar lokala beslutspersoner i implementeringen (att det är förankrat i organisationen).

Kunskap om risk- och skyddsfaktorer är således en viktig del för ett preventivt arbete. Även om en riskfaktor påtagligt ökar förekomsten av normbrott fungerar riskfaktorer relativt dåligt när det gäller individuell prediktion; att säkert identifiera enskilda ungdomar med normbrott. Resultat visar att riskfaktorerna ger säkrare resultat om elever utan normbrott än elever med. Bland elever med få riskfaktorer var det mycket ovanligt med normbrytande beteenden medan ungefär varannan med många riskfaktorer hade normbrytande beteende. Därför bör det preventiva arbetet inriktas mot grupper som kännetecknas av multirisk, snarare än enskilda individer med många riskfaktorer.

Kunskap om risk- och skyddsfaktorer är en viktig del för ett preventivt arbete.

Eftersom riskfaktorerna för narkotikabruk i stort sett är samma för flickor och pojkar talar det för att preventiva insatser bör vara likartade för flickor och pojkar. Det underlättar implementering av förebyggande insatser om så få hänsyn som möjligt behöver tas till olika grupper (till exempel flickor eller elever med invandrarbakgrund); mycket talar för att en komplex organisation ökar risken för att insatser inte genomförs som planerat. Att använda samma preventiva insatser för alla minskar också risken för stigmatisering – att den grupp som får en speciell insats kommer att uppfatta sig som ett problem just för att de valts ut.

Ett viktigt resultat är att många riskfaktorer ökar sannolikheten för att normbrott ska förekomma. Det talar för vikten av att inrikta det

förebyggande arbetet mot flera riskfaktorer samtidigt. Inom skolans ram kan det exempelvis göras genom tydliga regler mot skolk, mobbning och andra antisociala beteenden, genom stöd till föräldrar i föräldrarollen och genom att introducera en god klassrumsmiljö som skapar arbetsro för eleverna och därmed gynnar inlärning.

Överlappningen av normbrott ger också vissa ledtrådar till det förebyggande arbetet. Framför allt ökar förekomsten av ett normbrott sannolikheten för andra. Individer som använder narkotika kännetecknas i allmänhet av en rad andra normbrott. En elev som upptäcks ha använt narkotika kan förväntas ha andra allvarliga beteendeproblem.

Litteratur

Andréasson, S., Brandt, L. & Allebeck, P. (1993). ”Predictors of alcoholism in young men.” *American Journal of Public Health, 83*, 845-850.

Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F. & Patton, G. (2005). ”Individual, family, school, and community risk protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms.” *Prevention science, 6*, 73–88.

Brounstein, P. J., Zweig, J. M. & Gardner, S. E. (2001). *Science based substance abuse prevention: a guide*. http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/pubs_Principles.pdf

Brown, T. N., Schulenberg, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M. & Johnston, L. D. (2005). ”Are risk and protective factors for substance use constant across historical time?: National data from the high school classes of 1976 through 1997.” *Prevention science, 2,* 29–43.

Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K. & Albino, A. (2003). ”Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviours during adolescence.” *Journal of personality and social psychology, 84*, 390–410.

Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (1999). ”What good predictors of marijuana use are good for: A synthesis of research.” *School Psychology International, 20*, 69–85.

El-Khouri, B. M., & Sundell, K. (2005). *Elevers normbrytande beteenden. Resultat från 2004 års Stockholmsenkät med elever i grundskolans årskurs 9 och gymnasiets år 2* (FoU-rapport 2005:8). Socialtjänstförvaltningen: Stockholm.

El-Khouri, B. M., Sundell. K. & Strandberg, A. (2005). *Riskfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren* (FoU-rapport 2005:17). Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.

Gerard, J. M. & Buehler, C. (2004). ”Cumulative environmental risk and youth maladjustment: The role of youth attributes.” *Child development, 75*, 1832–1849.

Grant, B. F. & Dawson, D. A. (1998). ”Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey.” *Journal of substance abuse, 10*, 163–173.

Hawkins, J. D. (1995). ”Controlling crime before it happens: Risk-focused prevention.” *National Institute of Justice Journal, 229*, 10–18.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). ”Promoting science-based prevention in communities.” *Addictive Behaviours, 27*, 951–976.

Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P. & Stockwell, T. (2002). *Prevention of psychoactive substances: a selective review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization.* http://www.ndri.curtin.edu.au/pdfs/who_review.pdf

Loeber, R. & Hay, D. F. (1994). "Developmental approaches to aggression and conduct problems." Ingår i M. Rutter & D. F. Hay (red), *Developmental through life: a handbook for clinicians* (s. 488–515). Oxford: Blackwell scientific.

Power, G., Stewart, C. D., O'Hughes, S. O. & Arbona, C. T. (2005). "Predicting patterns of adolescent alcohol use: a longitudinal study." *The Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *66*, 74–81.

Rutter, M. (1983). "Statistical and personal interactions: Facets and perspectives." I D. Magnusson & V. L. Allen (red.) *Human development: An interactional perspective,* (s. 295–319). New York: Academic Press.

Sundell, K. & Forster, M. (2005). "En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn." Ingår i Statens offentliga utredningar SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i en ny tid. Slutbetänkande av Alkoholinförselutredningen*. Stockholm: Fritzes.

Sundell, K., Klint, J. & Colbiörnsen, M. (2007). *Normbrott och psykisk ohälsa bland pojkar och flickor i årskurs 7 och 8. En studie av 1 246 elever undersökta vid tre tillfällen* (FoU-rapport 2007:4). Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.

von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. & Wittchen, H-U. (2002). "What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults." *Drug and Alcohol Dependence 68,* 49–64.

ter Bogt, T., Schmid, H., Nic Gabhainn, S., Fotiou, A. & Vollebergh, W. (2006). "Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries." *Addiction, 101*, 241–251.

Willoughby, T., Chalmers, H. & Busseri, M. (2004). "Where is the syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviours in adolescence." *Journal of consulting and clinical psychology, 72,* 1022–1037.

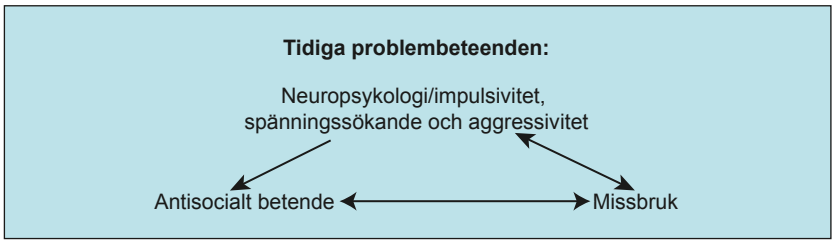
Tidiga problembeteenden

Britt G E af Klinteberg

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Impulsivitet är ett karaktärsdrag hos individer med ohämmat beteende, till exempel alkoholberoende, självmordsbenägenhet, hyperaktivitet och psykopatiska tendenser.
- Hyperaktivt beteende, tidig impulsivitet och antisocialt beteende sammanfaller i stort med sårbarhetsindikatorer som man funnit i studier av antisocial personlighetsstörning (APD).
- Psykopati och andra personlighetsstörningar, särskilt APD, har en hög frekvens av samtidigt missbruk.
- Beteendeproblem och våld har visat sig starkt kopplat till riskbruk hos både pojkar och flickor.
- Det finns ett väl etablerat samband mellan utagerande impulsiva och aggressiva handlingar och svagheter i serotoninmetabolismen i centrala nervsystemet (CNS).
- Biologiska markörer utforskas i relation till olika beteendeproblem och personlighetsdrag för att dessa i sin tur ska kunna bli fokus i utformandet av effektiva och tidiga interventionsprogram.
- Hela beroendekarriären ses som en dynamisk process över tid som därigenom också behöver utforskas longitudinellt.
- Impulsivitet och andra psykopatirelaterade personlighetsdrag har betydelse för individens benägenhet att utveckla drogmissbruk.

Under senare år har intresset ökat för vilken roll impulsivitet och aggressivitet spelar i utvecklingen mot riskbruk, missbruk och/eller ett beroende av olika droger, vilket ofta också är kopplat till andra former av psykosocial problematik. Trots många forskningsansträngningar är många av de relationer som man finner mellan de här personlighetsdragen och personlighetsstörningar (enligt DSM IV), alkohol/drogmissbruk och våld fortfarande kontroversiella. En relevant fråga berör samspelet mellan impulsivitet och aggressivitet, och deras interaktion med



Figur 1.

andra utagerande personlighetsdrag som till exempel sensationssökande och extremt behov av omväxling. En annan kontroversiell fråga är identifieringen av olika biologiska och neuropsykologiska markörer för eller indikationer på impulsivitet och aggressivitet för att få mer objektiva mått på dessa personlighetsdrag än de som man får genom självskattningar av vardagligt beteende. Det gäller även för att få en djupare förståelse för olika aspekter av mänskligt beteende som ligger bakom impulsivt och aggressivt beteende och manifesteras i olika former av psykosocial störningsbild. Med utgångspunkt i dessa beaktanden är tanken med det här kapitlet att belysa implikationer och konsekvenser av impulsiviteten för olika psykosociala störningar, som till exempel missbruk, beroende, kriminalitet och våld (se figur 1). Fokus ligger på utvecklingsaspekter och tänkbara underliggande mekanismer, som kan vara särskilt relevanta ur både ett rättspsykiatriskt och ett preventivt perspektiv.

Introduktion

Impulsivitet som ett multidisciplinärt drag – psykiatriska och sociala konsekvenser

Det pågår en fortlöpande diskussion om impulsivitet, dess multidisciplinära drag och psykiatriska och sociala konsekvenser, vilken initierades av Barratt och medarbetare (Barratt & Slaughter 1998, Ruegg & Frances 1995). Impulsivitet är ett differentiellt karaktärsdrag hos individer med *disinhibitoriskt* (ohämmat) beteende, som till exempel alkoholberoende, självmordsbenägenhet, hyperaktivitet och psykopatiska tendenser. Mer precist kan man beskriva det som att impulsivitet antar olika uttryck i dessa individers livsstil. De talar och agerar innan de tänker, de beslutar sig spontant, lär inte av sina misstag och saknar fungerande hämningsmekanismer, vilka teoretiskt är knutna till en störning i fron-

Impulsivitet är en riskfaktor i ungdomars aggresivitet, som ofta kommer till uttryck som uppförandestörningar.

tala cortex. Impulsivitet är på så sätt kopplat till både motoriska och kognitiva funktioner, liksom även olika uppmärksamhetsaspekter.

Vi vet emellertid att olika forskningsgrupper definierar impulsivitet på olika sätt, och att impulsivitetsskalor fångas upp inom olika delar av våra personlighetsspektra. Impulsiviteten är inblandad i ett brett fält av beteendestörningar under ungdomen, inklusive till exempel riskabelt missbruk, hyperaktivitet i termer av ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, enligt DSM IV) och uppförandestörningar. Impulsiviteten är också inblandad som riskfaktor i ungdomars aggressivitet, som ofta kommer till uttryck i just uppförandestörningar (Conduct Disorder).

Barratt, som var en pionjär inom området när det gällde att utforska impulsivitetens olika uttrycksformer, var angelägen om att kunna förstå varför impulsivitet hade en sådan genomgripande roll när det gällde psykosociala störningar. Han antog att impulsiviteten var så central, eftersom många beteendestörningar visade sig ha en gemensam bas i just bristande impulskontroll. Man ser således impulsiviteten som ett multidimensionellt begrepp, som har en övergripande betydelse i

det som man beskriver som personligheten, och man har funnit att impulsiviteten har tydliga kopplingar till både beteende, olika biologiska mått, individens sätt att kommunicera med omgivningen, och även uppfatta vad som utspelar sig i en händelse. Jag nämner fortsättningsvis några resultat i detta sammanhang:

På individnivå – tidigt beteende och personlighetsmönster

Beteende/Personlighet

Som framgår av flera svenska longitudinella projekt är barns hyperaktiva beteende en tydlig förelöpare till antisocialt beteende och beroende i vuxen ålder. Detta har också rapporterats från internationella longitudinella program (Farrington 1995, Loeber & Farrington 2000). Hyperaktivt beteende, tidig impulsivitet och antisocialt beteende sammanfaller i stort med sårbarhetsindikatorer som man funnit i studier av antisocial personlighetsstörning (APD) enligt *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV 1994).

Psykopati och andra personlighetsstörningar, särskilt APD, har en hög frekvens av samtidigt missbruk.

Relaterat till APD är psykopatisk personlighet, ursprungligen beskriven av Cleckley (1976) och senare av Hare i *Psychopathy Check List* (PCL, Hare 1985, 1991). Detta är en personlighetsstörning som vid användande av psykiatriska diagnoser kan jämföras med APD, men den är mer specifikt definierad i termer av personlighetsdrag och beteende. Den psykopatiska personligheten karakteriseras av hög impulsivitet, ett ständigt sökande efter nya och häftiga upplevelser, bristande hämningsfunktioner (*disinhibitoriskt* beteende), brist på ansvar, svårighet att känna empati och en ostadig emotionell levnad. Dessa kännetecken indikerar även tydlig brist på respekt för andra och en oförmåga att känna empati med medmänniskor. Senare faktoranalyser av PCL av ungdomar och vuxna anger tre-faktorlösningar av PCL som understryker vikten av impulsivitets-dimensionen tillsammans med narcissism och kylig emotionalitet när det gäller psykopatisk personlighetsstörning (Cooke & Michie 2001, Frick m.fl. 2000, af Klinteberg m.fl. 1992, Väfors m.fl. 2008).

Psykopati och andra personlighetsstörningar, särskilt APD, har en hög frekvens av samtidigt missbruk. Hser och medarbetare (2007) har diskuterat missbruk ur ett livstidsperspektiv och pekat på betydelsen av

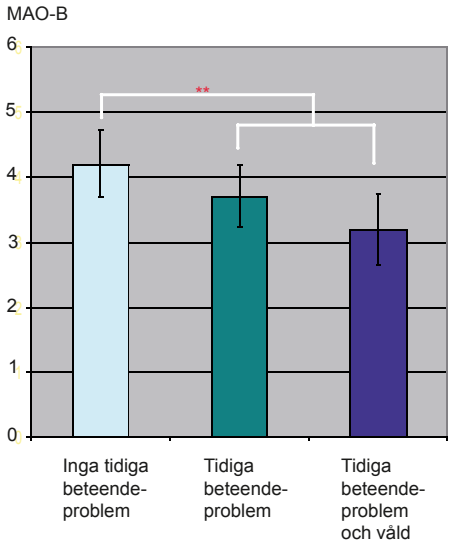
att förstå inte bara ingången till ett missbruk utan även avveckling från missbruket. Viktiga begrepp i det perspektivet har varit särskilt viktiga händelser i livet (livshändelser), som på något sätt förändrat förutsättningarna i livet för individen på ett positivt eller negativt sätt och därför utgjort så kallade vändpunkter (turning points) i livsföringen. Här kan man också tala om betydelsen av det sociala kapitalet som man kan ha både inom sig och i sin omgivning, särskilt den nära kretsen, vid avveckling från ett missbruk. Hela beroendekarriären ses som en dynamisk process över tid som därigenom också behöver utforskas longitudinellt. För att studera beteendeutveckling i termer av olika utvecklingslinjer (trajectories) i ett livstidsperspektiv avseende normbrott, missbruk och beroende, har vi använt oss av olika metoder: Multivariata metoder kombineras ofta med en personansats (*person approach),* där man inriktar sig på studiet av hur ofta det förekommer att man ser en viss kombination av riskfaktorer för missbruk hos en och samma person. Särskilt angelägen har frågan om identifikation av tidiga beteendeproblem och våld liksom av ungdomars personlighetsdrag i relation till riskbruk och våld varit (Eklund m.fl. 2003, 2005, Fridell m.fl. 2008, af Klinteberg m.fl. 1997). Beteendeproblem och våld har visat sig starkt kopplat till riskbruk hos både pojkar och flickor. Flickor som hade både våldshandlingar och riskbruk visade dessutom mönster av personlighetsdrag som tenderade mot personlighetsstörning och tydligt avvek från personligheten hos andra flickor.

Beteendeproblem och våld har visat sig starkt kopplat till riskbruk hos både pojkar och flickor.

På systemnivå – hormonell och transmittorfunktion av betydelse när det gäller utagerande beteende

Neurobiologi/neurohormonella system

Genom empirisk forskning har man funnit en gemensam psykobiologisk bas för drogmissbruk, hyperaktivt och antisocialt beteende, framförallt avseende personlighetsdragen impulsivitet, sensationssökande och aggressivitet. Biologiska indikatorer/markörer är av särskild vikt för de antisociala beteendeaspekterna som relaterar till våldsamt beteende i kombination med missbruk. Sedan länge pågående forskning liksom senare studier har belyst ett par riskfaktorer för utagerande beteende: Enzymen monoamine oxidase (MAO-B) aktivitet och catechol-O-methyltranferase (COMT) är båda tydligt relaterade till personlighetsdraget



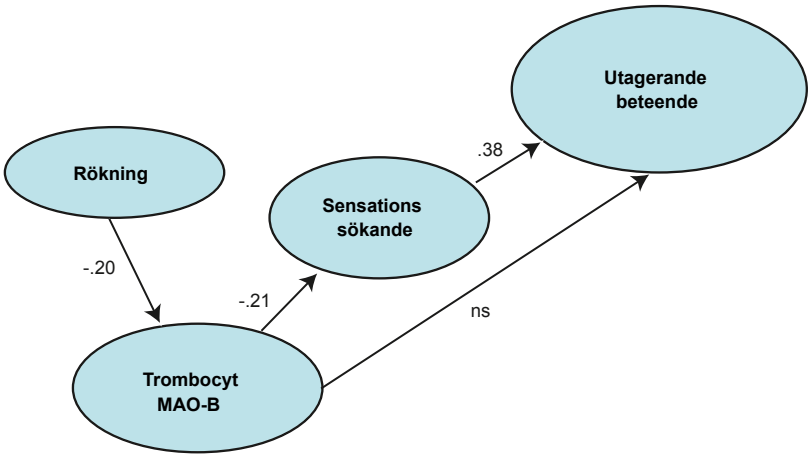
Figur 2. Trombocyt MAO-B-aktivitet för grupper med och utan tidiga beteendeproblem och/eller våld. (Eklund m.fl., Neuropsychobiology, 2005).

** anger att differensen mellan angivna gruppar är statistiskt säkerställd ($p<0,01$).

impulsivitet (Oreland & Hallman 1995, af Klinteberg m.fl. 2004). Nyligen visades preliminära samband, som stödjer denna relation, mellan genetiska variationer i COMT, hyperaktivt beteende och kriminalitet, vilket tolkades som att enzymet COMT kan bilda del av en generell riskfaktor för utagerande beteende (DeYoung m.fl. 2008).

Det intressanta med att man tidigt fann biologiska avvikelser hos mycket impulsiva personer, var framför allt att det inte bara framkom i patientgrupper och bland kriminella utan även i normalgrupper (Barratt & Patton 1983, Schalling 1993). Upptäckten av ett samband mellan impulsivitet och biologiska indikatorer bland normala ungdomar och vuxna stödjer hypotesen att en biologisk sårbarhet kan finnas inom en person utan att det utvecklas någon form av psykosocial störning – om det finns protektiva (skyddande) resurser inom individen eller i dennes omgivning.

Det finns dock ett väl etablerat samband mellan utagerande impulsiva och aggressiva handlingar och svagheter i serotoninmetabolismen i centrala nervsystemet (CNS). En sådan bristande transmittoromsättning fungerar även som länk mellan impulsiviteten och olika typer av våld (Lidberg m.fl. 1985, Linnoila m.fl. 1983, Virkkunen & Linnoila 1993, Virkkunen m.fl. 1994). När grupper av personer som har denna impulskontrollstörning studeras (till exempel hyperaktiva barn och psykopater), hittar man avvikelser inte bara i utvecklingen av olika centrala neurokemiska funktioner, som påpekats ovan, utan även i de autonoma och endokrina systemen (Zuckerman 2003). För att kunna



Figur 3. Modell av medierande effekt av personlighet på utagerande beteende hos unga kriminella. (Ruchkin m.fl., J Abnormal Psychology, 2005).

göra en illustration av ovanstående har vi även undersökt om några av dessa indikatorer förekommer tillsammans signifikant mer frekvent hos individer som är våldsaktiva än hos andra – och har funnit stöd för det (Eklund m.fl. 2005).

Longitudinella studier av tidigt hyperaktiva pojkar jämfört med icke-hyperaktiva, som i vuxen ålder utvecklat psykopatiska tendenser, visade på tydligt högre nivåer av impulsivitet och sensationssökande drag hos den tidigt hyperaktiva gruppen (Freidenfelt m.fl. 2007). Man har därför intresserat sig för personlighet som intermedierande eller modererande faktor mellan biologiska indikatorer och beteende (Ruchkin m.fl. 2005), se figur 3. Detta har visat sig vara av särskild betydelse när det gäller individer med viss benägenhet att utveckla olika former av drogmissbruk. Vi brukar tala om ”tidigt utvecklat alkoholmissbruk” (typ II-alkoholism) där dessa typ II-alkoholister karaktäriseras av tidigt beroende och missbruk, inte bara av alkohol utan även av cannabis, amfetamin och opioider, vilket oftast också uppträder tillsammans med flera sociala komplikationer. Individer med denna typ II-alkoholism har även en tydligare genetisk risk med mer av missbruksrelaterade personlighetsstörningar, självmordsbeteende och depression bland sina närmaste släktingar, än vad individer med senare utvecklad (typ I) alkoholism visat sig ha (Cloninger m.fl. 1996).

Man har vidare i olika studier funnit att typ II-alkoholister, både män och kvinnor, påvisar höga poäng i impulsivitetsskalor – kvinnorna även hög psykisk och somatisk ångest – och låg MAO-B-aktivitet i

I en grupp rättspsykiatriska patienter, där alla var kedjerökare, fann man starka samband mellan MAO-B-aktivitet och personlighetsdrag som impulsivitet, sensationssökande och aggressivitet.

blodplättarna (trombocyterna). MAO-B-aktiviteten används som en indirekt biologisk indikator på serotoninomsättningen i CNS. Bland kvinnliga alkoholister med en bakgrund av ytterligare drogmissbruk (tablett- och/eller illegalt missbruk) förekommer indikationer på olika personlighetsstörningar mer frekvent. Detta kan vid eventuell graviditet även ha konsekvenser för kommande generationer. Serotoninmetabolitnivån har till exempel visat sig vara signifikant lägre bland neurologiskt normala nyfödda med familjehistoria av antisocial personlighetsstörning (Constantino m.fl. 1997). En sådan bristande serotoninomsättning kan utgöra en tidig vulnerabilitet hos barnet för utagerande beteende (se ovan). Prenatal påverkan av alkohol predisponerar dessutom för neuropsykiatriska störningar som bidrar till impulsivt beteende och bristande flexibilitet i det dagliga fungerandet (Streissguth & O'Malley 2000, Richardson m.fl. 2002). Impulsiviteten och andra psykopati-relaterade personlighetsdrag har i sin tur betydelse för individens benägenhet att utveckla drogmissbruk – och dessa personlighetsdrag vet vi ligger till stor del under genetisk kontroll (Boomsma m.fl. 2002).

Oreland och hans forskargrupp (2002) har diskuterat möjliga för-

klaringar till sambanden mellan MAO-B-aktivitet i trombocyterna och personlighet/beteende. Man antar att MAO-B-aktiviteten mest sannolikt kan vara en genetisk markör för ”kapaciteten” hos vissa centrala transmittorsystem, företrädesvis serotonin och dopamin. MAO-B antas även kunna ses som en genetisk markör som regleras genom mekanismer som också är av betydelse när det gäller att reglera hjärnfunktioner involverade i personligheten. I relationen mellan MAO-B-aktivitet och personlighet (särskilt impulsivitet) har rökning diskuterats som en bidragande faktor. Minskad MAO-B-aktivitet har nämligen i olika studier visat sig kunna bero på en direkt effekt av rök på enzymaktiviteten. Det finns dock flera studier som stödjer ett riktigt samband mellan MAO-B-aktivitet och personlighet/beteende – en relation där effekten av rökning av naturliga orsaker kan uteslutas. Harro och medarbetare (2003) rapporterade att låg MAO-B-aktivitet i trombocyterna är en prediktor för regelbunden rökning, och nyligen föreslogs att man även bland icke-rökare kunde associera låg MAO-B-aktivitet med omåttligt alkoholbruk i kombination med antisocialt beteende och rattonykterhet (Eensoo m.fl. 2003).

I en grupp rättspsykiatriska patienter, där alla var kedjerökare, fann man starka samband mellan MAO-B-aktivitet och personlighetsdrag, som impulsivitet, sensationssökande och aggressivitet (Stålenheim m. fl. 1997). Likalydande resultat erhölls för ett urval av dömda brottslingar vars rökvanor matchades med en kontrollgrupp (Garpenstrand m.fl. 2002). Sambandet mellan MAO-B-aktivitet och personlighet förklarades här genom antagandet att MAO-B är inkluderat i proteinmängden inom den monoamina gruppen, vars enzymaktivitet regleras av en specifik genetisk faktor som nu är under utforskande (Oreland 2004). Man intresserar sig generellt för bakgrunden till impulskontrollstörningar och beteenden med impulsivitet och spänningssökande som viktiga komponenter, till exempel missbruk med typ II-alkoholism, olika former av självskadande beteende, ätstörningar, kriminalitet och våldsbeteende. Biologiska markörer utforskas på så sätt i relation till olika beteendeproblem och personlighetsdrag för att dessa i sin tur ska kunna bli fokus i utformandet av effektiva och tidiga interventionsprogram.

Hela beroendekarriären ses som en dynamisk process över tid som därigenom också behöver utforskas longitudinellt.

Impulskontrollstörningar i DSM-IV omfattar flera ganska disparata störningar både på DSM axel I och axel II. Axel I omfattar impulskontrollstörningar som intermittent explosiv störning, spelberoende, pyromani och sexuellt tvångsbeteende, medan axel II omfattar impulskontrollstörningar som borderline- och APD (Kluster B)-personlighets-

störning. Inom axel II personlighetsstörningar finner man dock en omfattande överlappning (komorbiditet) av olika personlighetsstörningar (Ekselius m.fl. 1994). En sådan överlappning kan även gälla diagnoser från både axel I- och axel II-nivå. Detta illustrerades med resultat från en studie av kriminella män där följande karakteristika: låg MAO-B-aktivitet, närvaro av kluster B-diagnos (axel II), och närvaro av missbruksdiagnos (axel I) utgjorde ett signifikant mönster, det vill säga kombinationen förekom mer frekvent än förväntat hos en och samma person (Longato-Stadler m.fl. 2002).

Impulsivitet och andra psykopatirelaterade personlighetsdrag har betydelse för individens benägenhet att utveckla drogmissbruk.

Betydelsen av *traumatiska upplevelser/stressande situationer* för uppkomsten av vulnerabilitet för missbruk och beroende hos individen har ingående diskuterats (Strelau 2004). Man kan också se traumatiska händelser som utlösande faktorer för en negativ utveckling mot missbruk hos en vulnerabel individ. Så har till exempel effekten av tidig vanvård på våldsaktivitet studerats, och resultaten visade att signifikant fler än man kunde förvänta sig av slumpen hade ett mönster som karakteriserades av tidiga verbala och fysiska övergrepp (nonchalans, kyla, bestraffningar, stryk), utveckling av allvarligt våld, och psykopati-relaterade personlighetsdrag bland unga vuxna män (Lang m.fl. 2002). Dessa resultat stödjer antagandet om betydelsen av samspelet mellan individen och omgivningen på beteendet.

Konklusion

Studier av tidig vulnerabilitet för drogmissbruk, våld och psykopatiska tendenser är av specifikt intresse när det gäller utformningen av preventivt arbete, tidig intervention och möjligheter att förstå viktiga vändpunkter i en utvecklingslinje till och avvikande från ett drogmissbruk. Psykologiska, biologiska, kognitiva och sociala utvecklingar sker ofta inom särskilda ”tidsfönster” som inte alltid infaller samtidigt, och man kan därmed förstå att missbruk påverkar individen och livsmönstret på olika sätt (West 2001). Ett flertal studier har visat att just tidig intervention vid en kritisk tidpunkt, till exempel första behandlingstillfället eller ingripandet, haft god effekt (Hser m.fl. 2007). Med utgångspunkt i vad som beskrivits ovan om bakomliggande vulnerabilitet för impulskontrollstörningar och i vad som vidare förklarats i kapitlet om den neurobiologiska bakgrunden till beroende i denna bok, blir slutsatsen att vi behöver lyfta fram tidig intervention på flera

plan för impulsiva barn och ungdomar. Betydelsen av struktur i det dagliga livet som preventiv insats är oomtvistad. Kunskap om hur en impulsiv individ agerar, tänker, känner och minns blir därmed en förutsättning för effektfull intervention och behandling av missbruket, den psykiska ohälsan och de psykosociala konsekvenserna.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se

Barratt, E. S. & Slaughter, L. (1998). ”Defining, measuring, and predicting impulsive aggression: A heuristic model.” *Behavioral Sciences and the Law*, *16*, 285–302.

Eklund, J. M. & af Klinteberg, B. (2005). ”Personality characteristics as risk indications of alcohol use and violent behaviour in male and female adolescents.” *Journal of Individual Differences,* 26(2), 63–73.

Freidenfelt, J. & af Klinteberg, B. (2007). ”Exploring adult personality and psychopathy tendencies in former childhood hyperactive delinquent males.” *Journal of Individual Differences*, 28(1), 27–36.

Hser, Y.-I., Longshore, D. & Anglin, M. D. (2007). ”The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories.” *Evaluation Research, 31,* 515.

af Klinteberg, B., von Knorring, L. & Oreland, L. (2004). ”On the psychobiology of impulsivity.” I R. Stelmack (red.) *On the Psychobiology of Personality: Essays in Honor of Marvin Zuckerman* (s. 429–451). New York: Elsevier Science.

Loeber, R. & Farrington, D. P. (2000). ”Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications.” *Development and Psychopathology*, *12*, 737–762.

Longato-Stadler, E., af Klinteberg, B., Garpenstrand, H., Oreland, L. & Hallman, J. (2002). ”Personality traits and platelet MAO activity in a Swedish male criminal population.” *Neuropsychobiology, 46,* 202–208.

Oreland, L., Damberg, M., Hallman, J., & Garpenstrand, H. (2002). ”Smoking only explains part of the associations between platelet monoamine oxidase activity and personality.” *Journal of Neural Transmission, 109,* 963–975.

West, R. (2001). ”Theories of addiction (editorial).” *Addiction, 96,* 3–13.

Zuckerman, M. (2003). ”Biological bases of personality.” I: T. Millon, & M. J. Lerner (red.), *Handbook of psychology* (s. 85–116). Hoboken, NJ: Wiley.

Bruk av narkotika – är det maskulint?

Könsskillnader och konstruktion av genus i narkotikabruk

Gunnel Hensing

- Andelen män som testat narkotika är högre än andelen kvinnor, vilket också gäller mer regelbundet bruk.
- Bland skolungdomar är andelen som testat narkotika nästan lika stor bland flickor och pojkar medan regelbundet bruk är vanligare bland pojkar.
- Narkotikabruk är vanligare bland dem som vantrivs i skolan och bland dem som skolkar.
- Genus är en strukturerande och formande princip som påverkar mäns och kvinnors livsvillkor, föreställningar och identitet. Genus gestaltas i social praktik.
- Sociala normer som kopplar samman narkotika och maskulinitet bidrar till att färre kvinnor och fler män testar narkotika.
- Samma sociala normer kan bidra till att kvinnor med skadligt bruk ses som avvikande både från den manliga normen inom narkotikaområdet och från den kvinnliga normen i samhället i stort.
- Ett steg mot att säkerställa att prevention och behandling är genusmedveten är att öka kunskapen om genusperspektiv både genom forskning och utbildning inom området.

När en lärare pratar med en elev som skolkar eller en behandlare möter en klient med problem, så är det en människa med egenskaper, erfarenheter och egen vilja som man träffar, snarare än en representant för en viss social kategori. Sociala kategorier utgår från ett samhälls- och befolkningsperspektiv snarare än ett individperspektiv och de berättar mer för oss om just samhälle och befolkning än om individuella skillnader. Kategorisering av människor i olika sociala grupper hjälper oss att se strukturer och förhållanden som inte kan upptäckas genom individperspektivet. Kunskap om sådana strukturer och förhållanden är värdefulla när vi funderar över prevention av narkotikabruk och främjande av miljöer, strukturer och föreställningar som skapar hälsa i

En stor majoritet av ungdomarna i Sverige väljer att inte testa narkotika.

vid mening. Kunskap från samhälls- och befolkningsperspektiven bidrar också till att vi bättre förstår mekanismer bakom ett skadligt bruk av narkotika. En individ är aldrig helt bunden av sina livsvillkor och olika kulturella föreställningar utan är aktiva, tänkande, kännande och handlande. Man kan i en viss mening välja sitt liv, göra sina egna aktiva val och vara fri, men biologiska och sociala förutsättningar är ständigt

närvarande och skapar en dynamik mellan struktur och vilja, varande och görande. Att ekonomisk fattigdom påverkar individens valmöjligheter är välkänt och lätt att förstå. Kulturella föreställningar om genus, klass och etnicitet påverkar också individens livsvillkor och valmöjligheter men på ett mer indirekt och komplext sätt. I det här kapitlet ska några exempel på hur materiella, sociala eller kulturella strukturer påverkar livsvillkor och föreställningar av betydelse för hur individer formas och handlar presenteras.

Könsskillnader i narkotikabruk

Det finns betydande könsskillnader i bruk och skadligt bruk av narkotika i Sverige och i Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2005 [EMCDDA är en förkortning av det engelska namnet på EU:s center för uppföljning av narkotika och missbrukssituationen i medlemsstaterna European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction], Anderson & Baumberg 2006, CAN 2007a). EMCDDA sammanfattar i en rapport från 2005 situationen i Europa med att fler män än kvinnor testar och använder narkotika och bland dem som söker vård för narkotikaproblem är män i majoritet (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2005). Den lägsta könsskillnaden finns generellt bland skolungdomar (15–16 år) vad avser att någon gång ha testat narkotika, vilket framförallt är cannabis. Oavsett åldersgrupp är könsskillnaderna lägre för cannabisbruk än annan narkotika. I princip är könsskillnaderna också lägre i länder där andelen som använder narkotika är hög, men några viktiga undantag från det mönstret är Sverige, Norge och Finland, där en låg prevalens av cannabisbruk förekommer samtidigt som könsskillnaderna är ganska små. Andra iakttagelser från EMCDDA är att det vanligen är män som introducerar och testar nya former av narkotika och i de fall där nya, eller gamla, former av narkotika ökar i användning svarar männen som regel för ökningen. Man påpekar också att andelen kvinnor som söker vård är högre bland kvinnor under 20 och över 39 år. Slutligen konstaterar man att kvinnor i högre utsträckning än män har ett skadligt bruk av legala läkemedel av typen lugnande medel och sömnmedel. Den legala förskrivningen av lugnande läkemedel och av sömnmedel är också högre bland kvinnor än män.

Variationen i bruk och skadligt bruk är stor i de europeiska länderna. Den kartläggning som The European School Survey project on

Alcohol and Other Drugs sedan 1995 genomfört bland skolungdomar i åldern 15–16 år i en lång rad europeiska länder ger en bra information om hur läget ser ut. Vid senaste insamlingstillfället deltog 35 länder och resultaten från den undersökningen visar att det fortsatt är en hög andel ungdomar, 92 procent av pojkarna och 93 procent av flickorna, som avstår från narkotika i Sverige (ESPAD 2004). Andelen pojkar som testat narkotika någon gång är högst i Tjeckien (48 procent), Schweiz (45 procent) och Frankrike (43 procent). Bland flickor är det flest som testat någon form av narkotika vid något tillfälle i Tjeckien (40 procent), Irland (40 procent) och Isle of Man (39 procent). Cannabis är den vanligaste typen av narkotika bland ungdomar i Europa och det gäller båda könen. EMCDDA rapporterar att kvoten pojkar jämfört med flickor som använt cannabis någon gång i livet varierar mellan 1,0 (ingen skillnad mellan könen) på Irland, i Finland och i Norge till 1,8 (nästan dubbelt så vanligt bland pojkar) i Portugal (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2005). Jämförelser mellan länder är förstås problematiska på grund av skillnader i synen på narkotika. I Sverige är till exempel all användning av preparat som klassats som narkotika olaglig. I länder med en strängare syn på narkotika kan man förvänta en lägre rapportering än i länder med en mer liberal syn. På motsvarande sätt kan könsskillnader i tolerans för bruk och skadligt bruk leda till systematiska fel i hur flickor respektive pojkar rapporterar narkotikaanvändning. Detta gäller naturligtvis också i undersökningar bland vuxna.

2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna i årskurs 9 att de testat narkotika.

Utvecklingen av narkotikabruket i Sverige har varit förhållandevis lika bland pojkar och flickor (CAN 2007a, CAN 2007b). Andelen som testat narkotika var hög i början av 1970-talet. 14 procent av pojkarna och 16 procent av flickorna hade testat narkotika 1971. Andelen som testat minskade i slutet av årtiondet och sjönk ytterligare under 1980-talet. Endast 3 procent av pojkarna och flickorna i årskurs 9 hade testat narkotika 1989.

Cannabis är den vanligaste typen av narkotika bland både flickor och pojkar också i Sverige (CAN 2007a, CAN 2007b). 2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna i årskurs 9 att de testat narkotika. I gruppen som använt narkotika senaste månaden, ett mått som bättre speglar regelbunden användning, är könsskillnaderna större. 2 procent av pojkarna och 1 procent av flickorna uppger att de använt narkotika senaste månaden. Andelen som prövat någon gång ökade bland både pojkar och flickor under 1990-talet till runt 10 procent.

Uppgifter om narkotikaanvändning bland gymnasieelever har

samlats in sedan 2004 så det går inte på samma sätt som bland ungdomar i årskurs 9 att följa utvecklingen under en längre period (CAN 2007a, CAN 2007b). Andelen pojkar i årskurs 2 på gymnasiet som någon gång använt narkotika var 17 procent år 2004, 2005 och 2007 och 16 procent år 2006. Bland flickor var andelarna 14 procent år 2004 och 2006 samt 13 procent år 2005 och 2007. Könsskillnaderna är alltså fortsatt små i gymnasieåldern.

I en särskild studie av narkotikabruk bland högskole- och universitetsstudenter fann man dock ökade skillnader mellan könen. 13,4 procent av männen i åldern 20–24 år hade provat narkotika de senaste 12 månaderna (Bullock 2005). Bland kvinnor i samma åldersgrupp var det 7,6 procent. I kartläggningen fann man som i tidigare studier att skadligt bruk av receptförskrivna läkemedel var vanligare bland kvinnorna, 10,6 procent, än bland männen, 7,3 procent.

Narkotikaanvändning bland vuxna uppvisar också större könsskillnader än bland skolelever (CAN 2007a). År 2000 uppgav 16 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i åldrarna 16–75 år att de någon gång använt narkotika. En procent av männen hade använt narkotika senaste månaden medan den procentuella andelen som prövat bland kvinnorna som deltog i undersökningen var 0 procent.

Omfattande skadligt bruk av narkotika

Uppskattningar av hur många personer som har ett tungt, skadligt bruk av narkotika är svåra att göra. Enkäter och intervjuer, som är vanliga metoder i undersökningar av olika slag, fungerar inte för grupper som inte har ordnade sociala förhållanden. Bortfall i olika undersökningar är dessutom vanligare bland män och yngre, där andelen brukare är hög jämfört med andra åldersgrupper. Olika former av statistik över vård- och behandlingsinsatser används därför ofta som en indikator på hur många som har problem och för att följa utvecklingen. 1987 vårdades 72 män av 100 000 med en narkotikadiagnos inom den slutna hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2008). 2004 hade den siffran ökat till 119 män av 100 000. Under perioden 1987–2004 uppmättes den högsta siffran 2001 då 128 män av 100 000 vårdades för narkotikadiagnos. Motsvarande statistik för kvinnor var 38 kvinnor av 100 000 år 1987 samt 70 kvinnor av 100 000 år 2004 (Socialstyrelsen 2008). Också bland kvinnor uppmättes den högsta siffran 2001 då 78 kvinnor av 100 000 vårdades med en narkotikadiagnos. På motsva-

rande sätt som i olika europeiska undersökningar är alltså antalet män som vårdas högre än antalet kvinnor.

Personer med ett omfattande skadligt bruk av narkotika får i hög grad stöd inom socialtjänsten både i form av frivilliga insatser och i form av tvångsvård. År 2006 vårdades 611 personer enligt LVM (Lagen om vård av missbrukare) och av dessa var 35 procent kvinnor (Socialstyrelsen 2008). Antalet har varierat sedan 1994 då registreringen startade. Utvecklingen sedan 1994 har inneburit en kraftig minskning av antalet tvångsvårdade män och en ökning av antalet kvinnor. Emellertid var könsskillnaderna 1994 mycket stora. Mellan 2001 och 2006 skedde en minskning med 2 procent av antalet män vårdade enligt LVM och en ökning med 20 procent bland kvinnor. Det är problematiskt att använda den här typen av uppgifter för jämförelser över tid. Uppgifterna är, eftersom de gäller mycket få personer, känsliga för lagändringar och speciella behandlings- eller andra satsningar inom till exempel socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Statistik över socialtjänstens övriga insatser för personer med skadligt bruk av narkotika visar att det är fler män som får insatser av olika slag (Socialstyrelsen 2008). Den svenska situationen överensstämmer alltså väl med den europeiska. Män dominerar inte bara som brukare av narkotika (med vissa undantag) utan är också i högre grad än kvinnor föremål för olika former av vård, stöd och insatser.

Ett annat sätt att få fram uppgifter om hur många som har ett skadligt bruk av narkotika är att räkna antalet personer som under en viss tidsperiod har kontakt med olika vårdinrättningar såsom socialtjänst, härbärgen och frivilligorganisationer. Det är tidskrävande och skattningar blir osäkra (samma individ kan till exempel räknas vid flera tillfällen). I Sverige har rikstäckande studier av detta slag genomförts 1979, 1992 och 1998. Då uppskattade man att antalet personer med omfattande skadligt bruk i Sverige respektive år var 15 000, 19 000 och 26 000 (Olsson m.fl. 2001). Vid samtliga tillfällen låg andelen kvinnor bland personer med skadligt bruk på 25 procent.

I den senaste undersökningen från 1998 gjorde man en speciell analys av kvinnorna med omfattande, skadligt bruk av narkotika och fann att de i jämförelse med männen var yngre och oftare arbetslösa (Byqvist 2005). Det var små skillnader i hur kvinnor och män finansierade sitt skadliga bruk, men en något högre andel kvinnor (11 procent jämfört med 8 procent bland männen) finansierade bruket huvudsakligen legalt och en något lägre andel (33 procent jämfört med 37 procent bland männen) finansierade bruket huvudsakligen illegalt. Något över hälften av kvinnorna och männen umgicks uteslutande med

andra personer med tungt narkotikabruk. I kartläggningen fann man också att bland kvinnorna fanns en tungt belastad grupp som saknade bostad, arbete, enbart umgicks med andra personer med tungt narkotikabruk samt finansierade narkotika på olika illegala sätt. Laanemets (2007) uppskattade med utgångspunkt i olika svenska kartläggningar att det fanns mellan 1 600 och 3 000 kvinnor som använder heroin, vilket utgör 20–30 procent av den totala gruppen. En andel som har varit relativt konstant över åren.

Sociala skillnader i skadligt bruk

Som framgått ovan finns det svårigheter att få fram tillförlitliga uppgifter om hur många individer som använder narkotika. Om man dessutom vill veta något mer om till exempel användarnas sociala bakgrund, utbildning och sociala nätverk måste särskilda undersökningar genomföras. De mer lättillgängliga uppgifterna i register saknar vanligen sådana uppgifter. I de olika skolundersökningar som genomförs har man funnit att en högre andel av dem som testat narkotika trivdes dåligt i skolan (14 procent jämfört med 5 procent) och att en betydligt högre andel skolkade (32 procent jämfört med 9 procent) (CAN 2007a). I en undersökning bland svenska ungdomar över 21 år fann man att andelen som testat narkotika var högre bland studenter vid universitet och högskolor liksom bland dem som saknade sysselsättning än bland de förvärvsarbetande. Emellertid fanns en social gradient, som innebar att de arbetslösa hade debuterat tidigare och hade prövat fler narkotikasorter än de brukare som studerade på universitet. Erfarenhet av narkotika var vidare vanligare bland dem som inte avslutat något gymnasieprogram. I den tidigare nämnda studien av högskole- och universitetsstudenter fann man att narkotikabruket var högre i gruppen studenter som fick sin huvudsakliga inkomst från studielån (10,3 procent) vilket talar för en social gradient också inom gruppen studenter.

Också i grupper som har ett mer skadligt bruk av narkotika finns sociala skillnader. Personer med en bakgrund i den lägsta socialgruppen och/eller med negativa psykosociala erfarenheter är vanligare i grupper av skadligt bruk (CAN 2007a). Risken att tidigt förtidspensioneras eller vara arbetslös var högre bland vuxna män än bland kvinnor men andelen brukare är låg bland vuxna kvinnor. Hjern (2004) fann att risken att ha varit vårdad på sjukhus för skadligt bruk av narkotika

Att ha och visa sin sociala tillhörighet är viktigt för ungdomar och i den sociala praktiken konstrueras maskulinitet och femininitet.

var högre bland dem som tillhörde den socioekonomiska gruppen ”oklassificerade”. Det fanns vidare en social gradient så att ju lägre socioekonomisk grupp desto högre risk att ha varit vårdad på sjukhus jämfört med andra grupper. Personer som hade fått ekonomiskt bistånd hade en högre risk för vård på sjukhus med en narkotikarelaterad diagnos. Risken var också högre bland dem vars boende inte kunde klassificeras i någon av kategorierna eget hus, bostadsrätt eller hyresrätt. Slutsatsen är att det finns en social gradient i såväl bruk som skadligt bruk av narkotika, men att den är mer uttalad för det skadliga bruket.

En annan social skillnad rör om man är född utanför Sverige eller av föräldrar som är födda utanför Sverige. I studier av ungdomar har man funnit att personer med utländsk bakgrund i något högre utsträckning hade prövat narkotika än svenskfödda ungdomar med svenskfödda föräldrar. Bland högskole- och universitetsstudenter var cannabisbruk de senaste månaderna vanligare (23,9 procent jämfört

med undersökningens genomsnitt som var 9,8 procent) bland dem som bodde utanför Sverige innan de påbörjade sina studier. Någon närmare precisering av ”bodde utanför Sverige innan de påbörjade sina studier” framgår inte av studien. Frågan gällde var man bodde innan man påbörjade sina studier och andra alternativ gällde större eller mindre städer i Sverige (Bullock 2005). Hjern (2004) fann en ökad risk för att ha varit vårdad på sjukhus för narkotikarelaterad diagnos bland personer med utländsk bakgrund. Störst risk fanns bland dem från Östeuropa. Riskerna minskade dock efter kontroll för olika sociala faktorer, vilket talar för att det snarast är socioekonomiska skillnader som bidrar till den ökade risken för utlandsfödda. Byqvist (2005) fann dock att andelen kvinnor med skadligt bruk av narkotika var något lägre bland utlandsfödda kvinnor i slutet av 1990-talet. Frågan om bruk av narkotika i olika etniska grupper är komplex genom att både sociala, socioekonomiska och kulturella faktorer vägs samman. Det är alltså svårt att veta vilken faktor som är viktigast och för det förebyggande arbetet är det också svårt att väga insatser med hänsyn tagen till respekten för kulturella olikheter och deras betydelse för livskvalitet och sammanhållning inom en viss etnisk grupp. Möjligheten att få arbete är central för att bli delaktig i ett samhälle dit man invandrat eller flytt av någon orsak. Att synliggöra bruk av narkotika är emellertid viktigt för att undvika negativa cirklar. I en kartläggning av katbruk bland somalier i Göteborg fann man att 33 procent av de 122 individerna som ingick i undersökningen hade någon gång testat kat och att 9 procent använde kat vid tiden för undersökningen (De Cal & Söderlund 2007). Användningen var vanligare bland män än bland kvinnor.

Det finns betydande könsskillnader i bruk och skadligt bruk av narkotika.

Vad innebär ett genusperspektiv?

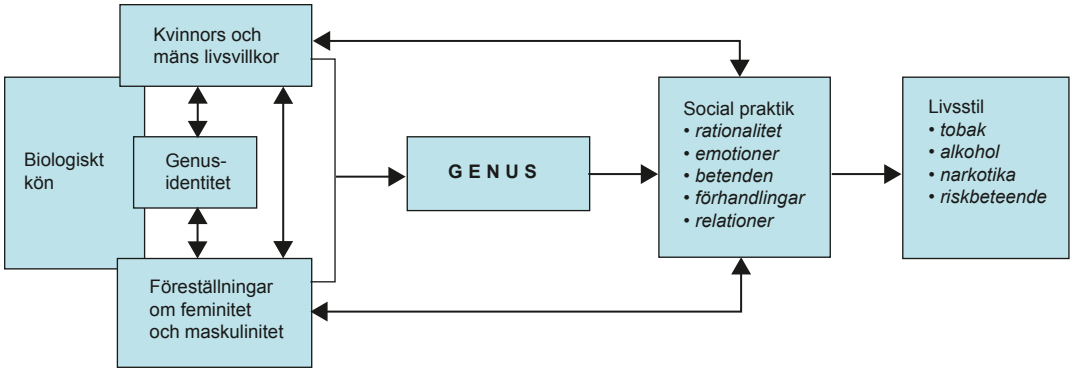
Det finns som framgått ovan betydande könsskillnader i bruk och skadligt bruk av narkotika med undantag för att skillnaden i andelen som någon gång testat narkotika (vilket i praktiken oftast handlar om cannabis) är liten bland flickor och pojkar i årskurs 9 och årskurs 2 på gymnasiet. Hälsostatistik uppdelad på kvinnor och män utgår från kön som en biologisk kategori och från kön som en sorterande princip (Hammarström 2004). Biologiska könsskillnader kan vara relevanta och intressanta att studera men med ett genusperspektiv problematiseras könsskillnaderna med utgångspunkt i en förståelse av kön inte

enbart som en biologisk utan också som en social och kulturell kategori. Genus, det socialt och kulturellt formade könet, låter sig inte lika enkelt avgränsas som biologiskt kön, men att dela upp kön och genus som två begrepp kan vara användbart som pedagogiskt redskap. Empiriskt och teoretiskt kan det emellertid vara svårt att renodla och helt särskilja kön och genus. Vissa forskare skriver kön/genus för att markera problematiken. Genus som begrepp har fått stor genomslagskraft i Sverige men används i mycket liten utsträckning i norsk forskning där kjønn betecknar både det svenska kön och genus. I medicinsk forskning har ”gender” nästan helt ersatt ”sex” som term för både biologiskt kön och för socialt och kulturellt format kön.

Vad innebär det då att utgå från ett genusperspektiv? Mycket förenklat innebär det att problematisera hur materiella, sociala och kulturella strukturer såsom mäns och kvinnors livsvillkor och föreställningar om kön och genus påverkar och påverkas av mäns och kvinnors genusidentitet och sociala praktik (Walby 1990, Connell 2003, McNay 2003, Hammarström m.fl. 2004). Genusidentitet kan beskrivas som individens egen upplevelse och uppfattning om sig själv som kvinna eller man i vilket ingår en förståelse och upplevelse av femininitet och maskulinitet i psykologisk och kulturell bemärkelse (Hensing 2003, Hensing m.fl. 2003). I genusidentitet ingår också en föreställning om hur femininitet och maskulinitet kan, får och bör uttryckas i en viss kultur. Modellen i figur 1 illustrerar hur biologiskt kön, livsvillkor, föreställningar och genusidentitet bidrar till att forma genus. Genus gestaltas i social praktik som kan ses som ett uttryck för individens anpassning eller ifrågasättande av kulturella föreställningar om hur män och kvinnor bör leva sina liv. Livsstilsrelaterade beteenden är en del av den sociala praktiken och såväl kvinnors som mäns livsvillkor som kulturella föreställningar om kön kommer att påverka social praktik och livsstil. Och naturligtvis kommer också den sociala praktiken och livsstilen att påverka de kulturella föreställningarna och mäns och kvinnors livsvillkor.

Genusidentitet kan beskrivas som individens egen upplevelse och uppfattning om sig själv som kvinna eller man.

Det finns alltså ett slags ”kretslopp” i hur genus formas och praktiseras. Enskilda individers beteenden kommer att forma de kulturella föreställningarna om vad män och kvinnor gör i en viss kultur, vilket också bidrar till förändringar i synen på kvinnor och män. Flera forskare har lyft fram att det finns en rad goda skäl för att studera bruk av alkohol och narkotika ur ett genusperspektiv (Room 1996, Wilsnack 1997, Hensing 2003, Byqvist 2005, Laanemets 2007, Rödner m.fl. 2007). Alkohol och narkotika är en del i det sociala samspelet mellan könen,



Figur 1. Genusstrukturen – hur materiella, sociala och kulturella villkor och föreställningar samspelar med biologiskt kön och genusidentitet och påverkar och påverkas av social praktik och livsstil.

synen på bruk och skadligt bruk varierar om det är en man eller kvinna som brukar, konsekvenserna av bruk och skadligt bruk ser olika ut hos män respektive kvinnor och bruket är också en del i hur genus konstrueras både som föreställning och som social praktik. Genusperspektivet är i något högre grad utvecklat i alkoholforskningen, men i studier av narkotika är det fortfarande mycket lite förekommande.

Utvecklingen av genusforskningen

Genus- eller snarare kvinnoforskningen inom narkotikaområdet inleddes under 1970-talet med en kritik av hur kvinnor med omfattande, skadligt bruk av narkotika och deras särskilda behov osynliggjordes. Kritiken var densamma som kvinnoforskare lyft fram inom en rad andra områden (Hammarström 2004, Hammarström m.fl. 2004). Statistik och resultat presenterades inte könsuppdelat. Slutsatser och rekommendationer baserades ofta på studier utförda enbart bland män. Behandling, rehabilitering och prevention hade mannen som norm och man missade därmed för kvinnor viktiga frågor som graviditet, barn och skadligt bruk, sexuella övergrepp i barndomen som bidragande till utveckling av skadligt narkotikabruk och sambandet mellan skadligt bruk av narkotika och prostitution. Kritik riktades också mot att kvinnor och män behandlades på samma avdelningar, vilket kunde leda till att kvinnor med tidigare sexuella trauman utsattes på nytt.

Viktigt i många kvinnospecifika behandlingsprogram har varit att både lyfta fram specifika kvinnliga erfarenheter, eller erfarenheter som

i alla fall är vanligare bland kvinnor än män, och att arbeta med kvinnors självkänsla, självförtroende och självständighet. Man har i behandlingen velat medvetandegöra kvinnorna om att genusbaserade föreställningar och livsvillkor leder till en kvinnlig underordning vars mönster kan vara svåra att bryta, men som om de synliggörs kan ge den enskilda individen ökad egenmakt. Emellertid krävs både kunskap och envishet för att arbeta genusmedvetet och en del av den tidiga kritiken av vården är i stor utsträckning relevant även idag (Mattsson 2005). Flickor och unga kvinnor med problem är mycket utsatta och har vissa specifika behov genom denna utsatthet relaterade till sexualitet, graviditet och finansiering av bruket. Idag finns också en kritik mot behandling som är specifik för kvinnor då man menar att snarare än att göra kvinnor medvetna om de olika samhälleliga villkor som män och kvinnor har, fokuserar behandlingen på att göra om kvinnorna till en välanpassad kvinnlighet (Mattsson 2005).

Intressant är att en genusmedvetenhet med utgångspunkt i kvinnors behov ofta leder till insikter om hur mäns behov och motivation påverkas av stereotypa föreställningar om kön och genus. Ett exempel är en studie där man inkluderade frågor om faderskap och identifierade betydelsen av att vara pappa och viljan att åter bli en bra pappa som motivationsskapande bland män (Leissner & Hedin 2002). Tidigare har föräldrarollens betydelse framförallt lyfts fram i behandlingen av kvinnor. Den könsspecifika forskningen som lyfter fram kvinnors behov kan alltså bidra till att nya frågor ställs till och om män och skadligt bruk av narkotika.

Maskuliniteter och förhållandet till hälsa

Ett skäl till könsskillnaden i bruk av alkohol och narkotika är förstås att kvinnors bruk har begränsats genom en kulturellt mer restriktiv hållning till kvinnors konsumtion av alkohol och narkotika (Room 1996, Wilsnack 1997, Eriksen 1999). Ett annat är att kvinnor haft huvudansvar för omsorg om barn och i mindre utsträckning än män varit rörliga genom arbeten som kräver resor eller vistelser på andra orter (Walby 1990, 1997). Sådan rörlighet ger ökad frihet och fler tillfällen att exponeras för alkohol och narkotika. Kvinnor har inte heller haft samma ekonomiska självständighet som män – de har haft lägre inkomst och ofta har män kontrollerat kvinnors ekonomi. I länder som Sverige, Norge och Finland har kvinnor numera en från män mer

ekonomiskt oberoende ställning och ett jämställdhetsideal är utbrett bland både män och kvinnor. Det är också i dessa länder som könsskillnaden i alkoholkonsumtion och att ha testat framförallt cannabis är som lägst i Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2005, Bloomfield m.fl. 2006, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk 2007, CAN 2007a, CAN 2007b). Kvinnors förhållande till alkohol och narkotika påverkas alltså av olika materiella (bättre och mer oberoende ekonomi), sociala (delat ansvar för omsorg om barn) och kulturella (förändrade normer) faktorer. På liknande sätt är mäns förhållande till alkohol och narkotika påverkat av materiella, sociala och kulturella faktorer.

Maskuliniteter är ett begrepp som används för att beskriva kulturella föreställningar om män och manlighet.

Maskuliniteter är ett begrepp som används för att beskriva kulturella föreställningar om män och manlighet (Connell 2003). Det används i pluralis eftersom det inte finns en maskulinitet gemensam för olika kulturer och historiska perioder. Snarare finns det en rad olika sociala praktiker, som kan uppträda parallellt och inbördes påverka varandra. Maskulinitet utmärks (liksom femininitet) av att det har en social lokalisering, det vill säga att det är en social plats där både män och kvinnor kan uppehålla sig. Kvinnor såväl som män kan alltså ”göra” maskulinitet. För det andra är maskulinitet en uppsättning karaktäristika och praktiker vilka uppfattas som maskulina i ett visst kulturellt och historiskt sammanhang. Exakt vilka karaktäristika detta är kan vara svårt att identifiera och de är som regel mer synliga för oss i andra kulturer än den egna. Olika studier har gjorts där man låter män och kvinnor skatta om man anser att olika karaktäristika är maskulina, feminina eller neutrala och vissa genomgående drag tycks stå sig över tid (Visser 1996). Enligt en amerikansk maskulinitetsforskare är dessa fysisk och psykisk kontroll, självständighet, aggressivitet och fysisk dominans, ändlöst sexuellt intresse och föreställningar om att man är osårbar (Courtenay 2000). Kontroll, självständighet, dominans och att inte vara sårbar återkommer också i andra studier som maskulint kodade karaktäristika (Visser 1996). Maskulinitet utmärks för det tredje av att när dessa karaktäristika och praktiker förkroppsligas eller tar gestalt genom en man, eller kvinna, har det vissa kulturella och sociala effekter (Connell 2003). En man som agerar i enlighet med den kulturellt etablerade föreställningen om maskulinitet i ett visst socialt sammanhang investerar i ett kulturellt kapital som stärker hans möjligheter på olika arenor.

Connell har etablerat begreppet ”hegemonisk maskulinitet” för att beteckna den mest dominerande och inflytelserika typen av maskuli-

nitet. Företrädare för den hegemoniska maskuliniteten är i västvärlden ofta vita, heterosexuella män i medelklassen. Connell introducerar en hierarki i maskuliniteterna genom att identifiera en viss maskulinitet i ledande maktställning. Den hegemoniska maskulinitetens funktion är något förenklat att legitimera den ordning som utmärker ett samhälle i form av hur olika sociala grupper positioneras i hierarkin. Andra maskuliniteter (och femininiteter) sido- eller underordnas i relation till den hegemoniska maskuliniteten. Detta har betydelse för hur skadligt bruk av narkotika etableras och upprätthålls i ett lokalsamhälle. Narkotika har en tendens att ”fastna” i grupper där den får en sammanhållande roll, vilken inte sällan innebär ett avståndstagande från det etablerade. Tolkningen av avståndstagande från det etablerade har ofta skett utan ett genusperspektiv och enbart med fokus på social avvikelse och utanförskap. Om etableringen av alternativa maskuliniteter inkluderas i förståelsen av en del unga mäns fascination inför narkotika och samvaron kring narkotika ger det oss ytterligare ett perspektiv ur vilket vi kan förstå narkotikabruket.

Bruk av narkotika – ett sätt att göra maskulinitet?

I en svensk studie av socialt integrerade narkotikaanvändare fann Rödner, Hansson och Olsson (2007) att både kvinnor och män i undersökningen använde narkotika för att det berikade deras inre liv men också deras sociala liv. Deltagarna framhöll att man fick nya erfarenheter och legitimerade sin narkotikaanvändning genom att framhålla att man har kontroll över sitt bruk och narkotikans överlägsna egenskaper i berusningen i jämförelse med alkohol. Författarna av rapporten noterar att de socialt integrerade narkotikaanvändarna inte såg sig som medlemmar i en oppositionell subkultur utan som vilka medborgare som helst med en vilja att bidra till arbete och samhälle. I ett avsnitt i rapporten tar man upp frågan om könsskillnader i narkotikavanor och vad de beror på. I rapporten citeras följande dialog:

> *Intervjuare*: Tror du att det finns nån annan orsak till att tjejer kan tänkas använda det mindre än killar?
> *Fredrik*: Njae ... det kanske skulle vara ... jag tycker att, varför dom bör använda det mindre skulle väl vara att ... av min egen erfarenhet, är att tjejerna har lite sämre psyke för att hålla på i

> samma takt som grabbarna. Och tjejer har jävligt lätt för att halka in på det här med rohypnol ... och det alldeles för mycket, men ... nä, jag kan inte säga nån direkt orsak till att dom inte håller på lika mycket som grabbarna.
>
> (Rödner m.fl. 2007, s. 44)

Det här citatet illustrerar föreställningar om kön/genus genom att Fredrik, som intervjuas, lyfter fram att tjejer inte har samma kontroll (lätt för att halka in) som grabbarna och att de inte är lika tåliga (sämre psyke). Att kvinnor har bristande kontroll och är mer lättpåverkade återkommer i andra citat. Kvinnor kan enligt flera informanter i rapporten inte hantera narkotika lika bra som män. Dessutom menar vissa informanter att kvinnors användning av narkotika omges med andra, mer negativa attityder.

> *David*: Nej, för att det anses mer fult att en tjej tar droger än en kille.
> *Intervjuare*: Så det är egentligen en killgrej det här ...?
> *David*: Ja, det anses så ... mycket. Att bara genom att ... att tjejer är mer lättpåverkade, med alkohol och sånt, så ses det mer fult för dom att ta droger.
>
> (Rödner m.fl. 2007, s.45)

I intervjuarens fortsatta samtal med David framkom att tjejer inte kan ta vara på sig själva under ruset, att de gör saker som de inte skulle ha gjort i vanliga fall. Han skulle själv inte vilja vara ihop med en tjej som ofta använder narkotika. I intervjuerna deltog också kvinnor och bland dem fanns en föreställning att männen använde narkotika både för ofta och för mycket. Orsaken till könsskillnaderna var enligt de kvinnliga informanterna att kvinnor var mer försiktiga och männen mer orädda.

Av citaten ovan kan man se att den generella bild av maskulinitet som olika forskare identifierat återkommer i svenska ungdomars föreställningar om kön och genus (Courtenay 2000, Connell 2003). Män har kontroll, är orädda och mindre sårbara genom att de är bättre på att hantera narkotika. Kvinnor som tar steget in på den manliga arenan lever inte upp till den manliga normen för hur narkotikan ska hanteras och de som väljer (eller dras in i) ett mer regelbundet bruk möts av en negativ attityd. Denna negativa attityd utgör i sig ett skydd för kvinnor både vad gäller att testa och att använda mer regelbundet. Å andra sidan leder den här negativa synen till att kvinnor som brukar narkotika

marginaliseras snabbare än män i motsvarande situation. Inom gruppen, oavsett om den är en oppositionell subkultur eller en mer socialt integrerad narkotikavänlig subkultur, kommer maskulinitet och femininitet att konstrueras i enlighet med traditionella kulturella föreställningar i vilka ingår en mer förlåtande syn på mäns bruk av narkotika och en mer dömande syn på kvinnors bruk (Mattsson 2005, Laanemets 2007). Den mer förlåtande synen på mäns bruk av narkotika kan skydda från en snabb marginalisering, men å andra sidan ger den män som grupp en större risk att börja använda narkotika genom den mindre stränga och dömande attityden till såväl alkohol som narkotika.

Hypermaskulinitet

Inom genusforskningen brukar man lyfta fram att konstruktionen av skillnad mellan män och kvinnor bidrar till att upprätthålla den genusordning som vårt samhälle och vår kultur kännetecknas av (Connell 2003, Hirdman 2003). På liknande sätt kan konstruktionen av skillnad mellan olika typer av maskuliniteter svara mot en ordnande struktur (Courtenay 2000, Connell 2003). Enligt Courtenay är hälsobeteenden ofta en del av den sociala praktik med vilken män signalerar sin sociala tillhörighet. Genom en viss social praktik i vilken ingår en för hälsan negativ livsstil tar man i vissa grupper avstånd från både femininitet och hegemonisk maskulinitet. När denna sociala praktik blir etablerad i gäng eller andra gruppbildningar benämns den av Courtenay för hypermaskulinitet.

Ett maskulinitetsperspektiv skulle kunna komplettera andra perspektiv i förståelsen av hur bruk och skadligt bruk av narkotika uppkommer och vidmakthålls.

Utmärkande för hypermaskuliniteten är att samtliga karaktäristika för maskulinitet (fysisk och psykisk kontroll, självständighet, aggressivitet och fysisk dominans, ändlöst sexuellt intresse och föreställningar om att man är osårbar) återkommer men uppförstorade och idealiserade, ibland till rena stereotypier. Hypermaskulinitet kan vara ett sätt att kompensera för social underordning. Det finns såvitt känt inte några svenska studier som har utgått från hypermaskulinitet och dess betydelse som sammanhållande kraft i grupper som använder narkotika, men för att förstå lojaliteten till gruppen och dess livsstil kan hypermaskulinitet var en intressant utgångspunkt. Ett maskulinitetsperspektiv skulle kunna komplettera andra perspektiv (socialt utanförskap, psykologiska och biologiska mekanismer, uppväxtvillkor med flera) i förståelsen av hur bruk och skadligt bruk av narkotika uppkommer och vidmakthålls.

Behandling som arena för konstruktion av genus

I en svensk doktorsavhandling från 2005 visar Mattson hur maskulinitetens uttryck inte problematiseras på de behandlingshem hon undersökte. Snarare förstärkte behandlingen vissa av (hyper-)maskulinitetens attribut såsom betoningen av en rå och burdus heterosexualitet. Män som inte representerade denna typ av maskulinitet eller sexualitet osynliggjordes enligt Mattson. Laanemets (2007) menar att livet som brukare av narkotika omges av myter om spännande liv som fri och oberoende. Föreställningar om den spännande, fria och normbrytande maskuliniteten som narkotikabrukaren gestaltar kan förstärka maskuliniteter på olika sätt också hos dem som behandlar. Mattsson fann en särskild gemenskap mellan männen på behandlingshemmet oavsett om de var brukare och behandlare. Vilken roll behovet av att upprätthålla ömsesidiga föreställningar om maskulinitet spelar i behandling har problematiserats i mycket liten utsträckning.

Mattson fann att på ett liknande sätt förstärkte behandlingen en traditionell femininitet, där kvinnlig underordning ingår som ett viktigt attribut. På behandlingshemmen sågs kvinnorna med narkotikaproblem enligt Mattson som rebelliska kvinnor i behov av korrigering:

> Kvinnornas missbruksproblematik förstås nu i termer av bristande femininitet och deras bristande kunskap inom områden som de som kvinnor förväntas behärska. Behandlingsarbetet rör sig på en nivå som riktar sig mot kvinnornas inre istället för att relatera dem till det samhälle som de lever i. När kvinnorna som vårdas ifrågasätts som kvinnor görs kvinnorna i personalgruppen till ”riktiga” kvinnor, eftersom det är de som definierar normen för hur en kvinna ska vara och hur femininitet ska uttryckas.
>
> (Mattsson 2005, s. 243)

Också andra forskare har fokuserat på hur kvinnor som brukar narkotika ses som rebelliska och okvinnliga (Eriksen 1999, Laanemets 2007). Laanemets menar att kvinnors bruk av narkotika kan vara ett sätt att skapa sig ett rum av frihet från sociala förväntningar av anpassning och av att vara till för andra. Paradoxalt nog verkar de sociala och kulturella mekanismerna emellertid i motsatt riktning. Kvinnorna blir

En genusmedveten behandling problematiserar hur kön och genus strukturerar samhället och den egna behandlingskulturen.

dubbla ”avvikare” enligt Laanemets genom att de avviker från den kvinnliga normen och genom att de är i minoritet bland dem med skadligt bruk av narkotika. Deras handlingsmöjligheter är och blir färre genom denna dubbla avvikelse.

Avslutande kommentarer

Konstruktion av genus är en pågående process och den återfinns i de två exempel som diskuterats i kapitlet bland de socialt integrerade narkotikabrukarna och i kultur och arbete på behandlingshemmen (Byqvist 2005, Mattsson 2005). Dessa kulturella föreställningar om genus och bruk och skadligt bruk av narkotika kan sägas skydda kvinnor i större utsträckning än män från att börja använda narkotika. I det preventiva arbetet kan det vara viktigt att ta med sig denna kunskap för att fundera över om konstruktion av maskulinitet kan användas som utgångspunkt i arbetet. För att inte riskera att förstärka föreställningar om genusordning krävs det att sådana ansatser problematiserar såväl maskuliniteters innehåll, konstruktion som deras roll i genusordningen och i sociala ordningar mellan män.

Delvis det motsatta förhållandet gäller vid skadligt bruk. Synen på maskulinitet skyddar män från marginalisering och särskiljandet från män utan problem är inte lika kraftfullt som för kvinnor med problem. Kvinnor blir dubbla avvikare och marginaliseringsprocesserna sker snabbare. För att undvika den typen av processer är det centralt att behandling och prevention är genusmedvetet genomförda. Ett genusmedvetet arbetssätt innebär att känna till vilka föreställningar om kön och genus som styr det dagliga arbetet. Ett steg mot en genusmedveten prevention och behandling är att öka kunskapen och förståelsen om hur genusbaserade processer genomsyrar föreställningar, strukturer och identiteter. Det kan ske genom ökad forskning inom området men också genom kunskapsspridning i organisationer och institutioner. Genusperspektivet inom narkotikaområdet har i det här kapitlet exemplifierats med två svenska studier vilka båda fokuserar på genus och relationen mellan individer. Genus har emellertid en politisk dimension. Connell (2003) framhåller vikten av att inkludera också denna dimension:

> Most discussions of gender concern the local: personal relations, identities, motherhood and child-rearing, family life, sexuality – and their pathologies, such as prejudice, domestic violence and rape. We have already seen reasons to go beyond this. It is impossible to understand personal relations without taking into account institutions, economies, mass communications and governments.
>
> (Connell 2003, s.97)

Den politiska dimensionen är relevant i ett avsnitt om bruk och skadligt bruk av narkotika ur ett genusperspektiv. Samhälleliga institutioner, ekonomier, medier och politiskt beslutsfattande på olika nivåer spelar roll för hur genus strukturerar och konstrueras. Den enskilda individen har alltid sin fria vilja och möjligheten till aktiva val, men att störa genusordningen kan innebära ett ifrågasättande från omgivningen och medföra sociala risker. Det krävs mod och medvetenhet av individer att störa ordningen oavsett om det är i den egna kamratgruppen eller i en arbetsgrupp på ett behandlingshem. Samhällets institutioner kan på olika sätt underlätta genom att ge sitt stöd för ett genusmedvetet arbetssätt, som ett komplement till andra perspektiv och utgångspunkter.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se.

Bullock, S. (2005). *Alkohol, narkotika och studentliv. En studie om attityder, tankar och användningen av alkohol och narkotika bland svenska högskole- och universitetsstudenter.* Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Byqvist, S. (2005). *Missbruksmönstret hos narkotikamissbrukare i Sverige. Könsskillnader och narkotikamissbrukande kvinnor i Sverige. Marginalisering och social belastning.* Stockholm, mobilisera.nu.

CAN (2007a). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm.

CAN (2007b). *Skolelevers drogvanor 2007.* Hvitfelt, T. & Fender, E. Stockholm.

Connell. R.W. (2003). *Gender*. Polity Press and Blackwell Publishing Ltd.

Courtenay, W.H. (2000). ”Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. ” *Social Science & Medicine* 50: 1358–1401.

ESPAD (2004). *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.* The ESPAD Report. Andersson, B., Hibell, B., Bjarnason, R., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, and Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men.* European Drug Situation. Technichal Data Sheet.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2007). *Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Årsrapport 2007. Lissabon.

Hjern, A. (2004). ”Illicit drug abuse in second-generation immigrants: a register study in a national cohort of Swedish residents. ” *Scand J Public Health* 32(1): 40–46.

Laanemets, L. (2007). *Navet. Om kvinnor, prostitution, metadon och subutexbehandling.* Malmö: Mobilisera mot narkotika. Narkotikapolitisk samordning och Malmö högskola.

Mattsson, T. (2005). *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården.* Lund: Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet.

McNay, L. (2003). ”Agency, anticipation and indeterminacy in feminist theory. ” *Feminist Theory* 4(2): 139–148.

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

Rödner, S., Hansson, M. m.fl. (2007). *Socialt integrerade narkotikaanvändare, myt eller verklighet? En studie av unga vuxnas narkotiaanvändande i Stockholmsområdet.* SoRAD Rapportserie. Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD.

Föräldrars betydelse för bruk och skadligt bruk av narkotika hos barn och unga

Christina Kadesjö

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Faktorer tidigt under ett barns uppväxt, såsom föräldrars uppfostringsstrategier, har betydelse för utveckling av problembeteenden. Därför måste preventiva insatser initieras långt innan allvarliga problem hos barnen etablerats.
- Breda generella insatser som leder till att färre unga experimenterar med droger är viktiga för att minska antalet barn/unga som kommer i kontakt med narkotika. För att förhindra missbruksutveckling hos dem med särskilt stor risk till exempel till följd av deras problembeteenden och/eller uppväxt i riskfyllda miljöer krävs dessutom genomtänkta selekterade preventiva insatser.
- Föräldrar har stort inflytande för ett barn under hela uppväxten men skolerfarenheter och kamratinflytande får efterhand allt större betydelse. Detta får konsekvenser för att preventiva insatser måste ha olika utformning beroende på barnets ålder.
- Det är ett starkt samband mellan tidig debut av narkotikaanvändning och senare skadligt bruk, varför preventiva åtgärder som syftar till att uppskjuta debut är angelägen.
- Föräldrars kännedom om vad deras barn gör utanför hemmet, deras monitoring, till exempel vilka kamratkontakter de har och i vilka miljöer som de exponeras för narkotika, är en avgörande faktor i narkotikapreventionen.
- Effekten av olika riskfaktorer på barns utveckling är kumulativ och riskfaktorer samvarierar med varandra varför preventiva insatser måste riktas mot faktorer i den unges olika livsområden: familj, skola, kamrattillhörighet och fritid.
- I preventivt arbete och behandlingsarbete är det angeläget att utveckla strategier för att verkligen nå de föräldrar och barn som bäst behöver dem.

Inledning

I samhällsdebatten ges ofta föräldrar skulden för att barn börjar använda narkotika. Även om forskning visar att föräldrar har stor betydelse är sambandet mycket mer komplicerat än vad debatten antyder. Det handlar om att vara föräldrar till ett visst barn med sina alldeles specifika förutsättningar, som har sin skolgång i en bestämd skola i en närmiljö med sina karakteristika som till exempel de jämnåriga som finns där.

Genom barns upplevelser i sin familj under uppväxten, föräldrars uppfostringsmönster och förmåga att möta ett barns kanske krävande beteende och vara delaktiga och stödjande i deras vardag skapas hos barnet en mer eller mindre stor motståndskraft mot negativ inverkan från kamrater, närmiljö och samhällsföreteelser.

Föräldrar spelar roll!

”Vi vet att tonåringar ofta protesterar mot sina föräldrars ansträngningar med att ha tydliga regler för att deras barn inte ska använda alkohol och narkotika, men vi vill betona – föräldrar ska inte ge upp med det. Även om det innebär spänningar mellan barn och föräldrar, så är det ändå viktigt för föräldrar att hålla fast vid detta”, ett uttalande riktat till föräldrar på nätet från den amerikanske preventionsforskaren Kosterman.

Preventionsforskning om narkotikabruk och skadligt bruk av narkotika och andra droger hos barn och ungdom har gett fog för detta uttalande genom att visa på föräldrars betydelsefulla roll för ungas debut av narkotikabruk. Ett inflytande som är stort också då man jämför den med det inflytande kompisar visats kunna ha (Velleman m.fl. 2005, Kumpfer m.fl. 2003). Vissa forskare menar att man till och med överdrivit jämnårigas inflytande vilket kan leda till att man undervärderar föräldrars möjligheter till påverkan.

Med begreppet ”för tidig tonårsautonomi” (Dishion m.fl. 2004) beskrivs, utifrån resultat av longitudinella studier, den ömsesidiga påverkan man iakttagit mellan föräldrar och tonåringar med högriskbeteende. Man såg att dessa föräldrar tenderar att minska sin inblandning i barnens vardag och även att de minskar sin ledarroll som förälder när de står inför de utmaningar som det innebär att konfronteras med sin tonårings problembeteende och kontakter med olämpliga kompisar.

Föräldrar till ungdomar utan högriskbeteenden anpassar sin grad av tillsyn till de förändringar som uppstår under ungdomstiden.

Även under barns tonårstid har föräldrar i sin funktion som vuxen med auktoritet en betydelsefull ledarroll i familjen. Om den rollen undermineras får det i allmänhet negativa resultat för barnen (Dishion m.fl. 1998). Barn och tonåringar behöver under sin uppväxt föräldrar som både förmedlar ömsint omvårdnad och ger ledning.

Även om unga inte tillstår att de accepterar att deras föräldrar har insyn i deras vardag har det betydelse att föräldrarna ändå har det. I en randomiserad studie mättes effekten av en metod som syftar till att öka föräldrars tillsyn eller monitorering (det saknas en direkt svensk översättning av det engelska/amerikanska begreppet monitoring, men det försvenskade ordet monitorering används av många kliniker som arbetar med föräldraträningsmetodik) av sina tonåringar med högriskbeteende. Tonåringarnas problembeteende minskade och man kunde visa att den ökande monitoreringen hade betydelse trots att man inte nödvändigtvis kunde ändra den unges acceptans av ökad tillsyn och övervakning (Dishion m.fl. 2003).

Ett exempel: Barack Obama

Barack Obama, de amerikanska demokraternas presidentkandidat i valet 2008, har skrivit om sin ungdomstid i en självbiografisk bok. Under gymnasieåren använde han marijuana och kokain. Barack Obama levde som tonåring i ett samhälle där narkotika var lättillgängligt (1970-talets USA), jämnåriga vänner använde narkotika, en del till och med tung narkotika. Hans uppväxtsituation var komplicerad och hans identitetsutveckling var inte helt lätt. Men han fortsatte inte med droger och löste inte sina problem med droger. Sannolikt för att han hade betydelsefulla skyddsfaktorer som vägde upp riskerna. Han hade en framgångsrik skolgång under gymnasiet och lyckade universitetsstudier och hans mamma hade också ansträngt sig för att han skulle lyckas med sin utbildning. Det var ett nätverk av engagerade betydelsefulla personer i hans familj (mormor, morfar och mamma), och han hade en stark anknytning till sin mor. Han beskriver hur mamman konfronterade honom med hans narkotikabruk och i boken framgår att han slutligen beslöt sig för att upphöra helt med narkotika.

Dessa episoder ur Barack Obamas liv illustrerar hur olika risk- och skyddsfaktorer kan påverka varandra och ha betydelse för att en ung människa börjar använda narkotika och för att, som i Baracks Obamas fall, undvika att fastna i ett skadligt bruk. Det är också en relativt hög

andel av de tonåringar som prövar alkohol eller andra droger som inte utvecklar skadligt bruk eller drogrelaterade problem (Hawkins m.fl.1992). Det finns idag en ökande evidens för att familjen spelar en nyckelroll både för att förhindra att narkotikabruk uppstår och i andra fall öka risken för att en ung människa hamnar i missbruk (Velleman m.fl. 2005). Familjens inflytande uppstår naturligtvis inte i ett vakuum utan samverkar med faktorer inom individen, inflytande från jämnåriga liksom samhälleliga och omgivningsfaktorer (Velleman m.fl. 2005).

Föräldrars roll för barnets utveckling under barndomen och tonåren

För att förstå föräldrars betydelse för utveckling av problembeteenden hos barn och unga och därmed också strategier för preventivt arbete, behöver man se på vilken roll föräldrar spelar för sina barn i olika utvecklingsskeden och för hur barn och ungdomar ska klara de utvecklingsuppgifter de står inför under sin uppväxt.

Misslyckande med att uppnå utvecklingsuppgifterna på en åldersnivå medför att det är svårare för barnet att framgångsrikt klara kommande utvecklingsuppgifter. Det kan innebära en kumulativ risk av misslyckanden som också anger betydelsen av att preventiva insatser når barn i tidiga utvecklingsskeden.

Späd- och småbarnstid

Under de första uppväxtåren, framför allt under det första levnadsåret är barnets utvecklingsuppgift att knyta an till sina omsorgspersoner samtidigt som det sker en snabb motorisk och språklig utveckling. För att föräldrarna ska kunna tillgodose barnets behov av omsorg kring trygghet, sömn, vakenhet, mat och skydd måste man som förälder vara tillgänglig för sitt barn och kunna tolka barnets signaler. Barnet måste få upplevelsen av att det med sina signaler kan få uppmärksamhet från en förstående och förutsägbar omgivning som stimulerar att det är meningsfullt att försöka uttrycka sig och att samspela. Barnet behöver efterhand utveckla sitt språk och sin motorik för att själv kunna ta initiativ.

Belastningar på föräldrar som hindrar deras föräldrauppgifter bör vara i fokus så att onda cirklar inte uppstår i samspelet mellan barn och deras föräldrar.

Ett barn som är rastlöst, som blir lätt irriterat och skrikigt, det vill

säga ett barn som har ett svårhanterligt temperament, ställer extra krav på föräldrars förmåga till tålamod och uppmuntran. Det bidrar starkt till det bemötande barnet får från sin omgivning och till att onda cirklar kan bildas och upprätthållas. Det lilla barn, som har svårt att finna ro och stabilitet i tillvaron och som snabbt blir splittrat, behöver vuxnas hjälp till struktur och trygghet. Varken tillsägelser eller ilska mot barnet minskar barnets splittring, snarare tvärtom.

Det lilla barnet behöver föräldrar som orkar, kan och har tid att vara tillgängliga för det. Belastningar på föräldrar som hindrar deras föräldrauppgifter bör därför vara i fokus för att förhindra att onda cirklar uppstår i samspelet mellan barn och deras föräldrar.

Förskoleåldern

Barnets huvudsakliga utvecklingsuppgifter i förskoleålder handlar om kognitiv och känslomässig utveckling som också tydliggör vad som är föräldraskapets uppgifter i detta utvecklingsskede. Genom förälderns positiva uppmärksamhet av barnets vilja och dess initiativ till aktiviteter, stöttas barnets utveckling mot autonomi och tilltro till sin egen förmåga. Lyhörda föräldrar som verbalt vägleder och resonerar lär barnet regler för social interaktion. Föräldrar som tål och som kan hantera barnets ilska och frustrationer hjälper det att utveckla förmågan att möta och lösa problem och hantera motstridiga viljor. Normer för acceptabelt beteende etableras via förälderns uppmuntrande fokus på barnets prosociala beteenden. Under dessa år grundläggs den kompetens som blir en bas för barnets självuppfattning, sociala förmåga och dess förmåga att reglera sina affekter, impulser och beteenden.

Den så kallade ”coercion theory” som utvecklats av forskargruppen runt Gerald Patterson (Reid m.fl. 2002) i Oregon, USA, beskriver hur barn och föräldrar kan fastna i ett tvingande samspel som präglas av positiv förstärkning av negativa samspelsinitiativ. Ett barn med benägenhet att snabbt reagera på frustrationer och oförrätter med protester, möter ofta den vuxnes krav med trotsigt avståndstagande. Om den vuxne inte orkar svara på barnets reaktion utan ger upp sina krav för att få lugn i stunden, är det risk att det blir ett mönster för föräldra-barnsamvaron. Barnet upplever att skrik, protest, trots och fientlighet gör att det slipper ifrån kraven och får som det vill i stunden. Förälderns uppgivenhet inför barnets svar blir som en positiv förstärkning på dess undvikande och negativa beteende.

Det är stor risk för att det också blir ett mönster för barnets sätt att samspela med andra barn och att det lätt hamnar i slagsmål och upp-

Det lilla barnet behöver föräldrar som orkar, kan och har tid att vara tillgängliga för det.

fattas lätt bli argt, destruktivt och oberäkneligt av de andra. Det hamnar utanför i gruppsituationer och får inte den erfarenhet av socialt samspel som lek med jämnåriga utgör för att utveckla sociala färdigheter och självreglering.

Det har visat sig utmanande och svårt att förändra dessa samspels-

mönster. Föräldrar och andra omsorgsgivare har en betydelsefull roll i att lägga tillrätta förhållanden så att lek och samvaro med andra barn inte kommer att präglas av misslyckanden, konflikter och att de blir avvisade av välfungerande barn.

Tidig skolålder

I tidig skolålder tillkommer som viktiga utvecklingsuppgifter att barnet ska anpassa sig till skolan som social arena med nya typer av krav och förändringssituationer. Skolstarten innebär anpassning till skolans miljö (till exempel att behöva samspela med många andra barn och vuxna) för både barn och föräldrar. De kognitiva, affektiva och sociala färdigheter som förhoppningsvis internaliserats i barnet under förskoleåldern ska nu tillämpas i den sociala kontext som skolan utgör och efterhand också i närsamhället. Förutom familjen blir lärare och jämnåriga viktiga för barnets socialisering.

Barnet ska nu möta en växande mängd krav på prestationer. Krav på att de ska klara skoluppgifter, på att de har en sådan social kompetens som gör att de bli populära i gruppen liksom uppfattade på ett positivt sätt av vuxna. De förväntas kunna hävda sig i sport och tävlingsbetonade situationer liksom att våga göra saker på egen hand utanför familjen. Under prepubertet möter barnet nya utmaningar till följd av både kroppsliga förändringar och krav på att förhålla sig till olika hierarkier bland jämnåriga. För det barn som inte har optimala förutsättningar för allt detta, till exempel genom bristande sociala färdigheter eller förmåga till självreglering, blir föräldrarna särskilt viktiga, både för hjälp till utveckling av färdigheter och som skydd mot misslyckanden. Föräldrars möjligheter till tillsyn och uppfostringsstrategier under dessa utvecklingsstadier blir dock alltmer komplexa då de inte längre är ensamma som påverkare av barnets socialisering. Barnet får ett ökande avstånd till sina föräldrar och en mer självständig samvaro med jämnåriga vilket föräldrarutinerna måste inbegripa i denna ålder.

Tonårstid

En del av de huvudsakliga utvecklingsuppgifterna i tidiga tonår är tillägnandet av mer mogna sociala färdigheter för att nå ett emotionellt oberoende av föräldrar samt förberedelse för vuxenliv med realistiska val och ambitioner för till exempel utbildning. Tonårstiden karaktäriseras av eskalering av konflikter mellan föräldrar och tonåringar och

ökad orientering mot och identifiering med jämnåriga. En måttlig konfliktnivå mellan förälder och tonåring utgör en positiv funktion för den unges utveckling eftersom det understödjer att tonåringen lär sig regler för socialt samspel, att ge och ta, vilket är grunden för att lösa motsättningar och att hantera konflikter på ett alltmer moget sätt. En hög konfliktnivå i familjesamvaron resulterar däremot ofta i frikoppling från familjen och en ökande benägenhet till anknytning till avvikande vänner. Därmed ökar risken för både normbrytande beteende och narkotikabruk.

Tonåringar exponeras också ännu mer än i yngre ålder för bredare socialisationsprocesser från jämnåriga och andra vuxna (till exempel lärare). Föräldrarnas uppgifter blir därmed än mer komplexa. De ska ha tillsyn över den unge samtidigt som de måste acceptera och uppmuntra självständighet och kunna ”släppa taget”, vara en stabil vardagsbas för den känslomässigt turbulente tonåringen och ha uppfostringsstrategier med krav anpassade till behoven hos en tonåring. Under dessa utvecklingsskeden ställs krav på föräldrars intresse för och förmåga till att söka kunskap och insyn in i de olika arenor den unge befinner sig på. De ska kunna ha en beredskap att ingripa när det är påkallat, samtidigt som de ska kunna lyssna till den unges perspektiv.

Det är i tonåren som många barn för första gången exponeras för narkotika och därmed också situationer som mer eller mindre ställer krav på deras eget ställningstagande. Det gäller inte minst inför mötet med andra ungdomar som använder narkotika. Detta vet sällan föräldrar om men det visar på behovet av föräldrars delaktighet i barnens vardag och behovet av adekvat tillsyn.

När de börjar gymnasiet, möter unga individer ytterligare utmaningar i form av ökade förväntningar att självständigt kunna organisera inlärning och förhålla sig till nya sociala konstellationer. De möter fler situationer där det finns narkotika och ungdomar som använder narkotika.

Unga vuxenår

En speciellt utmanande situation i sena tonåren är att flytta hemifrån för första gången utan föräldrars övervakning, kanske för att börja på universitet eller andra utbildningsinstitutioner. När unga människor kommer in i yrkeslivet eller flyttar ihop med en partner, konfronteras de på nytt med nya utmaningar och stressande belastningar där färdigheter tillägnade i tidigare utvecklingsskeden ställs på prov och nya risker för missbruk uppkommer. Men dessa utmaningar kan också

Ålder	Utvecklingsmiljöer och betydelsefulla aktörer			
0–1 år fosterstadiet/ spädbarn	Hemmet: mamma/ föräldrar			
1–2 år småbarn	Hemmet: föräldrar			
2–6 år förskolebarn	Hemmet: föräldrar	Förskola: pedagoger		
6–12 år skolbarn	Hemmet: föräldrar	Skola: vuxna, jämnåriga	Fritidsaktiviteter (strukturerade, ostrukturerade): kamrater, andra vuxna	
12–18 år ungdomsåldern	Hemmet: föräldrar	Skola: vuxna, andra ungdomar	Fritidsaktiviteter (strukturerade, ostrukturerade): kamrater, andra vuxna	Ungdomsmiljöer: jämnåriga, ungdomskultur internet, media

Växande betydelse med ålder

Figur 1. Utvecklingsmiljöers och betydelsefulla aktörers roll för barn i olika åldrar.

vara skyddande när de ger möjligheter för unga individer att växa då de strävar mot mål och intressen de själva definierat.

Sammanfattning: Bestämningsfaktorer i olika åldrar

Medan familjen är den primära påverkansfaktorn för barnet under tidig barndom, så får skolkontexten allt större betydelse under senare barndom och kamrater blir speciellt viktiga under tonåren. Men forskningen visar att föräldraskapet kvarstår som viktig risk- och skyddsfaktor under hela uppväxten och därmed som en viktig måltavla för intervention också under tonåren (Henry m.fl. 2001). Betydelsen av andra riskfaktorer varierar däremot under uppväxten som till exempel kamraters inflytande som blir mer märkbart under prepubertet och i

tonåren, speciellt för de barn som har komplicerade eller svaga band till sin familj.

Sammantaget visar denna genomgång att en ogynnsam utveckling ofta kan starta tidigt i ett barns liv. Vad barn upplevt i sin familj under uppväxten får betydelse för deras sätt att vara, deras beteende. Om det är ett barn med brister i sin kapacitet för självreglering, som snabbt reagerar med aggressivitet vid frustration, som har svaga sociala färdigheter, får det svårt att bli omtyckt av andra barn och riskerar att bli avvisat av välfungerande barn. Det misslyckas oftare än andra i skolan och får alltmer en bristande tilltro till sin egen förmåga att kunna påverka sitt liv. De avvisade barnen tenderar att knyta an till andra barn som också blivit avvisade på grund av sitt beteende. Om det då i tidiga tonår är frikopplat från familjesfären ger den negativa kompisgruppen tillhörighet och skapar en ny mening med tillvaron. Gruppen förmedlar att det är acceptabelt och till och med att det ger status med asociala handlingar och även bruk av narkotika. Man vet att debut av bruk av narkotika och andra droger före 15 års ålder är en av de allvarligaste prognostiska indikatorerna för framtida skadligt bruk (Robins m.fl. 1985). Därför är tidiga tonår en kritisk utvecklingsperiod för preventiva insatser, inte minst sådana som via ökade föräldrafärdigheter kan påverka tonåringens problembeteende och experimenterande med droger.

Debut av bruk av narkotika och andra droger före 15 års ålder är en av de allvarligaste prognostiska indikatorerna för framtida skadligt bruk.

Genom att fokusera på ett barns riskfyllda utvecklingsbana kan man påvisa att preventionsinsatser måste ingripa tidigt i ett barns utveckling för att stärka skyddsfaktorer och minska risker långt innan mer allvarliga problembeteenden etablerats (Vimpani 2005). Om man väntar till tonåren med att ge insatser till de barn som tidigt visat riskbeteenden, är det svårare att hindra fortsatt allvarlig problemutveckling då deras attityder och beteenden i tonåren är mer etablerade och då svårare att ändra.

Några centrala familjefaktorer av betydelse för narkotikamissbruk som framkommer i forskningsöversikter

I en översikt har Velleman och kollegor (Velleman m.fl. 2005) lyft fram sju områden av särskild betydelse för föräldrars inflytande på barnets beteende i förhållande till narkotikabruk: familjerelationer, familjesammanhållning, kommunikation inom familjen, föräldrar som modeller för sina barn, uppfostringsstrategier, föräldrars övervakning samt påverkan från familj/vänner.

Familjerelationer, familjestruktur och ekonomiska förhållanden

Hur relationerna inom familjen fungerar och dess kvalitet (till exempel sammanhållning, uppfostringsstrategier, kommunikation) förefaller ha större betydelse än familjens struktur (till exempel ensamstående föräldrar, storlek på familjen, ordning i syskonskaran) som riskfaktor för narkotikabruk. Hawkins (Hawkins m.fl. 1992) framhåller till exempel att barn som är uppfostrade i familjer som har mycket konflikter visar sig ha risk för både normbrytande beteende och narkotikabruk.

Samtidigt finns det evidens för att familjeförhållanden som innebär belastningar på föräldrarna (fattigdom, ensamstående förälder, familjestorlek, sociala/psykiatriska problem i familjen), som gör att de inte har tid, möjligheter och ork för närvaro och närhet till sina barn under kritiska skeden av barnens uppväxt, har betydelse för utveckling av normbrytande beteende. De strukturella förhållandena får betydelse genom att de påverkar kvaliteten i relationen mellan föräldrar och barn.

Familjesammanhållning

Närheten mellan förälder och barn under barnets uppväxt liksom positiva familjerelationer som präglas av att föräldrar är involverade i det barnen gör har visats kunna motverka val av negativa vänner liksom inställning till narkotika och andra droger. Flera studier visar att hög grad av sammanhållning inom familjen motverkar att barn börjar använda alkohol, cigaretter och marijuana.

Från Hawkins översikt kan man dra slutsatsen att samspel mellan föräldrar och barn som däremot karaktäriseras av brist på närhet och brist på föräldrars involvering i barnens vardag har samband med att barnen inleder bruk av narkotika.

Att tycka om och att vilja vara som sina föräldrar och att det råder en hög nivå av samarbete i familjen har identifierats som viktiga faktorer för familjesammanhållningen. Positiva familjeband har också betydelse för att barns engagemang i sin skolsituation och för att tonåringar ska bry sig om sin utbildning.

Utifrån resultaten i en prospektiv studie gjorde forskarna tolkningen att låg sammanhållning i familjen medför risk för avvikande beteendeproblem i tonåren genom att föräldrarna inte har tillräckligt med inflytande för att kunna kontrollera sina barn, speciellt när det gäller sådana beteenden som modelleras i hemmet.

Kommunikation i familjen

Bristande kommunikation mellan barn och föräldrar med otydligt uttalade förväntningar på barnens beteende, inkonsekvent uppfostran, höga nivåer av negativt samspel och många familjekonflikter har visats predicera risk för skadligt bruk av narkotika, normbrytande beteende och uppförandestörningar. Effekten av negativa konsekvenser från föräldrar (till exempel skäll och kritik) på 11–15 år gamla barn är i sig negativa. Ju mer negativa konsekvenser barnet fått ta emot, desto större var sannolikheten för att tonåringar skulle starta eller fortsätta narkotikabruk. Å andra sidan kan regelbunden kommunikation med värme och tillgivenhet, stödjande av barnets kompetenser, framförande av tydliga prosociala förväntningar, tillsyn och enhetliga, konsekventa och rimliga uppfostringsstrategier, hindra problembeteende hos barn.

Även kommunikationen om narkotika och attityder till narkotika inom familjen har visats vara viktig. En studie av föräldrar och barn från tre gymnasier i Wales visade att medan båda grupperna (föräldrar och barn) trodde att de kunde kommunicera om droger, så fann man bristfällig överrensstämmelse om det hade skett eller inte. Medan 93 procent av föräldrarna trodde att de redan hade diskuterat ämnet med sina barn, så upplevde endast 46 procent av barnen att det faktiskt hade skett.

Projekt som syftar till att involvera föräldrar i drogprevention, till exempel National Survey of Drug Use and Health i USA och en omfattande australiensisk undersökning, beskriver att det är ett samband

mellan att föräldrar kommunicerar sitt ogillande av narkotikabruk och efterföljande skadligt bruk eller inte.

Uppfostringsstrategier och attityder

Om föräldrar aktivt har en drogfri livsstil och förmedlar starkt negativa attityder till narkotika har det stor betydelse för att avskräcka deras barn från skadligt bruk av narkotika.

CASA (National Center on Addiction and Substance Abuse) vid Columbia University i USA har tydligt visat att tonåringar vars föräldrar är ”hands-on”, praktiska och handlingsinriktade, engagerade i sina tonåringars liv, har tillsyn över dem, upprätthåller regler och normer för beteende, har en fjärdedels risk för drogmissbruk jämfört med barn som växer upp i hem där föräldrarna är mindre engagerade i sina barn. Man har till exempel funnit att ju oftare som barnet äter middag tillsammans med sina föräldrar, ju mindre är sannolikheten för att de ska röka, dricka och använda narkotika. Även en tonåring med en ensamstående förälder som är ”hands-on” har lägre risk för att missbruka narkotika jämfört med genomsnittstonåringen som lever med två föräldrar. Olyckligtvis blir många familjer mindre ”hands-on” när deras barn blir äldre, trots att risken för droganvändning ökar med stigande ålder.

I översikter av föräldraträning lyfter man fram att användningen av konsekventa och enhetliga uppfostringsstrategier kan öka sammanhållningen i familjen och minska normbrytande beteenden hos barn inklusive missbruk. Föräldrar som saknar effektiva färdigheter för att leda familjen är sämre rustade för att skydda sina barn från negativt inflytande från jämnåriga.

Både utpräglat auktoritär och alltför tillåtande föräldrastil har visats vara associerat med en tidigare debut av alkohol och narkotikabruk. Brist på konsekvens eller struktur och en tendens till att pendla mellan överdrivet tillåtande och fysisk eller verbal aggressivitet har setts vara betydelsefullt för problemutveckling (Baumrind 1989). Som kontrast tenderar föräldrar som är mottagliga, ställer krav och har en upplevelse av egen effektivitet och kompetens som föräldrar, att ha barn som har lägre sannolikhet för att bli engagerade i en rad beteenden av dåligt uppförande, inkluderande narkotikabruk.

Föräldrars beteende som förebild

Narkotikabruk hos föräldrar eller andra familjemedlemmar (framför allt äldre bröder) under ett barns uppväxt är genom modellering en

Föräldraskapet kvarstår som viktig risk- och skyddsfaktor under hela uppväxten och därmed som en viktig måltavla för intervention också under tonåren.

riskfaktor för att barn tidigt ska inleda bruk av samma drog. Studier visar att såväl föräldrars attityder till narkotikabruk som föräldrars eget beteende i förhållande till narkotika är viktiga faktorer för att tonåringar börjar använda alkohol, cigaretter och marijuana. De tonåringar som börjar använda en specifik drog vid låg ålder har oftare föräldrar som mindre ofta varnat för att använda den eller som själva har en positiv attityd eller till och med använder den.

Föräldrar visar vägen genom att vara exempel själva. Om föräldrar aktivt har en drogfri livsstil och förmedlar starkt negativa attityder till narkotika har det stor betydelse för att avskräcka deras barn från skadligt bruk av narkotika. En studie fann att tonåringar som trodde att deras föräldrar skulle bli ”extremt upprörda” om de använde marijuana har en tredjedels risk jämfört med dem som säger att deras föräldrar ”inte skulle bli särskilt upprörda”. Föräldrar som har ambivalenta attityder i förhållande till narkotikabruk och som själva har ett skadligt bruk av narkotika utsätter sina barn för större risk och kan inspirera sina barn att upprepa deras eget mönster av narkotikabruk.

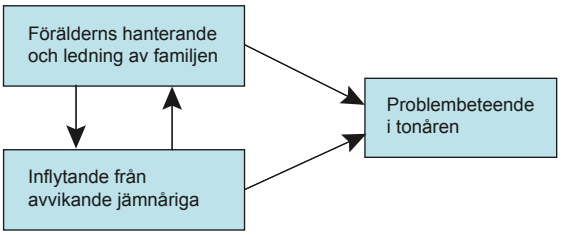
Trots vad forskningen säger tycks många föräldrar sakna förståelse för sin egen betydelse eller hur viktiga de är som förebilder för sina barns beteenden. Det borde vara en prioriterad uppgift att lära föräldrar hur deras eget beteende kan påverka ungdomars användning av narkotika.

Övervakning från föräldrar

Det engelska begreppet monitoring handlar om föräldrarnas kännedom om den unges aktiviteter och deras förmåga och vilja att påverka innehållet i vad den unge håller på med för att därigenom påverka den unges utveckling.

Resultat från ett flertal studier visar att föräldrars monitorering av sina barn, till exempel att de vet var barnen är och vad de gör när de är ute, kan förhindra eller fördröja starten av ungdomars narkotikabruk. Att man kan fördröja debut av narkotikabruk har betydelse eftersom man därigenom minskar risken för mer allvarlig problemutveckling. Det är en stark relation mellan tidig start och senare skadligt bruk av narkotika, varför preventiva åtgärder som förhindrar tidig start är angelägen. Andra ansvarsfulla vuxna eller äldre vänner liksom deltagande i strukturerade vuxenledda aktiviteter på fritiden kan i viss mån vara en ersättning för föräldrars tillsyn.

Inflytande från föräldrars övervakning kan vara direkt, genom att det hindrar barnen från att komma i kontakt med narkotika, eller indirekt, genom att det minskar barns kontakt med jämnåriga som använder narkotika. Om föräldrarna brister i sin monitorering har de svårt att veta om barnen börjar använda narkotika eller om kamrater har betydelse för att deras barn har olämpliga sysselsättningar. Föräldrars bristande monitorering är en så viktig faktor att det bör ses som en allvarlig ”varningsflagga” för ökad sårbarhet hos barn i tidiga tonår.



Figur 2. Modell för förståelse av den ömsesidiga relationen mellan förälderns roll för sin tonåring och uppkomsten av potentiellt riskabla beteenden (efter Dishion m.fl. 2004).

De svenska forskarna Håkan Stattin och Margaret Kerr har lyft fram att föräldrars kunskap och involvering i ungas aktiviteter är något som växer fram i den kontinuerliga dialog som uppstår mellan förälder och barn under barnets uppväxt i omsorgen om barnet i vardagen och i intresset för det växande barnets väl och ve. Det gör även de amerikanska forskarna Thomas Dishion och Robert McMahon (Dishion m.fl. 1998) som definierar föräldrars monitorering som en färdighet som är betydelsefull från tidig barndom, genom ungdomstiden och kanske även in i ung vuxenålder. Även om strategierna och fokus för deras monitorering måste ändras under olika utvecklingsperioder är funktionen i grunden densamma: att främja föräldrars kommunikation med sina barn och öka deras intresse för och medvetenhet om barnens aktiviteter.

Inflytande från föräldrar och jämnåriga

Anknytning till jämnåriga som använder narkotika är en av de starkaste prediktorerna för narkotikabruk hos unga. Med ökande ålder blir det alltfler kontakttillfällen med kamrater som får inflytande över deras handlande. Därför blir det så betydelsefullt om det finns ett kraftfullt inflytande från föräldrar som kan påverka val av vänner. Huruvida ungdomar väljer positiva eller negativa vänner påverkas i hög grad av deras självkänsla, vilket i sin tur prediceras av erfarenheter och atmosfär i familjen och kanske ännu mer i skolan. Anknytning till negativa vänner kan vara en direkt följd av ungas utagerande och normbrytande beteende som lett till att de avvisats från välfungerande jämnåriga.

Familj och jämnåriggrupper ses inom forskningen alltmer som ömsesidigt påverkande och ömsesidigt beroende faktorer för ungas problemutveckling (Dishion m.fl. 2004). Det är sannolikt mer framgångsrikt att undersöka hur dessa två krafter samverkar än att försöka avgöra vilken som dominerar sannolikheten för narkotikabruk hos ungdomar. Det finns argument för att inflytande från jämnåriga möj-

ligen är en mindre avgörande faktor än man tidigare antagit och att det är risk att man undervärderar föräldrars effekt på sina barn. Föräldrars inflytande har visats vara som starkast, till och med avgörande, före påbörjande av normbrytande beteende och marijuanaanvändning i tonåren.

Dishion och medarbetare (2004) föreslår en modell, se figur 2 (publicerad med tillstånd från författarna) för hur man kan förstå den ömsesidiga relationen mellan förälderns roll för sin tonåring och uppkomsten av potentiellt riskabla beteenden som marijuanaanvändning. Ytterligheterna kan karakteriseras av vad de kallar ”harmonisk sammanstrålning” då det fungerar bra och dess motsats ”ömsesidig frikoppling”. När föräldrar blir passiva i relation till sina barn, eller när tonåringar alltmer dras in i gruppen med jämnåriga med avvikande beteenden, bryter kommunikationen ihop och föräldern får allt mindre betydelse för råd och vägledning. Tonåringen blir autonom, ofta för tidigt.

Skyddande faktorer i familjen

Familjer kan ha en skyddande funktion när det är:

- ett starkt band mellan barn och deras familjer
- ett stödjande föräldraskap som tillfredsställer ekonomiska, emotionella, kognitiva och sociala behov
- tydliga regler, beteendeförväntningar och konsekventa uppfostringsstrategier
- beredskap för och förmåga att skapa vardaglig stödjande struktur för barn med sårbarhet som impulsivitet och svårhanterligt beteende (se Britt af Klintebergs kapitel).

Familjen har en betydelsefull roll med att ge och stå för skydd för barn även när de är involverade i aktiviteter utanför familjen. När barn är utanför familjens sammanhang, är de mest framträdande skyddsfaktorerna:

- föräldrars åldersadekvata krav på och tillsyn av socialt beteende, till exempel etablering av regler för tider att passa, vuxenövervakning av aktiviteter utanför hemmet, kännedom om barnets vänner, regler i hemmet, regler för önskvärt beteende i situationer utanför familjen, beredskap att ingripa vid behov
- framgång i skolan och engagemang i fritidsaktiviteter

- stark anknytning till prosociala fritidsintressen och skolan
- acceptans av konventionella normer mot narkotikabruk.

Risk och skyddsfaktorer

Decennier av forskning har identifierat många risk- och skyddsprocesser för negativ utveckling för barn och unga. I epidemiologiska studier om bruk och skadligt bruk av narkotika har man framför allt studerat olika riskfaktorer som påverkansfaktorer och inte som komponenter som inbördes hänger ihop. Det finns lite tillgängligt forskningsstöd om den relativa betydelsen av enskilda riskfaktorer och ännu mindre om samspelet mellan olika enskilda riskfaktorer som bakomliggande orsaker till skadligt narkotikabruk. Det betyder att det är svårt att klarlägga vilka riskfaktorer eller kombinationer av riskfaktorer som är mest betydelsefulla för att specifikt predicera just narkotikabruk till skillnad från att de visats allmänt bidra till uppkomst av problembeteenden hos barn i tonåren. För utveckling av effektiva preventionsinsatser behövs forskning för att bättre förstå de komplexa sambanden mellan olika faktorer.

Utifrån forskningsöversikter är det svårt att med säkerhet dra slutsatser om orsakssamband då de flesta studier endast kan visa på statistiska samband mellan användning av alkohol och narkotika och olika familjefaktorer och speciella relationsprocesser inom familjen. Vi kan av det till exempel inte veta om ungdomars konflikter med sina föräldrar ökar sannolikheten för att en ung individ ska komma att utveckla ett skadligt bruk av narkotika, eller om de som använder narkotika har andra beteenden, som resulterar i högre konfliktnivåer i familjen. Det kan vara särskilda personlighetsdrag som gör att vissa unga individer tillbringar mer tid med familjen och som på samma gång får dem att undvika sådana beteenden som leder till att de kommer i kontakt med narkotika.

Risk och skyddsfaktorer samvarierar och har en kumulativ effekt

Ju fler risker som ett barn exponeras för, desto större är sannolikheten för att barnet ska utveckla ett skadligt bruk av narkotika. En del riskfaktorer är särskilt starka och potenta men ändå leder de inte till skadligt bruk av narkotika om inte särskilda förhållanden råder. Att ha en familjehistoria med missbruk är en stark riskfaktor för att barnet ska utveckla ett skadligt bruk av narkotika. Men om ens vänner inte an-

vänder narkotika och har starka normer mot narkotika gör det att barnet har lägre sannolikhet för att utveckla ett skadligt bruk av narkotika. Förekomsten av många skyddsfaktorer kan minska betydelsen av några stycken riskfaktorer. Ett starkt skydd i form av stöd och involvering av föräldrar kan till exempel minska den påverkan som vänner som använder narkotika har. En viktig målsättning för prevention är följaktligen att förändra balansen mellan risk- och skyddsfaktorer så att skyddsfaktorer väger upp riskfaktorer.

Man kan beskriva den kumulativa effekten av många riskfaktorer som påverkar ett barn under längre tid som en snöbollseffekt. Exponering för riskfaktorer tidigt i livet kan skada eller försämra den senare utvecklingen och medföra att kommande belastningar ansluter sig till de tidigare som en konsekvens av tidigare problem. Den gravida kvinnans missbruk kan till exempel påverka fostrets utveckling och resultera i kognitiva svårigheter hos barnet som i sin tur kan leda till dålig skolanpassning. Dålig skolanpassning och beteendeproblem i skolan kan leda till anknytning till jämnåriga som också har beteendeproblem i skolan.

Den kumulativa effekten kan också jämföras med en snöstorm. Ett barn kan klara av extremt väder under en kort period men över tid ökar risken för negativ påverkan genom att utsattheten ökar samtidigt som barnets motstånd undermineras. Ett stabilt barn kan till exempel stå emot narkotikabruk i jämnåriggruppen och i närsamhället under en period, men över tid ökar risken för att barnet blir involverad i narkotikabruk om det beteendet är vanligt bland dem han eller hon umgås med. Betydelsen av tillgängliga föräldrar liksom av en positiv relation till lärare och skola kan ge ”lä i stormen”. Det är tankeväckande att man har kunnat observera de skyddande fördelarna med positiva vuxenrelationer i en skadlig omgivning även för barn i risk för en skadlig utvecklingsväg.

Aktuell preventionsforskning

Prevention inom narkotikaområdet handlar förstås i första hand om att förhindra att barn och unga överhuvudtaget kommer i kontakt med och prövar narkotika. Men det handlar också om att skjuta upp debut och även att minska bruk och skadligt bruk hos dem som redan kommit i kontakt med och börjat använda narkotika för att minska den skadliga effekten av fortsatt bruk.

Narkotikaprevention kan som annan prevention beskrivas inom tre kategorier av insatser:

- Universella eller generella insatser, som riktas till alla för att förhindra att problem överhuvudtaget uppstår. Det kan vara breda informationskampanjer, informationsmaterial till ungdomar, föräldrar, socialarbetare, lärare med flera, omfattande stöd till ungdomsorganisationer för att inbegripa förebyggande aktiviteter av olika slag i sitt arbete.
- Selektiva insatser, som ges till en definierad riskgrupp eller till individer som man förstår är på väg att börja använda droger.
- Indikerade insatser, som syftar till att ge tidig intervention till individer som visats ha problem där åtgärderna syftar till att, om inte ”bota”, så åtminstone förhindra att problemen blir större.

De senaste decenniernas kunskapsutveckling om effektiva preventionsprogram har utgått från vad man i forskning funnit ökar respektive minskar sannolikheten för narkotikabruk i barndom och tonår. Särskilt har preventionsforskare studerat betydelsen av familjebaserade preventionsinsatser för att minska barns sårbarhet och därmed för att de dras till bruk av narkotika.

Förståelse för vad som karakteriserar framgångsrika föräldrabaserade preventionsprogram bygger på den kunskap som finns om den betydelse som föräldrar har för sina barn under olika utvecklingsskeden. Kunskap om detta hämtas förutom från preventionsstudier från forskning om barns utveckling, särskilt longitudinella studier liksom från epidemiologi. Det finns idag evidens för att generella och selekterade interventioner riktade till föräldrar för att stärka deras förutsättningar att stödja sina sårbara barn att bättre klara utvecklingsuppgifter kan minska problemutveckling under ungdomsåren (NIDA 2003).

Med den kunskapen som grund finns ett växande intresse av att undersöka hur man kan tillämpa tidiga interventioner eller snarare en mix av interventioner innan narkotikabruk är aktuellt. Familjebaserade narkotikapreventionsprogram bör utgå från det som visats vara riskfaktorer och skyddsfaktorer för att barn generellt ska utveckla problembeteenden mer än specifikt förhindra narkotikabruk då kunskapen om just detta är begränsad (Vimpani m.fl. 2005, Biglan m.fl. 2004).

NIDA:s (National Institute on Drug Abuse i USA) preventionsmonografi från 2003 (NIDA 2003) om Family Interventions lyfter fram betydelsen av familjebaserade insatser och beskriver hur relationerna mellan föräldrar och barn kan stärkas genom att hjälpa föräldrar att

utveckla sin förmåga att vara stödjande, kunna kommunicera med sina barn kring viktiga livsfrågor och vara involverade i deras vardag. Det påtalas att föräldrars monitorering och övervakning är avgörande i narkotikaprevention. Man beskriver att det är angeläget att föräldrar får lära sig hur man bättre kan klara av att ha regler i hemmet, tekniker för hur man håller reda på vad barnen gör och vilka aktiviteter de är delaktiga i, hur man ger beröm för lämpligt beteende, har rimliga och konsekventa uppfostringsstrategier och klarar att hålla fast vid definierade familjeregler. Om föräldrar dessutom får utbildning och information om narkotika, underlättar det för föräldrar att förstärka det som deras barn får lära sig om skadliga effekter av narkotikabruk i skolan genom att det öppnar för tillfällen till familjediskussioner om narkotika.

Med utgångspunkt från det som tidigare i kapitlet beskrivits vara betydelsefulla uppgifter för föräldrar i olika skeden av barnens uppväxt gör jag en genomgång av vad som visats vara fungerande preventiva insatser under olika utvecklingsskeden.

Interventioner under graviditeten, spädbarnstiden och småbarnsåren

Program som bygger på hembesök för att stödja familjer med små barn som lever i riskmiljöer har visats ha viss framgång i länder som USA, England och Australien. Barn vars föräldrar deltagit i programmen har visats ha en mer gynnsam utveckling än de barn vars familjer inte fått insatsen. Däremot är framgången mer oklar i familjer med mycket stora sociala problem eller då föräldrar har missbruksproblem. En översikt påvisar att om interventionerna ska vara effektiva måste de inrikta sig på många av familjens livsområden och strukturer, vara frekventa och utföras av professionell personal, till exempel sjuksköterskor.

I Sverige har vi en mödra- och barnhälsovård som i princip når alla föräldrar och som är inriktad på generella insatser till alla föräldrar i kontrast till de i till exempel USA som ofta haft formen av projekt och specialprogram. Den svenska barnhälsovårdens arbetssätt ger möjlighet att, i vilket fall upp till att barnet är ett par år gammalt, identifiera grupper med specifika behov av insatser och utifrån det utveckla kunskapsbaserade preventiva stödinsatser för till exempel deprimerade mödrar, mödrar med missbruksproblem, tonårsmödrar och socialt isolerade mödrar. Men sannolikt tas inte alla möjligheter till vara och här finns ett stort utvecklingsbehov.

Interventioner under förskoleåren

Amerikanska studier har visat att om hembesök kombineras med tidig förskoleplacering har insatsen större effekt på barnens utveckling än om de enbart erbjuds hembesök och har även visats kunna innebära mindre normbrytande beteende och mindre narkotikabruk. Inom ett av de mest välkända av denna typ av program, Perry-School Project, erbjöds familjer till riskutsatta barn i åldern 3 till 4 år, 4 halvdagar strukturerad förskolevistelse kombinerat med hembesök varje vecka under två år. I ett 25-årsperspektiv visade sig detta program mycket lönsamt. Det kan vara svårt att jämföra med förhållanden i Sverige med vår utbyggda barnomsorg men ger en idé om att det kan vara framgångsrikt att kombinera generella insatser med selekterade.

Det har världen över utvecklats en rad föräldrautbildningsprogram (PMT-program/Parent Management Training) som är beteendeinriktade familjeinterventioner. De har visat sig vara framgångsrika för såväl generella, selekterade som indikerade insatser. Intensiteten i programmen bör anpassas till målgruppens behov med mer intensiva insatser till föräldrar i högriskgrupper. Det har visat sig betydelsefullt att ha moment av rollspel och interaktiv inlärning för att dessa program ska vara effektiva och kunna påverka de föräldrafärdigheter de syftar till att förändra. Programmen syftar till att stärka föräldrafärdigheter inom de områden som beskrivits under avsnittet om ”några centrala familjefaktorer av betydelse för narkotikamissbruk”.

Interventioner under skolåren

Föräldraträningsprogram riktade till familjer med barn i skolåldern har samma inriktning och innehåller likartade komponenter som programmen för föräldrar med förskolebarn men är anpassade till barnens utvecklingsnivå. De innehåller också delar som handlar om hur föräldrar kan stödja barnets skolgång och samarbeta med skolan.

För att nå större framgång med preventiva insatserna har forskningen visat att insatser till föräldrarna bör kombineras med insatser i skolmiljön för att förbättra barnets skolprestationer och till barnet/den unge själv. Insatserna till barnet handlar oftast om social färdighetsträning för att ge barnet bättre förutsättningar för att bli accepterad och få en tillhörighet i kamratgruppen.

Det finns också en rad familjeinterventionsprogram som via skolan erbjuds föräldrar och som bygger på att föräldrar, barn och andra familjemedlemmar får information, råd eller terapeutisk hjälp för att stödja hälsosam utveckling i familjen. De kan erbjudas som selektera-

Det är betydelsefullt för barn att kunna fungera på ett positivt sätt i samvaron med jämnåriga.

de insatser (till exempel då barn misslyckas i skolan eller till familjer med missbruksproblem) eller generellt till alla i en viss grupp. Översikter visar dock relativt begränsad framgång när det gäller programmens specifika effekt på minskat narkotikabruk hos unga.

Det kan vara viktigt att påtala att forskning visat att gruppinterventioner för barn eller ungdomar med beteendeproblem där man sammanför dem kan försämra beteendeproblemen på grund av så kallade smittoeffekter.

En modell för att utforma stöd till föräldrar och barn/ungdom på mellanstadiet och högstadiet är en så kallad ”tiered model”, det vill säga en modell med flera insatsnivåer (Stormshak m.fl. 2005). I denna har man skolan som arena för att erbjuda generella insatser av personer inom ett ”familjeresurscenter” som etableras på skolan. För barn ”i risk” liksom barn med problem erbjuds riktade insatser efter en strukturerad bedömningsprocess där risk- och skyddsfaktorer kartläggs. I detta arbete har man en särskild metodik för att involvera föräldrarna i processen, vilket är betydelsefullt då föräldraavhopp är ett återkommande problem i olika selekterade program. Föräldrarna ska

kunna erbjudas en meny av insatser som var och en visats ha evidens. De har möjlighet att välja mellan olika insatser med utgångspunkt i vad som kommer fram i bedömningsprocessen. Denna modell har fått stor uppmärksamhet från amerikanska nationella verksamheter som arbetar med prevention.

Interventioner under högstadie- och gymnasieåren

I en australiensisk forskningsöversikt från 2004 beskriver man (Loxley m.fl. 2004) att det finns indikationer på att utbildning till föräldrar under tonårstiden kan minska ungdomarnas droganvändning. I övrigt sammanfattar man att de program som pågår över flera år och som inbegriper mer än en interventionsstrategi är mer framgångsrika än andra. För att familjeinterventioner för ungdomar med många riskfaktorer ska vara framgångsrika måste de vara intensiva. Några amerikanska föräldrastödsprogram, som den ovan nämnda modellen med flera insatsnivåer, för insatser på selekterad och indikerad nivå, har enligt översikten visat sig vara lovande.

Insatser mot många typer av riskfaktorer

Kunskapsutveckling om den kumulativa effekten av riskfaktorer och antagandet att en riskfaktor samvarierar med flera andra, har bidragit till att man inom preventionsforskning idag betonar betydelsen av att utveckla insatser som riktas mot riskfaktorer i barnets eller den unges olika livsområden, familj, skola, kamrattillhörighet och fritid.

Exempel kan vara insatser som syftar till att stärka den unges tillhörighet till sin familj och samtidigt att utveckla förmågan hos föräldrar att ha tillsyn över sin tonåring och engagera sig i vad denne gör på fritiden och stödja den unge att klara sitt skolarbete.

För att tydliggöra betydelsen av insatser inom olika arenor utgår många forskare från Bronfenbrenners ”ekologiska” modell. Modellen beskriver barnet med sina konstitutionella förutsättningar i mitten av en väv av inflytande från den omgivning som barnet interagerar i. Såväl barnets direkta samverkan med familjen, skolan, jämnåriga och närsamhället, som dessa påverkansdomäners samverkan sinsemellan, ger en bas för möjliga interventioner som antingen minskar risk eller främjar motståndskraft (resilience). Även mer avlägsna påverkansdomäner som kultur, värderingar, politik och lagar och graden av ojämlika villkor i ett samhälle är faktorer som med denna modell kan ha betydelse. Det finns idag god evidens för att så kallade multimodala

preventionsstrategier, det vill säga strategier som syftar till påverkan på familjen, skolan och samhället, har högre sannolikhet att vara effektiva än de som enbart riktar sig till en arena.

Insatser som når och engagerar deltagande familjer

Det räcker inte att erbjuda trovärdiga insatser till familjer vars barn är i en bekymmersam utvecklingsbana. Det är också nödvändigt att utveckla strategier för att verkligen nå de föräldrar och barn som bäst behöver dem. Många program har haft problem med att en hög andel föräldrar hoppar av och avslutar insatsen i förtid.

Olika strategier för att öka deltagandet har inneburit att man erbjudit barnvaktshjälp eller andra förmåner, telefonkontakt inför sessionerna eller att man gör insatser lättillgängliga genom att erbjuda dem i familjernas närmiljö som inom fritidsgårdar, förskolor och skolor. Ett annat pågående utvecklingsarbete är att skapa kunskapsbaserade korta, återkommande insatser som kan engagera föräldrar som inte är beredda att medverka i insatser under en längre period.

Evidens för specifika program

Olika forskningsöversikter över vad det finns för evidens för olika drogpreventiva programs effekter påtalar att det i många fall saknas vetenskapliga utvärderingar med strikt metodologi för säkert kunna värdera programmens effekter, framför allt över längre tid. I en nyligen publicerad översikt från The Cochrane Collaboration (Gates m.fl. 2008) har program som erbjuds i miljöer *utanför skolan* analyserats. Enligt deras högt ställda evidenskrav finner de endast tre olika familjeinterventioner (Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program och Preparing for the Drug-Free Years) som de bedömer vara lovande för att kunna förhindra cannabisbruk.

Se kortfattade beskrivningar av programmen nedan.

Exempel på användbara preventionsprogram enligt NIDA

I en översikt från NIDA riktad till preventionsplanerare (NIDA 2003) ges exempel på forskningsbaserade preventionsprogram gällande ungas droganvändning. Man beskriver och rekommenderar följande generella respektive riktade program.

Generella program:

LÅGSTADIET

Caring School Community Program är ett generellt program som involverar familj och skola för att minska risk och stödja skyddsfaktorer hos lågstadiebarn. Programmet avser stärka barnens anknytning till skolan och innehåller olika förhållningssätt till barnen i skolan och i familjen. Det har visats gynna positiva relationer med jämnåriga, lärare-elev och mellan skola och hem.

Classroom-Centered (CC) and Family-School Partnership (FSP) Intervention är ett generellt multikomponentprogram som avser minska uppkomst av våld och aggressivt beteende. Skolkomponenterna syftar till att stödja elevernas inlärning och sociala färdigheter och lärarnas förmåga till klassrumsledning. Föräldrar involveras för att förbättra kommunikation mellan hem och skola, lära föräldrar hur de kan stödja barnens inlärning och hur de kan skapa effektiva föräldrafärdigheter.

MELLANSTADIET

Guiding Good Choices (GGC) (tidigare benämnt Preparing for the Drug-Free Years) har utvecklats som en del av Seattle Social Development Project som riktar sig till föräldrar. Under fem två-timmars sessioner får föräldrar undervisning om hur de kan 1) hitta tillfällen för samvaro i familjen utifrån barnets ålder, 2) skapa tydliga förväntningar, tillämpa uppfostringsstrategier och öka sin monitorering, 3) lära sina barn strategier för framgångsrik samvaro med jämnåriga, 4) införa konfliktlösningsstrategier i familjen, 5) uttrycka positiva känslor som stärker samhörigheten i familjen. Detta program har visats kunna hindra ungas alkohol- och marijuanabruk.

Project STAR är ett omfattande program mot drogmissbruk med komponenter riktade till skolor, föräldrar, samhällsorganisationer och folkhälsoplanerare. I föräldradelen får föräldrar lära sig kommunikationsfärdigheter och uppmuntras att engagera sig i samhälleliga aktiviteter och man arbetar med olika hemuppgifter. Strategierna sträcker sig från förändring på individnivå som att lära ungdomar hur de ska kunna stå emot droger, till förändringar på skol- och samhällsnivå. Långsiktiga uppföljningar visade signifikanta minskningar i droganvändning hos deltagarna.

Det är nödvändigt att utveckla strategier för att verkligen nå de föräldrar och barn som bäst behöver insatser.

MELLANSSTADIET OCH HÖGSTADIET

The Strengthening Families program: For Parents and Youth 10–14 (SFP 10–14), (tidigare kallat "The IOWA Strenthening Families Program") finns som både generellt och selekterat preventionsprogram för stöd till familjer som har barn mellan 6 och 11 år. Programmet skapades för att stödja drogmissbrukande föräldrar att förbättra sina föräldrafärdigheter och minska risken för framtida problem hos deras barn. Programmet har tre komponenter: föräldraträningsprogram, färdighetsträningsprogram för barnen och träning av familjefärdigheter. Vid var och en av de sammanlagt 14 sessionerna tränas föräldrar och barn var för sig under första timmen. Under nästa timme är barn och föräldrar tillsammans för att utveckla familjefärdigheter. För att få familjer att delta erbjuds hjälp med barnvakt, transporter och de får små uppmuntringar. De påvisade resultaten handlar om minskning av familjekonflikter, uppförandeproblem, aggressivitet och missbruk hos ungdomarna och ökade sociala färdigheter hos barnen samt bättre föräldrafärdigheter och familjekommunikation.

Riktade program:

LÅGSTADIET

Focus on Families är ett program för föräldrar som går i metadonbehandling och deras barn. Programmet syftar till att minska föräldrars användning av illegala droger genom att lära dem färdigheter för att förhindra återfall och hantera sin situation. Föräldrarna får också lära sig hur de bättre ska klara av att hantera sina familjer för att minska risken för att deras barn ska hamna i ett framtida missbruk. Experimentella studier har visat positiva effekter för föräldrarna vid ett- och tvåårsårsuppföljning, speciellt när det gäller föräldrafärdigheter som att skapa regler, hantera konflikter i hemmet men också att kunna stå emot droger. Färre barn i experimentgruppen hade vid ettårsuppföljningen begått stölder under de senaste 6 månaderna.

Early Risers "Skills for Success" Risk Prevention Program är ett selekterat multikomponentprogram som riktar sig till barn med ökad risk för tidigt debuterande allvarliga uppförandeproblem och droganvändning. Programmets fokus är lågstadiebarn med tidigt aggressivt beteende. Det är utformat för att hindra dem från att bli "early starter" genom att bland annat påverka inlärningsresultat, självreglering, social kompetens och föräldrars engagemang i sitt barn. Utvärdering har visat positiva resultat.

Fast Track Prevention Trial for Conduct Problem är ett omfattande program för barn i hög risk för att utveckla varaktiga allvarliga beteendeproblem. Interventionen har en generell del med klassrumsprogram för att utveckla barnens sociala färdigheter och en del för högriskbarn som man identifierat i förskolan. Deras föräldrar får lära sig strategier för att stödja barnens skolanpassning och förbättra deras beteende men också att utveckla föräldrarnas egenkontroll, att ha relevanta förväntningar på barnets beteende och att förbättra samspel mellan barn och förälder. I slutet av tredje klass var det enligt utvärdering färre i interventionsgruppen som hade allvarliga beteendeproblem än i kontrollgruppen.

MELLANSTADIET OCH HÖGSTADIET

Coping Power är ett multikomponentprogram med insatser både till ungdomar i tidiga tonåren och till föräldrar. Målgruppen är ungdomar med hög risk på grund av aggressivitet, drogmissbruk och kriminellt beteende. Det innehåller delar som riktar sig till ungdomarna med till exempel aggressionskontrollträning och delar som riktar sig till deras föräldrar. Interventionen ledde till färre med droganvändning och minskning av aggressivt beteende.

Adolescent Transition Program (ATP) är ett skolbaserat program som använder ett angreppssätt med flera insatsnivåer, det vill säga att insatser på generell, selekterad och indikerad nivå vävs samman och samplaneras, för insatser till elever i mellanstadiet och högstadiet och deras föräldrar. Eftersom det är ett program som utgår från skolan ingår det inte i Cochraneöversikten, men flera utvärderingar har visat att det bland annat lett till minskad droganvändning (Dishion m.fl. 2003, Connell m.fl. 2007). En generell del riktas till alla föräldrar och inbegriper etablerandet av ett ”Familjeresurscenter” som är en arena för kontakt mellan hem och skola. Det är bemannat av en föräldrastödjare vars uppgift är att sprida information om risker med barns och ungdomars problembeteende och droganvändning och att engagera föräldrar att utveckla sin föräldraroll. Den selekterade interventionsnivån, *Family Check-up*, erbjuder familjer en komprimerad kartläggning och bedömning och därefter professionellt stöd för de problem- och riskområden som identifierats. Den indikerade nivån innebär direkt professionellt stöd utifrån vad som kommit fram i Family Check-up till föräldrar till de barn som har omfattande problem. Insatserna består av en meny av evidensbaserade insatser, alltifrån begränsade insatser för att påverka en specifik föräldrafärdighet, till exempel monitore-

ring, till deltagande i ett helt föräldraträningsprogram eller mer intensiva insatser som till exempel Funktionell familjeterapi eller MST.

Svenska föräldrastödsprogram

De föräldrastödsprogram som finns tillgängliga i Sverige har i de flesta fall utvecklats från nordamerikanska förebilder. I jämförelse med vad som ovan refererats är de mer begränsade och har inte ambitionen att vara sådana multikomponentprogram som de ovan beskrivna.

De program som uttalat syftar till att påverka barn och ungas drogdebut är ÖPP (Örebro Preventions Program) och Steg för Steg. Andra föräldrastödsprogram syftar till och har utvärderats i relation till att minska utagerande beteende hos barnen och förbättra föräldrafärdigheter i avsikt att minska risken för att barnen ska utveckla beteendeproblem. Programmen ger stöd till föräldern att ge sitt barn positiv uppmärksamhet, klar kommunikation samt till genomtänkt sätt för föräldern då konflikter uppstår. De genomförs i regel i grupper om 10–15 föräldrar som träffas två till tre timmar en gång i veckan under 10 till 15 veckor.

Genom projekt inom Folkhälsoinstitutet, ”Skolan förebygger”, www.fhi.se/skolanforebygger och Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd, har olika preventiva program värderats som så lovande att man rekommenderar spridning av dem. I de flesta fall saknas strikt vetenskaplig utvärdering av de svenska programmen som motsvarar till exempel de evidenskrav The Cochrane Collaboration ställer. För ytterligare beskrivning av svenska program se Ferrer-Wreder m.fl. 2005.

Strengthening Families Programme 10–14 år, har anpassats till svenska förhållanden och kallas i Sverige för *Steg för Steg*. Efter ytterligare förändringar finns det i en ny version, *Nya Steg*. En svensk utvärdering är genomförd men är ännu inte publicerad. Det är viktigt att de centrala komponenterna i evidensbaserade preventionsprogram upprätthålls då de överförs till en annan kultur och anpassas till lokala förhållanden för att man ska kunna säga att det är samma program som det ursprungliga som prövas i den nya miljön. I den svenska versionen har man bland annat frångått det ursprungliga konceptet med parallella sessioner för ungdomar respektive föräldrar följda av familjesessioner med både föräldrar och ungdomar som deltagare. Sessionerna för

ungdomarna sker under skoldagen medan föräldrarna träffas samma kväll. De gemensamma familjesessionerna har minskats ned till endast två tillfällen.

ÖPP är ett program begränsat till att ge ett innehåll och struktur till föräldramöten på högstadiet och syftar till att förebygga ungdomars alkoholdrickande genom att påverka föräldrarnas förhållningssätt till sina ungdomar och deras alkoholvanor. Det finns ännu inga publicerade studier om effekter av detta program. Trots det har det spridits till många kommuner i Sverige, sannolikt för att det är en kortfattad och förhållandevis billig insats som är lätt att implementera.

De otroliga åren är ett internationellt spritt, väl beforskat program, som även utvärderats i Sverige och Norge. Det vänder sig till föräldrar med barn i åldern 3–10 år som utvecklat ett aggressivt beteendemönster.

KOmmunikationsMETod (Komet) för föräldrar är benämning för interventioner riktade till föräldrar till barn som har utagerande beteendeproblem med koncentrationssvårigheter eller som har dåliga kamratrelationer och som anses vara en riskgrupp för framtida allvarliga problem. Programmet har spridits brett i Sverige och lanseras som ett svenskt program. Det innehåller liksom *De otroliga åren* och *COPE* de komponenter som är centrala i föräldraträningsmetodik (Kazdin 2005) och som utgår från den ursprungliga forskning som genomförts sedan 1960-talet på Oregon Social Learning Center (Reid m.fl. 2002).

COPE är ett också ett program som vänder sig till föräldrar till barn och ungdomar med utagerande beteende. Det syftar till att ge föräldrar verktyg för att förstå och hantera sitt barns beteende och stärka dem i sitt föräldraskap. Det finns ingen svensk utvärdering publicerad i vetenskaplig tidskrift av COPE eller av Komet.

Beskrivningen av vilka program som är i bruk i Sverige illustrerar att utvecklingen av preventionsprogram inte har kommit särskilt långt i Sverige. I en färsk utvärdering av ”Skolan förebygger” problematiserar författarna huruvida man ska marknadsföra metoder som behöver utvärderas ytterligare i en svensk kontext, eller om man ska invänta utvärderingsresultat från pågående eller ännu ej påbörjade studier. De lyfter fram ÖPP som exempel på en metod som sprids utan att det finns evidens för att den har god effekt. Ändå har ÖPP spridits både genom ”Skolan förebygger”, Alkoholkommittén och Mobilisering mot

narkotika. Först under hösten 2007 påbörjades en större utvärdering av ÖPP. ”Om resultatet från utvärderingen visar att ÖPP inte ger den goda effekt som många räknat med ställs FHI och andra aktörer inför ett svårt dilemma”, säger man i utvärderingen. Detsamma gäller för andra program/metoder som tagits fram under senare år och fått stor spridning i Sverige, trots avsaknad av färdiga utvärderingsresultat. I en situation med stor efterfrågan på program och begränsad tillgång till program med god evidens menar författarna att det är viktigt att redovisa hur urvalet av de metoder som ”Skolan förebygger” medverkat till att sprida har gått till. Utvärderarna har emellertid inte funnit någon sådan redovisning.

Krav på god implementering

De flesta program som spridits i Sverige saknar ett system och en struktur för att upprätthålla ”fidelity” i tillämpningen av programmens insatser. Att upprätthålla ”fidelity”, det vill säga att man över tid tillämpar programmens komponenter på det sätt som forskningens resultat om programmen baseras på och att man dessutom erbjuder det till den målgrupp det är avsett för, är en utmanande uppgift. Utbildnings- och handledningsinsatser inom aktuella verksamhetsområden har inte den traditionen och det saknas övergripande organisatoriska strukturer för sådana uppgifter.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se

Baumrind, D. (1989) ”Rearing the competent children ”, i *Child development today and tomorrow*. W. Damon (red.). San Francisco: Jossey Bass, 349–378.

Biglan, A., Brennan, P., Foster, S. & Holder, H. (2004). *Helping adolescents at risk. Prevention of Multiple Problem Behaviors*. New York: The Guilford Press.

Connell, A. m.fl. (2007). ”An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behaviour.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 75: 568–579.

Dishion, T. & McMahon, R. (1998). ”Parental monitoring and the prevention of problem behavior: A conceptual and empirical reformulation.” *Clinical Child and Family Psychology Review* 1: 61–75.

Dishion, T., Nelson, S. & Kavanagh, K. (2003). ”The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring”. *Behavior Therapy* 34: 553–571.

Dishion, T., Nelson, S. & Bullock, B. (2004). ”Premature adolescent autonomy: parent

disengagement and deviant peer process in the amplification of problem behavior." *Journal of Adolescence*, 27: 515–530.

Ferrer-Wreder, L.,Stattin, H., Lorente, C., Tubman, J. & Adamson, L. (2005) *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt.* Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Gates, S. m.fl. (2008). "Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings (Review)". The Cochrane Library.

Hawkins, J., Catalano, R. & Miller, J. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin* 112(1): 64–105.

Henry, D., Tolan P. & Gorman-Smith, D. (2001). "Longitudinal family and peer group effects on violence and nonviolent delinquency". *Journal of Clinical Child Psychology* 30: 172–186.

Kazdin, A. (2005) *Parent management Training; treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents.* Oxford: Oxford University Press.

Kumpfer, K., Alvarado, R. & Whiteside, H. (2003). "Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention." *Substance Use and Misuse* 38: 1759–1787.

Loxley, W., Toumbourou, J. & Stockwell, T. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence.* Kirsner, A. (red.) Canberra: The National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent health.

NIDA, (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders.* NIH Publication No 04-4212(A). U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.

Reid, J., Patterson, G. & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. American Psychological Association.

Robins, L. & Przybeck, T. (1985) "Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders ", i *Aetiology of drug abuse: Implications for prevention*. Jones, C. & Batjez, R. (red.). Rockville: *National Institute on Drug Abuse*. 178–193.

Stormshak, E. m.fl. (2005). "Implementing family-centered interventions within the public middle school: Linking service delivery to change in student problem behaviour." *Journal of Abnormal Child Psychology*. 33(6):723–733.

Velleman, R., Templeton, L. & Copello A. (2005). "The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with focus on young people." *Drug and Alcohol Review*, 24: 93–109.

Vimpani, G. (2005). "Getting the mix right: family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse". *Drug and Alcohol Review*, 24: 111–125.

Narkotikaförebyggande insatser i skolan

Sven Bremberg

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Skolan kan förebygga narkotikamissbruk genom att väl utföra skolans kärnuppdrag: att utveckla ungdomarnas kompetenser.
- Goda kompetenser skyddar mot drogbruk både under skoltiden och därefter.
- Skolan kan förbättra sitt kärnuppdrag genom systematiskt kvalitetsarbete. Det innebär att man regelbundet hämtar in uppgifter om elevernas prestationer, deras upplevelse av arbetsmiljön i skolan, deras hälsa och deras hälsovanor.
- Med denna information som utgångspunkt, och kunskaper om effektiva metoder, exempelvis socialt och emotionellt lärande, genomförs förbättringar.
- Särskild undervisning om narkotika har sannolikt ingen bestående effekt. Traditionell undervisning som är inriktad på att förmedla kunskap är lika ineffektiv som moderna beteendevetenskapligt baserade metoder.

En mängd olika intressenter gör anspråk på skolan

Skolan har till uppgift att förbereda unga människor inför det liv som de möter som vuxna. En del av denna uppgift är att utveckla deras förmåga att hantera de risker som finns. En sådan risk är bruk av narkotika, ett bruk som kan leda till betydande problem. Det finns därför en lång tradition av att erbjuda elever olika former av drogundervisning i skolan. Traditionen utgår från skolans sätt att organisera verksamheten. Lärarna avsätter tid för moment om narkotika, under särskilda lektioner och i form av temadagar. Lärarna väljer metoder de själva eller kollegor har goda erfarenheter av.

Bruk av narkotika/narkotiska preparat engagerar många utanför skolan. Det kan vara organisationer som Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle som vill bidra till att ungdomar inte råkar ut för drogproblem. En annan organisation är Föräldraföreningen mot Narkotika som startats av föräldrar vars barn råkat ut för narkotikabruk. Socialförvaltningarna i kommunerna tar ansvar för ungdomar med *missbruk*. Det är därför naturligt för dem att försöka bidra till att ungdomar inte börjar använda narkotika. Liknande gäller för polisen som ansvarar för brottsbekämpning inom området. Skolan möter således en mängd olika intressenter som önskar ge stöd till skolan i det drogförebyggande arbetet. Ofta finns handlingsprogram mot narkotika på kommunal nivå. Under de senaste åren har många kommuner även anställt särskilda drog- och alkoholsamordnare.

De olika organisationer som är verksamma på området har olika uppfattningar om hur det praktiska arbetet ska bedrivas. En frivilligorganisation kanske erbjuder skolan medverkan från en före detta missbrukare som kan berätta om sina erfarenheter. Polisen vill gärna komma till skolan och berätta om rätt och straff. Lärarna i skolan har därför att ta ställning till frågor som vanligen inte är aktuella inom den vanliga undervisningen. När en lärare ska utforma undervisning exempelvis i engelska kan hon lita till den egna och kollegornas pedagogiska kompetens. Inom drogområdet finns däremot de angivna intressenterna som gör anspråk på att veta hur arbetet ska utformas. Inte sällan har intressenterna även ekonomiska resurser som gör det möjligt för dem att praktiskt medverka i skolan. Det är sällan som lärare erbjuds sådan avlastning inom andra områden.

Skolan behöver således ta ställning till det utbud som finns inom drogområdet. Det finns några olika förhållningssätt. En väg är att göra ett minimum inom detta område. Argumentet för denna hållning är att det inte hör till skolans kärnuppgift. Det finns idag en strävan till koncentration på uppgiften att hjälpa fler elever att klara ämnen som svenska, matematik och engelska. Då går det inte att avsätta särskilt mycket tid för drogfrågor. En annan väg är att utgå från den egna praktiska erfarenheten. Om en lärare prövat ett sätt att ta upp drogfrågor och det visat sig fungera bra i praktiken, då är det naturligt att fortsätta med samma metod.

Detta kapitel argumenterar för en tredje väg.

Evidensbaserad drogprevention

Bruk av narkotika utgör ett väsentligt folkhälsoproblem. Inom folkhälsoområdet finns en lång tradition av att använda naturvetenskaplig forskning som utgångspunkt för att bedöma värdet av olika metoder. Startpunkten är experiment som metod. Det finns en mängd olika idéer om hur verkligheten är konstruerad och vad som är effektivt. Inom naturvetenskap finns en grundläggande skeptisk hållning. Det är först när idéerna kritiskt prövats i väl genomförda studier *som man räknar med att en insats har effekt*. Enligt denna tradition ger experiment högst säkerhet. Om det inte är möjligt att genomföra experiment följer man istället individer över tiden för att klargöra om en viss faktor har betydelse, till exempel självkänsla, sedan man kontrollerat för andra faktorer som också kan ha betydelse, till exempel föräldrarnas sociala bakgrund.

Förhållningssättet inom folkhälsoområdet skiljer sig således tydligt från den praktik som vanligen finns på en skola. Trots detta bör skolan ha hjälp av den forskning som finns inom det folkhälsovetenskapliga området. Hjälpen ligger i att erbjuda verktyg för lärare att sortera alla de idéer som finns om vad skolan kan göra. Gör man något, då bör det finnas belägg för att ungdomarna verkligen drar nytta av insatsen.

Den ansats som finns inom folkhälsoområdet, och som kan användas i skolan, syftar till att minska ungdomars benägenhet till att använda narkotika, under skoltiden och senare under ungdomsåren. Det finns en mängd individuella faktorer som uppfattas ha betydelse och som skolan, åtminstone i teorin, kan tänkas påverka.

För att en förebyggande metod inriktad på en viss bestämningsfaktor ska vara meningsfull måste tre krav vara uppfyllda. 1) Det måste finnas vetenskapliga belägg för att faktorn verkligen är del av en orsakskedja som leder till drogbruk. Detta krav brukar ofta formuleras som krav på evidens. 2) Faktorn måste vara betydelsefull också i kvantitativa termer. Även om en effekt är statistiskt säkerställd innebär det inte att den också är tillräckligt stor för att spela roll i praktiken. 3) Det måste finnas belägg för att metoder, när de används i skolan, har effekter på den aktuella bestämningsfaktorn. Är inte alla tre kraven uppfyllda kan insatsen inte förväntas ge effekt på ungdomars drogbruk.

Detta sätt att värdera olika metoder kan utgå från effekter av en pedagogisk metod. Analysen kan också utgå från bestämningsfaktorer som har betydelse för drogbruk och som skolan kan påverka.

Undervisning om narkotika har ringa effekt

Undervisning har varit skolans främsta metod för att minskat elevers bruk av narkotika. *Tidigare* dominerade kunskapsförmedling. Eleverna fick kunskaper om vilka skador narkotika ger och fick lära sig något om verkningsmekanismer. Redan på 1970-talet stod det dock klart att sådan undervisning inte minskade elevernas bruk av narkotika. Några studier visade till och med att narkotikabruket kunde öka. Därför påbörjades försök med att utveckla undervisning efter andra principer. En tanke var att göra undervisningen mer konkret och känslomässigt mer engagerade genom att exempelvis inbjuda före detta missbrukare. Den dominerade ansatsen har dock varit att utforma undervisning som är tänkt att utveckla skyddsfaktorer, exempelvis genom att träna självförtroende, förmåga till socialt samspel och förmåga till att ta ställning till bruk av narkotika (värderingsövningar).

En systematisk forskningsöversikt publicerad år 2005 behandlar effekten av drogundervisning i skolan (Faggiano m.fl. 2005). Totalt identifieras 32 kontrollerade randomiserade studier. De flesta var inriktade på barn och ungdomar i åldern 10–12 år och använde metoder som var tänkta att både ge kunskaper och att stärka skyddsfaktorer. Många studier visar att insatsen påverkar elevernas kunskaper, flera att elevernas förmåga att fatta beslut förbättras och några visar att konsumtionen av narkotika blir lägre bland de elever som deltagit. Vanligen har dock effekten endast studerats 1–2 år efter insatsen. Det är en allvarlig begränsning eftersom drogbruk är ovanligt före 14–15 års ålder. I några studier har effekten studerats mer än 2 år efter insatsen. I de flesta studier påvisas då ingen effekt på ungdomarnas drogbruk. En enda studie utgör ett undantag (Botvin m.fl. 1995). Där påvisas effekter sex år efter insatsen. Utformningen av denna studie har dock kritiserats och resultaten har inte reproducerats av någon annan forskargrupp. Två senare publicerade översiktsarbeten förändrar inte denna nedslående bild (Niall 2006, Brochu 2006). Det finns även enstaka svenska studier som bekräftar de uppgifter som den internationella forskningen ger (Lindström 1996). Ett EU-finansierat drogprogram ”Unplugged” har i flera länder visats ha korttidseffekt på bruk av narkotika men inga säkerställda effekter påvisades i Sverige.

Ett viktigt skäl till dessa dystra resultat är att de skyddsfaktorer som går att påverka under några lektioner förklarar mycket lite av risken för bruk av narkotika. Det går exempelvis att påverka elevernas förmåga att ta ställning med hjälp av värderingsövningar. Denna förmåga har dock mycket begränsad betydelse för narkotikabruk. Effekterna

blir något större om skolan avsätter 30–40 lektioner under ett år. Detta är dock ingen lösning eftersom effekten ändå blir försumbar. Det främsta skälet är troligen att syftet med undervisningen är att påverka ett ”icke-beteende”. Skolan kan utmärkt träna faktiska färdigheter (beteenden) som förmåga att lösa matematiska uppgifter, att formulera sig på svenska och engelska och så vidare. Att avstå från narkotika är dock ett ”icke-beteende”. Möjligen skulle skolan kunna träna eleverna i förmåga att inte ta emot narkotika om de får erbjudanden. För att sådan undervisning ska ha effekt krävs dock att de får riktiga erbjudanden i klassrummet och då har faktisk möjlighet att även säga ja. Sådan undervisning är uppenbart totalt olämplig.

Trots omfattande forskning och många innovativa försök verkar vi således inte känna till någon undervisningsmetod som skolan kan använda och som kan bidra till att ungdomars bruk av narkotika reduceras. Detta är självfallet nedslående. Kapitlet kunde också stanna här om särskild drogundervisning var det enda skolan hade att erbjuda. Det finns dock andra metoder som skolan kan använda. En allmänt väl genomförd skolundervisning som utvecklar ungdomars kompetenser skyddar mot ett flertal former av ohälsa under levnadsloppet. Skolan kan därför tänkas minska risken för drogbruk, inte genom särskilda insatser, utan genom undervisning i kärnämnen som svenska, matematik och engelska, utan att ens nämna ordet ”narkotika”.

Eleverna har rätt att bli orienterade om narkotika och dess effekter, på liknande sätt som de har rätt att bli orienterade om samhällsfrågor, biologi, etc. Det är därför självfallet för skolan att fortsätta att undervisa om narkotika. *Sådan undervisning ska dock inte förväntas påverka elevernas beteenden.*

Kompetenser

Begreppet *intelligens* (kompetens, mental förmåga, kognitiv förmåga) innefattar förmåga att lära av egna erfarenheter, kunna resonera, kunna planera och att kunna anpassa sig till den miljö individen lever i. Intelligens är således praktiskt användbart och är inte i första hand kopplad till skola och abstrakt tänkande.

En del forskare hävdar att traditionella IQ-tester fångar en underliggande generell mental förmåga som ofta kallas ”g”. Andra anser däremot att det finns flera olika former av *intelligens* som inte alla fångas

av IQ-tester (Sternberg 1999). Särskilt har förmågan att uppfatta och tolka känslor lyfts fram, *emotionell intelligens*. Det finns dock starka samband mellan olika former av intelligens. Detta talar för att det traditionella intelligensbegreppet är användbart, särskilt som en stor del av all forskning använt detta begrepp.

God kompetens under uppväxtåren skyddar mot bruk av narkotika senare i livet.

Flera studier visar att god kompetens under uppväxtåren skyddar mot bruk av narkotika senare i livet. I en dansk studie följdes 18-åringar 20 år framåt i tiden (Mortensen m.fl. 2005). God kompetens, uppmätt som intelligens vid 18 års ålder, minskade risken för sjuklighet som hänger samman med bruk av narkotika, även efter kontroll för föräldrarnas sociala bakgrund. I en studie från Nya Zeeland följdes barn från 9 års ålder till dess de blivit 15–18 år. Goda kompetenser vid det första tillfället minskade risken för användning av narkotika (Fergusson m.fl. 2005). I en amerikansk översikt visar författarna också att god inlärningsförmåga skyddar mot drogbruk (Weinberg 2001).

Mental förmåga, mätt med IQ-test, är relativt stabil. Exempelvis kan IQ-värdet vid 12 års ålder till 81 procent förklaras av IQ-värdet vid 11 års ålder (Sternberg 1999). Det innebär att andra faktorer, exempelvis barnens miljö, står för återstoden, det vill säga 19 procent. Kumulerat (ansamlat) över flera år blir denna återstod betydande. IQ vid 12 års ålder kan endast till 21 procent förklaras av värdet vid 3 års ålder. Då återstår 79 procent som i princip är möjligt att påverka.

Kompetenser utvecklas i interaktionen mellan individen och miljön. I många fall är samspelet självförstärkande. När en individ utvecklar en viss kompetens stimulerar framgången både individen själv och omgivningen så att kompetensen utvecklas ytterligare. På så sätt kan skillnaden individer emellan öka under skolåren.

Det finns föreställningar om att kompetens (intelligens) är en medfödd egenskap som inte går att påverka. Självfallet påverkas intelligens, liksom andra egenskaper, av våra arvsanlag. Uppväxtvillkoren har dock avgörande betydelse. Olika författare uppskattar att miljön under uppväxten svarar för 40–80 procent av variationen i vuxen ålder (Hunt 1995). Ett belägg för uppväxtvillkorens stora betydelse ger studier av de stora förändringar som skett i genomsnittlig intelligens under andra halvan av 1900-talet (Flynn 1987, Holloway 1999). Från 1947 till 1972 ökade IQ med i genomsnitt 0,31 enheter per år och under 1990-talet var den årliga ökningen i genomsnitt 0,36. För ett land som Nederländerna innebär detta att den genomsnittliga intelligensen bland unga män år 1984 låg på en nivå som motsvarande de 20 procent mest begåvade år 1952 (Flynn 1987).

Skolan bidrar till att främja utveckling av kompetenser bland barn och unga. Ett skolår leder till förbättringar om 2 enheter på IQ-skalan (Sternberg 2001, Gustafsson 2001). En väl fungerade skola kan således bidra till mindre drogbruk genom att den allmänna kompetensen bland ungdomar förbättras. Bruk av narkotika ger kortsiktiga vinster som inte uppväger de långsiktiga problem som bruket medför. Om ungdomar utvecklat sin allmänna kompetens blir de bättre på att själva ta reda på sakförhållanden om narkotika och att värdera denna information.

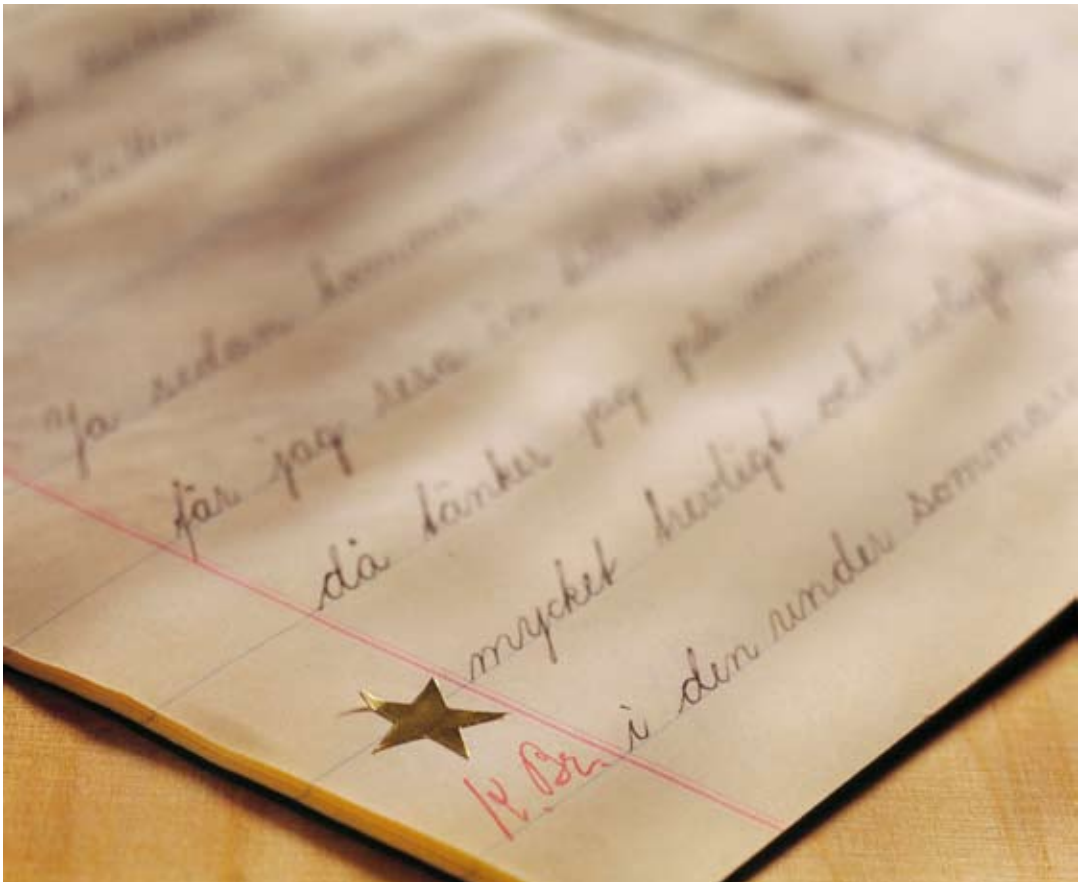
Utagerade psykiska problem

Utagerade beteendeproblem, det vill säga hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD) och uppförandestörning, ökar risken för bruk av narkotika (Olsson m.fl 2005, Boden m.fl. 2006, Biederman 2006), se även Britt af Klintebergs kapitel. Detta innebär att om förekomsten av utagerade psykiska problem reduceras kan man förvänta sig minskad förekomst av drogbruk bland ungdomar.

Utagerande beteendeproblem är mindre vanligt bland barn och unga med god mental förmåga. Denna kunskap baseras på studier där individer följts över tid och där man tagit hänsyn till föräldrarnas sociala bakgrund (Schonfeld m.fl. 1988, Hinshaw 1992, Sternberg m.fl. 2001, Fergusson m.fl. 2005). Detta innebär att skolan, genom att utveckla ungdomars kompetenser, kan reducera förekomsten av utagerande beteendeproblem, vilket i sin tur reducerar ungdomarnas bruk av narkotika.

Förekomst av utagerande psykiska problem, hög alkoholkonsumtion och drogbruk är nära förbundna med förekomst av misslyckanden i skolan (Jessor 1984, Weissberg m.fl. 1991, McLellan m.fl. 1999, Berg-Kelly m.fl. 1999). Enbart en sammankoppling mellan fenomenen säger dock inget om orsak. Bristande skolframgång kan tänkas vara en följd av drogkonsumtion, likaväl som det omvända. Longitudinella studier, både i Sverige (Roe 1983), Finland (Karvonen m.fl. 1999) och USA (Ellickson m.fl. 1992), visar dock att bristande skolframgång föregår en hög alkoholkonsumtion och användning av narkotika och inte tvärtom. I den amerikanska studien har man uppskattat att inställningen till skolan, tillsammans med band till familjen, förklarar 72 procent av variationen i drogbruk vid 13 års ålder (Ellickson m.fl. 1992).

Utformningen av den psykosociala miljön i skolan påverkar risken



Det finns omfattande litteratur som visar att framgång i skolan skyddar mot drogbruk.

för utagerade beteenden. Om miljön utformas så att den minskar utagerande beteenden kan man förvänta att detta också medför att risken för drogbruk minskar (Hawkins 1995).

Framgång i skolan

Det finns omfattande litteratur som visar att framgång i skolan skyddar mot drogbruk, liksom det omvända, det vill säga att misslyckande i skolan ökar risken för drogbruk (Ellickson m.fl. 1992). En bidragande förklaring kan vara att framgång i skolan skapar goda självförstärkande cirklar. Den som lyckas tror sig kunna klara svårare uppgifter, vilket sedan utvecklar individens förmåga och så vidare. Skolframgång kan bidra till mindre drogbruk både genom att allmänna kompetenser di-

rekt skyddar mot drogbruk och genom att risken för utagerade beteenden reduceras.

Det är önskvärt att så många elever som möjligt klarar sig bra i skolan. Detta gäller för samhället som helhet och särskilt från det drogpreventiva perspektiv som behandlas i denna skrift. Det finns idag goda kunskaper om vad som utmärker skolor där många elever klarar sig bra och där förekomsten av drogproblem är reducerad.

Undervisning som ger eleverna tydliga mål, ställer höga krav och där läraren ofta ger återkoppling till eleven på deras prestationer går ofta under beteckningen ”framgångsrika skolor” (effective schools). Framgångsrika skolor förbättrar elevernas skolprestationer (Teddie m.fl. 1997, MacBeath m.fl. 2001), reducerar förekomsten av utagerande beteendeproblem och reducerar elevernas bruk av alkohol och narkotika (Wilson m.fl. 2001).

Begreppet ”framgångsrika skolor” utgår från studier av skolor där barnen har goda prestationer, trots att de kommer från socialt mindre gynnade familjer (MacBeath m.fl. 2001). En tidig undersökning genomfördes i Londons East End under 1970-talet (Rutter m.fl. 1979). Författarna fann att eleverna klarade sig bättre, både när det gällde skolprestationer och social anpassning, om skolorna hade tydligt pedagogiskt ledarskap, höga förväntningar på eleverna, betoning på basfärdigheter och ofta återkommande bedömningar av eleverna. Ett stort antal senare studier har bekräftat dessa fynd. Grosin har påvisat liknande förhållanden i Sverige (Grosin 2004). I den svenska utredningen om skolans ledningsstruktur som lades fram i november 2004 identifieras likaledes dessa karaktäristika i framgångsrika skolor (Utbildnings- och kulturdepartementet 2004).

Framgång i skolan skyddar mot drogbruk.

Två sammanställningar av den tillgängliga internationella litteraturen tyder på att ca 10 procent av elevernas skolprestationer kan förklaras av de karaktäristika som ingår i begreppet ”framgångsrika skolor” (Teddie m.fl. 1997, MacBeath m.fl. 2001). I dessa studier har man tagit hänsyn till elevernas sociala bakgrund. Denna effekt motsvarar 0,7 SD (SD är ett statistiskt mått på effekt) (Rosenthal 2001), vilket motsvarar resultat i mycket framgångsrika försök med avgränsade pedagogiska metoder.

De processer som leder till att en skola blir ”framgångsrik” förutsätter att den enskilda läraren tillämpar de aktuella principerna i klassrummet (Teddie m.fl. 1997). Det stöd den enskilda läraren behöver förefaller vara analogt med det stöd den enskilda eleven har nytta av för optimal inlärning, det vill säga tydliga mål, tydliga förväntningar på den enskilda läraren, regelbundna och ofta återkommande utvärde-

ringar av lärarens insatser, regelbunden feedback till läraren på hennes/hans prestationer och ett allmänt positivt klimat. Det är i första hand skolledaren som ska ansvara för att den enskilde läraren får detta stöd. Skolledarnas eget arbete främjas i sin tur av liknande insatser från den kommunala skolledningen. Det krävs således att kommunen har tydliga mål, att mätningar regelbundet utförs och att skolledaren får återkoppling.

Hälsoekonomiska beräkningar visar att främjande av de principer som ”framgångsrika skolor” bygger på inte bara förbättrar elevernas skolpresentationer och hälsa utan även minskar kommunens kostnader (Bremberg 2007).

Skolmiljö

För att förebygga bruk av narkotika förefaller utformning av skolmiljön som helhet vara viktigare än utformning av avgränsade pedagogiska metoder (Wilson m.fl. 2001). En systematisk översikt visar att ett gott skolklimat har gynnsamma effekter på välbefinnande, förekomst av problembeteenden och skolprestationer (Sellström m.fl. 2006). En finsk studie av elever i årskurs 8 och 9 tyder på att förhållandena i skolan förklarade 15–20 procent av variationen i välbefinnande (Konu m.fl. 2002). Det är avsevärt mer än vad som kan förklaras av elevernas sociala bakgrund (2 procent), deras fritidsaktiviteter (7 procent) och av relationen till familj och vänner (10 procent). En enda studie kan inte ge ett definitivt svar. Studier pekar dock på att utformningen av skolan har avgörande betydelse för barns och ungas välbefinnande.

Utformning av skolmiljön som helhet förefaller vara viktigare än utformning av avgränsade pedagogiska metoder.

Systematiskt kvalitetsarbete i skolan

Det finns tydliga samband mellan skolans förmåga att genomföra sitt huvuduppdrag och elevernas psykiska hälsa, inklusive risken för drogproblem (Teddie m.fl. 1997). Att förbättra skolans kvalitet är därför angeläget. Utveckling av skolans kvalitet har varit aktuell, särskilt under de senaste tio åren.

Systematiskt kvalitetsförbättrande arbete har dock införts relativt sent i skolorna i Sverige (Hedwall m.fl. 2002). I 1997 års utvecklingsplan för förskola, skola och vuxenutbildning fastslås att ”Skolans kvali-

tet måste sättas i fokus på alla nivåer" (Utbildningsdepartementet 1996). Redan på 1980-talet påbörjades arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer. Idag (2008) saknas dock fortfarande en allmänt använd uppsättning av indikatorer.

Kvalitetsutveckling innebär att samla information om en process, värdera denna information, utforma åtgärder, värdera effekterna, utforma nya åtgärder, värdera effekterna och så vidare. (Wikipedia, Kaizen 2005, NE 2005). Inom skolan har ett flertal former för återföring och analys av information tagits fram. En är det system för kvalitetsförbättring, BRUK, som Skolverket utvecklat och som Myndigheten för skolutveckling har ansvarat för. Två liknande metoder är forskningscirklar i skolan, som utvecklats vid Myndigheten för skolutveckling (Holmstrand m.fl. 2003) och Problembaserad skolutveckling som tagits fram vid Karlstads universitet (Scherp 2005). Arbetslivsinstitutet har utvecklat en metod för att fortlöpande förbättra arbetsmiljön, sett från elevernas perspektiv. I flera kommuner används system för kvalitetsförbättring där skolan också inkluderas. Ett exempel är de balanserade styrkort som används bland annat i Göteborgs stad (Göteborgs stad 2006). I en modell som prövats i Linköping var navet i arbetet en arbetsgrupp med rektor som ordförande, skolsköterskan sammankallade, två elever samt två lärare. Positiva effekter redovisades i detta försök (Bremberg m.fl. 1991).

De system som finns idag (2008) tar dock normalt inte in uppgifter om elevernas hälsa. Det är en allvarlig begränsning eftersom lärande och hälsa ömsesidigt påverkar varandra. De elever som klarar skolan bra har ofta god hälsa och goda hälsovanor (Markham m.fl. 2003) och de elever som mår bra klarar ofta skolan bättre. Det är därför motiverat att utveckla skolans kvalitetssystem så att elevernas hälsa inkluderas i systemen för uppföljning. Skolhälsovården samlar redan in sådana uppgifter som kan inkluderas i de lokala uppföljningssystemen.

Skolsköterskan träffar alla elever vid en skola. Skolsköterskans samtal med enskilda elever utgör en unik källa till kännedom om hur en skola fungerar, sett från elevernas perspektiv. Den enskilda läraren, och lärarlaget, känner till de egna eleverna. Lärarna har emellertid ingen samlad överblick över alla elever i skolan. Relationen till lärare påverkas också av att lärare har till uppgift att bedöma den enskilda elevens skolprestationer. Skolsköterskan har däremot personliga kontakter med alla elever och behöver inte sätta betyg.

Svenska försök pågår på flera ställen i landet där information om elevernas hälsa, hälsovanor och deras upplevelse av skolmiljön återförs till en "kvalitetsgrupp" ledd av rektor som kan fatta beslut om åt-

gärder. För att understödja denna typ av kvalitetsförbättrande arbete har Statens folkhälsoinstitut utvecklat ett enkätsystem som utgår från skolsköterskans hälsosamtal och som kommer att vara färdigt skolåret 2008/09. Eleverna får besvara frågor på webben om hälsa och skolmiljö. Skolsköterskan använder informationen som utgångspunkt för samtal med den enskilda eleven. Eftersom den teknik som används är datorbaserad kan skolsköterskan enkelt sammanställa uppgifter för hela skolan. Denna aggregerade information kommer att kunna användas i de ”kvalitetsgrupper” som beskrivs ovan.

Särskilda aspekter

I diskussionen om drogförebyggande insatser i skolan har ett flertal aspekter diskuterats. De behandlas i det följande i bokstavsordning.

Aktiv problemlösning

Människor kan möta problem på olika sätt. En del blir arga, andra nedstämda, och några söker stöd hos andra människor. Sättet att möta problem kallas i psykologisk litteratur för coping. Ett sätt att möta problem är att fundera ut alternativa lösningar och väga fördelar mot nackdelar för att på så vis komma fram till en hållbar lösning. Barn och unga som möter svårigheter på detta sätt löper mindre risk att drabbas av psykiska problem (Glyshaw m.fl. 1989, Plancherel m.fl. 1995, Sandler m.fl. 1994). Träning i sådan förmåga har visats minska risken för drogbruk (Seal 2006). Aktiv problemlösning ingår som en komponent i socialt och emotionellt lärande, se nedan. Långtidsuppföljningar av denna typ av pedagogiska insatser saknas dock.

En praktiskt användbar metod för att träna ungdomar i ålder 14 år och äldre i aktiv problemlösning är ”Du bestämmer” (Arborelius m.fl. 2005).

Elevhälsovård

Elever kommer regelbundet till skolsköterskan för hälsosamtal. Dessutom har elever möjlighet att träffa skolsköterskan på eget initiativ. Samtalen erbjuder möjligheter för skolsköterskan att påverka elevens bruk av narkotika, om eleven själv upplever någon form av problem som kan knytas till detta bruk. Om skolsköterskan då använder sig av en mottagarorienterad samtalsmetod, exempelvis så kallade motiverade samtal, finns stöd för antagandet att samtalen kan påverka kon-

sumtionen. Traditionellt har dock samtal hos skolsköterskan främst varit inriktade på att förmedla normen att bruk av narkotika inte är tillåtet. Det är inte klarlagt att sådana samtal är effektiva. Motsvarande gäller för elevernas samtal med skolkurator.

Förmåga att motstå kamrattryck till att ta emot narkotika

I flera studier har man försökt klargöra om förmågan att avböja erbjudande av narkotika kan förutsäga senare drogbruk. Eftersom det är svårt att observera den faktiska förmågan har man istället med hjälp av enkäter frågat ungdomar om deras tilltro till den egna förmågan (self-efficacy) att avböja erbjudande om narkotika. I flera studier kunde författarna visa att ungdomar med hög tilltro till den egna förmågan att avböja ett erbjudande senare använde mindre cannabis (Ellickson m.fl. 1992, Ellickson m.fl. 1990).

Om förmåga att avböja ett erbjudande är en bestämningsfaktor bör träning av denna förmåga skydda mot drogbruk. Resultat från experimentella studier av sådan träning har publicerats. Träningen har i allmänhet baserats på social inlärningsteori (Bandura 1977). Man utgår från faktiska situationer där ungdomar använder narkotika. Eleverna får bland annat i rollspel pröva olika förhållningssätt. De får också träna replikföring. I alla studerade program har träning kombinerats med andra insatser. I flera undersökningar har insatsen en påvisad effekt på ungdomarnas bruk av narkotika (Bell m.fl. 1993, Botvin m.fl. 1995). I samtliga studier har träning i att stå emot kamrattryck kombinerats med andra insatser, exempelvis påverkan av normer. Det går därför inte att avgöra om denna träning har någon specifik effekt.

I Sverige får ungdomar sällan praktisk träning i att motstå erbjudande att ta emot narkotika (Skolverket 1999).

Hälsofrämjande skola

Under 1980-talet lanserade WHO idén om hälsofrämjande skolor. Redan då stod det klart att det är svårt att påverka beteenden enbart med pedagogiska metoder i klassrummen. Tanken var därför att istället engagera hela skolan. Idén har tillämpats i ett stort antal länder, även i Sverige. I Sverige håller begreppet på att ersättas av hälsofrämjande skolutveckling. Flera länder i Europa är engagerade i WHO:s nätverk för hälsofrämjande skolor.

En systematisk översikt behandlar vetenskapligt publicerade kontrollerade studier inom området (Mukoma m.fl. 2004). Författarna fann endast fem studier med för- och eftermätningar i försöks- och kontrollskolor. Positiva förändringar av beteende påvisas endast i en

studie. En senare studie från Hongkong visar att elever vid skolor som utvecklat verksamhet i linje med hälsofrämjande skolor hade mer gynnsamma hälsobeteenden (Lee m.fl. 2006). I studien hade dock författarna inte kontrollerat för elevernas sociala bakgrund.

En svensk studie tyder på att skolor som lägger mycket betoning på hälsofrämjande aktiviteter har sämre verksamhet enligt principerna för framgångsrika skolor (Guldbrandsson m.fl. 2005). Eftersom principerna för framgångsrika skolor har stor betydelse för elevernas hälsa och effekten av direkta hälsoinsatser är oklar är det möjligt att en hälsofrämjande inriktning skulle kunna vara kontraproduktiv. Evidensen för hälsoeffekter av den hälsofrämjande skolan är uppenbart oklar.

Inflytande

Delaktighet och inflytande är en förutsättning för en god folkhälsa (Health Evidence Network 2006). Enligt Skolverkets undersökningar anser 57 procent av eleverna år 7–9 i grundskolan att de inte får vara med och bestämma i den omfattning de önskar (Skolverket 2004). Barnkonventionen anger att även barn har rätt till inflytande i frågor som rör dem själva. Barns inflytande kan dock komma i konflikt med deras välfärd eftersom barn kan ha svårt att överblicka konsekvenserna av en del beslut. Det är därför inte givet att ökat inflytande skulle gynna deras hälsa. En systematisk forskningsöversikt visar dock att skolprestationer, fysisk och psykisk hälsa främjas av ökat elevinflytande (Wennerholm m.fl. 2004). Analysen innefattade dock inte effekter på ungdomars bruk av narkotika.

KASAM

Det har gjorts flera försök att använda andra begrepp än intelligens för att beskriva mentala egenskaper som främjar hälsa. Ett sådant begrepp är KASAM (känsla av sammanhang och mening) (Antonovsky 2005). Det finns studier som visar på samband mellan KASAM och individens hälsa. Det saknas dock helt studier som visar att dessa egenskaper under uppväxtåren påverkar hälsan i vuxen ålder. Det saknas också till stor del studier som visar om egenskaperna går att påverka. Detta innebär att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att använda dessa begrepp som utgångspunkt för hälsofrämjande insatser.

Kunskap om narkotikans effekt

Det finns föreställningar om att kunskap om skadeverkningar skulle vara en betydelsefull bestämningsfaktor för drogbruk. Vardaglig erfarenhet visar dock att det inte finns några enkla samband mellan kunskap och beteende. De flesta rökare är väl medvetna om den fara de utsätter sig för. Trots detta fortsätter de att röka. Ett annat exempel utgör narkomaner – det är en grupp med osedvanligt goda kunskaper om narkotika. Vetenskapligt har man heller inte kunna visa på några tydliga generella samband mellan kunskaper och beteenden (Parcel 1984).

Undervisning i skolan som syftar till att öka kunskapen om narkotika ingår vanligen som en del av andra undervisningsinsatser. Några bestående effekter på drogbruk har inte kunnat påvisas (Faggiano m.fl. 2005). Vissa resultat tyder till och med på att upplysningsprogram kan bidra till en ökning av oönskade beteenden som alkoholbruk (Foxcroft m.fl. 1997).

Lärartäthet

Att enbart minska klassernas storlek förbättrar elevernas inlärning och hälsa. Hälsoekonomiska beräkningar visar dock att kostnaderna är stora i relation till effekterna. Från ett hälsoperspektiv är därför minskad klasstorlek en mindre angelägen åtgärd (Bremberg 2007).

”Mindfulness”

Mindfulness är en mångtusenårig lära med rötterna i yogisk och buddistisk tradition. På senare år har mindfulness blivit beteckningen på såväl ett förhållningssätt som strukturerade program, som syftar till ökad hälsa och välbefinnande. Begreppet mindfulness lanserades på 1970-talet i USA av Jon Kabat Zinn. Han definierade mindfulness som ”att välja att vara uppmärksamt närvarande utan att döma eller ta ställning” (Kabat Zinn 2005). I detta förhållningssätt tränas acceptans som en grund för kloka livsbeslut. Mindfulness lär oss att uppleva och relatera till det som händer i livet här och nu, istället för att vara på ”autopilot” med tankarna på annat håll. Metoderna är granskade och utvärderade i modern medicinsk forskning och visar goda effekter på sömn, immunförsvar, smärta, oro och andra stressrelaterade besvär (Åsberg m.fl. 2006).

Under 1990-talet har mindfulness integrerats med kunskap från kognitiv beteendeterapi (Segal m.fl. 2002). Positiva resultat från kontrollerade försök med förebyggande skolprogram har rapporterats från Sverige med en variant kallad ACT (acceptance and commitment

therapy/training) (Jakobsson m.fl. 2006). Försök har också rapporterats där denna metodik används för att behandla drogmissbruk bland ungdomar (Bootzin m.fl. 2005). Dock finns inga kontrollerade försök redovisade där effekter av insatser i skolan påvisats på ungdomars bruk av narkotika.

Normer

Människors föreställningar om hur man tror att man ska bete sig, det vill säga upplevda normer, förklarar en väsentlig del av allt mänskligt handlande (Hansen m.fl. 1991). De normer ungdomar tar till sig kommer både från vuxna och från jämnåriga. Kopplingen till vuxna är relativt stark på detta område liksom inom andra områden. Stabilitet över generationsgränserna är en förutsättning för samhällets fortbestånd. Stabiliteten gäller både för beteenden, som de flesta uppfattar som önskvärda, liksom för beteenden som inte är önskvärda.

Betydelse av de sociala normernas inflytande är oomtvistad. Det finns dock problem med att omvandla kunskapen om normernas betydelse till praktiskt användbara insatser i skolan. Det finns enstaka experimentella studier som varit utformade så att man kunnat klargöra effekten av normpåverkan och som visat på effekt vid bruk av cannabis (Hansen m.fl. 1991). I de flesta undervisningsprogram ingår dock påverkan av normer endast som en komponent bland flera andra. Eftersom de långsiktiga effekterna av undervisningsprogram i skolan är oklar har den normpåverkande komponenten uppenbart inte varit tillräckligt kraftfull för att ha effekt (Faggiano m.fl. 2005).

I Sverige har en metod som kallas ”aktiva värderingar” fått relativt stor spridning. Eleverna får i olika övningar klargöra sina egna värderingar. Avsikten är att på detta sätt stärka negativa attityder till alkohol och narkotika. Några studier som visat att en sådan effekt uppnås har dock inte lagts fram vare sig i svenska eller utländska undersökningar (Marklund 1983, Hopkins m.fl. 1988).

Självkänsla

Ungdomar som mår bra har ofta en positiv självbild. En tanke är därför att främja hälsa och goda hälsovanor med hjälp av insatser som ska stärka ungdomars självbild. Det är vanligt med sådana program som syftar till att motverka bruk av narkotika. Den underliggande tanken är att självkänsla är en fristående egenskap som går att isolera från personen som helhet och hennes livssituation, ungefär som färgen på håret.

Aktuell forskning tyder dock på att en sådan förenkling är problematisk. Studier av drogbruk får illustrera detta förhållande. Det finns

I Sverige har en metod som kallas ”aktiva värderingar” fått relativt stor spridning. Eleverna får i olika övningar klargöra sina egna värderingar. Avsikten är att stärka negativa attityder till alkohol och narkotika. Det finns dock studier som visar att ”aktiva värderingar” har effekt på drogbruk.

ett samband mellan låg självkänsla och bruk av narkotika. Orsaksförloppet börjar dock inte med låg självkänsla. Studier visar att problemen ofta börjar med misslyckande i skolan. Detta resulterar i låg självkänsla (Andrews m.fl. 1997) och problem för eleven att anpassa sig till skolan (Markham m.fl. 2003). Sett från detta perspektiv är den dåliga självkänslan och drogbruket uttryck för samma bakomliggande problem, skolmisslyckandet. Varken skolmisslyckandet eller drogbruket går därför att påverka med program som allmänt söker stärka självkänslan såvida inte insatsen hjälper ungdomarna att klara det underliggande problemet, det vill säga misslyckandet i skolan.

Aktuell forskning visar att det inte är meningsfullt att söka stärka ungdomars självkänsla i syfte att främja god hälsa och goda hälsovanor. Ett skäl är att studier som genomförts med god metodik vanligen inte pekar på samband mellan självbild och bruk av alkohol, aggressivitet, skolprestationer eller popularitet bland kamrater. Ett annat skäl är att bestående effekter av sådana program inte påvisats vid bruk av narkotika.

Under de senaste decennierna har det i västvärlden funnits föreställningar om att vuxna bör stärka barns självförtroende. Vuxna ska intala barn att de är lysande – även om deras prestationer är måttliga eller dåliga. Man tänker sig att om barn fick veta vad de faktiskt klarar av, då skulle de sluta att anstränga sig.

Vi börjar nu få facit. Twenge och medarbetare har undersökt en stor grupp amerikanska collegestudenter 2006 och jämfört resultaten med det forskarna fann i en motsvarande grupp år 1982 (Twenge 2007). Ungdomarna 2006 har fått avsevärt bättre självförtroende – men de har blivit sämre på att bedöma vad de faktiskt kan. De överskattar ofta den egna förmågan inom olika områden (DeAngelis 2003). Detta gäller särskilt ungdomar som är påfallande svaga. Denna utveckling följer ganska logiskt från vår tendens att alltid intala unga människor att de är duktiga.

På kort sikt kan överskattning av den faktiska förmågan självfallet ge fördelar. Vi mår bra av att känna oss kompetenta. På längre sikt har dock en orealistisk självbild klart negativa effekter. Risken att misslyckas ökar uppenbart om individen inte har en klar bild av den egna förmågan. Det finns inte heller incitament till att öva för den som tror att hon redan behärskar ett område. Det är också möjligt att en uppblåst självbild gör oss mer självupptagna.

Kontrasten mellan ungdomar i den individualiserade västvärlden och ungdomar i Östasien är påtaglig. Om en ung människa från USA inte visar sig vara bra på en aktivitet – då letar hon reda på något annat där hon kan hävda sig. En japan, däremot, uppfattar svagheten som incitament till att öva mer. Amerikanen mår bättre än japanen – men utvecklar inte sin förmåga. Det är tänkvärt att ungdomar i USA med asiatiskt ursprung presterar avsevärt bättre i skola och högskola jämfört med ungdomar vars föräldrar är födda i USA.

Skolk

Skolk är ett uttryck för att elevens vantrivsel i skolan är så stor att eleven avviker, trots risk för sanktioner. Om eleven inte upplever skolgången som meningsfull är självfallet förutsättningarna för inlärning dåliga. Vidare, om eleven överhuvud inte infinner sig i skolan är förutsättningarna obefintliga för att skolan ska kunna utveckla den unges kompetenser – vilket är den skyddsfaktor mot narkotikabruk som framhålls i detta kapitel. En mängd studier visar också att risken för narkotikabruk är markant högre bland elever som skolkar.

Det är således mycket angeläget att motverka skolk. Den första åtgärden är att lärare snabbt reagerar när en elev är borta och meddelar

detta till föräldrarna. En andra åtgärd att registrera och sammanställa uppgifter om skolk på klass-, skol- och kommunnivå. Att sammanställa uppgifter har självfallet ingen effekt på den enskilda eleven men det synliggör frågan, vilket ger stöd till de lärare som ska ta itu med frågan. Den tredje och mer långsiktiga åtgärden är att utveckla undervisningen i skolan så eleven kan tillgodogöra sig den. Ett vanligt förlopp är att eleven inte lär sig basfärdigheterna i skolan tillräckligt bra under de första skolåren och sedan får allt svårare att följa med för att under de senare grundskoleåren börja skolka.

Socialt och emotionellt lärande

Det är viktigt att känna igen sina egna och andra individers känslor, att kunna tolka och hantera dem. Förmågan att uppfatta känslor kallas ofta emotionell kompetens eller emotionell intelligens. Emotionell kompetens är förbunden med förmågan att samspela med andra människor, ofta kallad social kompetens. Både emotionell och social kompetens går att utveckla, likaväl som förmågan att kunna räkna och skriva.

En sammanställning av studier visar på måttliga effekter av träning av känslomässig förmåga. En liten effekt har påvisats i form av minskad förekomst av utagerande beteendeproblem (0,26 SD) (Durlak m.fl. 1997). Säkerheten för slutsatserna är måttlig eftersom bedömningen grundas på experiment med kontroll- och experimentgrupper men utan randomisering. En svensk studie som redovisar goda effekter av försök i grundskolan med en sådan metod, Social och Emotionell Träning (SET) (Kimber 2008), är under publikation 2008.

Översikter med exempel på praktiskt användbara metoder avsedda för förskola och skola har redovisats (Ogden 2003, Ogden 2006). I Sverige används begreppet ”livskunskap” för att beteckna ett flertal olika insatser. Träning i känslomässig förmåga kan ingå i sådan undervisning men begreppet ”livskunskap” är mycket brett och behöver inte innefatta sådana moment.

Värdet av att använda begreppet emotionell intelligens är omstritt. En del forskare menar att generell mental förmåga mätt med traditionella IQ-tester även fångar emotionell intelligens (Sternberg 1999). Det går bland annat att peka på att abstrakt problemlösning kräver engagemang av både känsla och intellekt liksom att samspel med andra människor både kräver förmågan att tolka olika signaler och att vara öppen för de egna känslor som samspel med andra väcker. Att göra en strikt åtskillnad mellan emotionell intelligens och generell mental förmåga skulle därför inte vara befogat. Förespråkare för emotionell intelligens hävdar dock detta.

Skolans möjlighet ligger i att utföra kärnuppdraget väl, det vill säga att bidra till att alla ungdomar klarar undervisningen.

Konklusion

Skolan kan förebygga ungdomars bruk av narkotika. Särskild undervisning om narkotika har sannolikt ingen bestående effekt. Detta gäller oavsett om ordinarie lärare ansvarar för detta moment eller om skolan bjuder in andra personer att tala om ämnet. Traditionell under-

visning som är inriktad på att förmedla kunskap är lika ineffektiv som moderna beteendevetenskapligt baserade metoder.

Skolans möjlighet ligger i att utföra kärnuppdraget väl, det vill säga att bidra till att alla ungdomar klarar undervisningen och att de därigenom utvecklar sina kompetenser. Det finns många sätt att stödja skolan i kärnuppdraget. Den främsta är att på den enskilda skolan systematiskt arbeta med att förbättra skolans kvalitet. Detta kräver att man regelbundet hämtar in uppgifter om elevernas prestationer, deras upplevelse av arbetsmiljön i skolan och deras hälsa och hälsovanor. Med denna information som utgångspunkt, och kunskaper om effektiva metoder, exempelvis socialt och emotionellt lärande, kan fler elever klara skola och därigenom skyddas mot drogbruk.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se

Boden, J.M., Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2006). ”Illicit drug use and dependence in a New Zealand birth cohort.” *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 40(2):156–163.

Bremberg, S. (2007). *Kommunala insatser som kan förbättra psykisk hälsa bland barn och ungdom – några exempel på analyser av effekter och kostnader*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Brochu, S. (2006). ”Evidence-Based Drug Policies.” *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 7(0):36–45.

Durlak, J.A. & Wells, A.M. (1997). ”Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review.” *Am J Community Psychol* 25(2):115–152.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2005). ”School-based prevention for illicit drugs’ use.” *Cochrane Database Syst Rev*. (2):CD003020.

Fergusson, D.M., John Horwood, L. & Ridder, E.M. (2005). ”Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood.” *J Child Psychol Psychiatry*. 46(8):850–858.

Flynn, J.R. (1987). ”Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure.” *Psychological Bulletin* 101(2):171–191.

Foxcroft, D.R., Lister-Sharp, D. & Lowe, G. (1997). ”Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness.” *Addiction* 92(5):531–537.

Guldbrandsson, K. & Bremberg, S. (2005). ”Two approaches to school health promotion – a focus on health-related behaviours and general competencies. An ecological study of 25 Swedish municipalities.” *Health Promot Int* 2005 ;21(1):37–44.

Hawkins, J. m.fl., (1995). *Deliquents and drugs: what evidence suggest about prevention and treatment programme*. Seattle: School of Social Work. University of Washington.

Hinshaw, S.P. (1992). ”Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms.” *Psychol Bull* 111(1):127–155. http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119_10. Accessed.

Kimber, B. (2008). *Att främja barns och ungdomars sociala och emotionella utveckling. Teori och praktik. Handbok för pedagoger*. Stockholm: Ekelunds Förlag.

Lee, A., Cheng, F.F., Fung, Y. & St Leger, L. (2006). ”Can Health Promoting Schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience”. *J Epidemiol Community Health* 60(6):530–536.

Markham, W.A. & Aveyard, P. (2003). ”A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice.” *Soc Sci Med* 56(6):1209–1220.

Mukoma, W. & Flisher, A.J. (2004). ”Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies.” *Health Promot Int* 19(3):357–368.

Niall, C. (2006). ”Drug education and prevention: Has progress been made?” *Drugs: Education, Prevention & Policy* 13(5):417–422.

Ogden, T. (2003). *Social kompetens och problembeteende i skolan: kompetensutvecklande och problemlösande arbete*. Stockholm: Liber.

Roe, K. (1983). *Massmedia and adolescent schooling: conflict or co-existence?* Stockholm: Almquist & Wiksell International.

Sellström, E,. & Bremberg, S. (2006). ”Is there a 'school effect' on pupils outcomes? A review of multilevel studies.” *J Epidemiol Community Health*. 60:149–155.

Weissberg, R.P., Caplan, M. & Harwood, R.L. (1991). ”Promoting competent young people in competence-enhancing environments: a systems-based perspective on primary prevention.” *J Consult Clin Psychol*. 59(6):830–841.

Wilson, D.B., Gottfredson, D.C. & Najaka, S. (2001). ”School-based prevention of problem behaviors: a meta analysis.” *J Quantiative Criminology* . 17(3):245–272.

Narkotikaproblem, prevention och arbetsliv

Ulric Hermansson

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Det finns stöd för att personer som missbrukar narkotika har arbete.
- Kunskapen om hur stor andel som missbrukar narkotika och förvärvsarbetar är bristfällig i Sverige jämfört med andra länder som exempelvis USA.
- Det finns en bristfällig kunskap om sambandet mellan riskfaktorer och narkotikamissbruk bland anställda.
- Specifika motiv för arbetslivet att förebygga narkotikaproblem (förhindra uppkomst och åtgärda förekomst) kan bland annat vara risk för frånvaro, ohälsa, arbetsskador och olyckor.
- Narkotikatester (urinprov) är en möjlig metod för att tidigt upptäcka narkotikaanvändning på en arbetsplats.
- Kunskapsläget om specifika narkotikapreventiva metoders effekter är begränsat. Även om det finns en viss indikation att narkotikatester kan ha en preventiv effekt så behövs mer forskning.

Prevalens

Omfattningen av narkotikamissbruk bland vuxna är en central frågeställning för arbetslivet vid bedömning av hur viktigt det är att implementera såväl primär-, sekundär- som tertiärpreventiva åtgärder. Att på ett adekvat sätt genomföra systematiska mätningar av narkotikaförekomst på en specifik arbetsplats har även en central betydelse för att kunna utvärdera effekten av olika preventionsmetoder (Hersch m.fl. 2002). Det är också viktigt att det finns mätmetoder som kan replikeras och som därmed möjliggör jämförelser mellan arbetsplatser både inom ett land och mellan länder. I detta avsnitt redovisas kortfattat kunskapsläget vad gäller narkotikaförekomst på svenska arbetsplatser samt bland vuxna i arbetsför ålder och även vad internationella studier

visar, särskilt studier från USA. Sammanfattningsvis presenteras även några olika mätmetoder som används för att skatta narkotikaförekomst i arbetslivet. En mer ingående analys av narkotikaförekomst och utveckling över tid finns redovisat i Håkan Leifmans kapitel.

Nationellt

Tyvärr är kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser bristfällig.

Det finns dock undersökningar som visar att bland narkotikamissbrukare som är kända av myndigheter och institutioner så finns det personer som har arbete. Ett exempel på detta är studien av intravenösa injektionsmissbrukare som deltog i sprututbytet i Malmö. Bland de 496 ”sprutbytare” som var mantalsskrivna i Malmö och intervjuades under år 1995 uppgav 22 procent att de arbetat någon gång under de senaste 12 månaderna. Av sprutbytesmottagningens eget registermaterial som bestod av ca 3 600 personer framgår att 17 procent hade arbete vid aktuellt intervjutillfälle (Stenström 2008). Även om kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är bristfällig så finns det stöd för att narkotikaanvändning förekommer bland anställda på svenska arbetsplatser.

Kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är bristfällig men det finns stöd för att narkotikaanvändning förekommer.

Det har även visat sig i undersökningar från olika arbetsplatser att narkotikaanvändning förekommer bland anställda. I en internundersökning under en tvåmånadersperiod, genomförd på Saab-Scania, framkom det att sex procent hade spår av cannabis i urinen vid nyanställningsundersökningar (Grant 1991). Under tre veckor, hösten 1992, analyserades slumpmässigt genomförda urinprov på ca 500 anställda vid en verkstadsindustri där det visade sig att sex personer (1,2 procent) nyligen hade använt narkotika (Hermansson m.fl. 1994).

Självrapportering i befolkningsstudier har också visat att det finns belägg för att personer i arbetsför ålder använt narkotika under det senaste året. Under våren 1997 presenterades en undersökning av drogvanor bland män och kvinnor i åldrarna 18–54 år som genomfördes i Stockholms län (Hvitfeldt m.fl. 1999). Undersökningen visade att fyra procent av männen och två procent av kvinnorna hade prövat narkotika det senaste året. Berman och medarbetare (2002) genomförde nyligen en studie för att utvärdera ett nytt screeningformulär vad gäller narkotikavanor, Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). Bland annat prövades formuläret DUDIT på ett slumpmäs-

sigt urval (n=1 500) av allmänpopulationen (>15 år). Av de personer som svarade (75 procent) uppgav 3,1 procent att de hade använt narkotika senaste året.

I den årliga nationella folkhälsoenkäten (2004–2006) som riktar sig till personer i åldrarna 16–84 har drygt 10 procent (700 000 personer) prövat cannabis någon gång i livet. I den yngre åldersgruppen 16–29 år uppger sex procent att de prövat cannabis det senaste året. Undersökningen visar att förekomsten av cannabisanvändning det senaste året minskar med stigande ålder och bland ålderspensionärer finns enbart någon enstaka som uppgivit att de använt cannabis (Folkhälsoinstitutet 2007). I tidigare frågeundersökningar (1988–2000) återfanns den allra största andelen som prövat narkotika i åldersgruppen 30–49 år. I dessa undersökningar rapporterar flertalet, tre fjärdedelar, att de debuterade i narkotikaanvändning före 20 års ålder (CAN 2007).

Hur omfattande narkotikaanvändningen är inom vissa branscher i Sverige finns det nästan ingen kunskap om alls. En av få studier som genomförts, kanske den enda, redovisas i en rapport från STAD-projektet där 446 restauranganställda från ett sextiotal nöjeskrogar i Stockholm besvarade en enkät. Andelen restauranganställda som uppgav att de använt narkotika senaste året uppgick till 27 procent (Gripenberg 2002).

Även om vi mot bakgrund av ovanstående summariska redovisning kan dra slutsatsen att narkotikaanvändning uppenbart förekommer bland anställda på svenska arbetsplatser är det ingen överdrift att påstå att problemet inte är lika omfattande som i exempelvis USA.

Internationellt

Vetenskapliga studier om narkotikamissbrukets omfattning i arbetslivet och inte minst förekomsten över tid är uppenbarligen mest kartlagd i USA. Orsaken till detta är troligen en kombination av flera faktorer. I början av 1980-talet genomfördes flera studier som visade att narkotikamissbruk inte var helt ovanligt bland anställda. Samtidigt redovisades ett antal allvarliga olyckor inom transportsektorn där tågförare, bussförare och piloter bedömdes vara narkotikapåverkade (Gust m.fl. 1989). År 1986 utfärdade dåvarande presidenten en lag (Executive Order 12564, ”Drug-Free Federal Workplace”) om krav på införandet av narkotikatester för de federala arbetsplatserna och den militära organisationen. Denna lag utvidgades 1988 till att även omfatta arbetsplatser som är underleverantörer till och/eller finansierade av de federala myndigheterna samt universiteten.

I en tidig nordamerikansk befolkningsstudie från 1985 fann man att bland de som hade ett arbete hade ca 11 procent använt narkotika den senaste månaden och då framförallt cannabis (marijuana). Högst förekomst var det i den yngre åldersgruppen (18–34) där 20 procent rapporterade att de använt cannabis den senaste månaden (Cook 1989).

I mitten av 1990-talet genomförde National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) en undersökning bland den allmänna befolkningen. Studien visade att bland dem som var hel- och deltidsarbetande i åldersgruppen 18–49 år så uppgav 16 procent att de använt narkotika den senaste månaden och den dominerande illegala drogen var även i denna undersökning cannabis (Hersch m.fl. 2000). Intressant ur preventionssynpunkt är att data från ovanstående studie visade att drogdebuten för många av de anställda som uppgivit att de använt narkotika det senaste året skedde efter inträdet i arbetslivet, detta var särskilt markant för preparat som kokain och opiater (Cook 2006).

Tydligt är att länder som USA har en bättre kunskapsgrund om narkotikasituationen inom arbetslivet jämfört med Sverige.

Utöver de omfattande befolkningsstudierna finns det i USA prevalensstudier genomförda på specifika arbetsgrupper, arbetsplatser och branscher. Flera av studierna genomfördes redan i mitten på 1980-talet. Lund och medarbetare (1988) genomförde för Insurance Institute for Highway Safety en intressant studie. Under en vecka i december 1986 tillfrågades slumpmässigt 359 långtradarchaufförer om de frivilligt ville lämna urin eller blodprov för screening av såväl narkotika, alkohol som vissa läkemedel. Några chaufförer (12 procent) nekade att delta med motiveringen tidsbrist. Av de chaufförerna som deltog (n=317) hade 15 procent positiva urinprov på cannabis, fem procent amfetamin, två procent kokain och mindre än en procent på alkohol. Det bör i detta sammanhang påtalas att cannabis har en något längre påvisbar tid för identifiering (detektion) av drogen i urin jämfört med andra illegala droger. I en nyligen genomförd studie av Hersch och medarbetare (2002) bland byggnadsarbetare (n=445) vid sex arbetsplatser i sydöstra USA rapporterade ca 17 procent att de använt narkotika den senaste månaden. Enligt författarna stämmer rapporteringsnivån väl överens med vad som framkommit i befolkningsstudier för just den grupp som arbetar inom byggnadsindustrin.

En annan intressant studie, publicerad i den ansedda tidskriften *The Lancet*, genomfördes på nyutexaminerade läkare i nordöstra England. Birch och medarbetare (1998) sände en livsstilsenkät till 114 läkare som för ca ett år sedan tagit sin läkarexamen. Av dem som deltog i studien (n=90) uppgav 35 procent av de manliga läkarna och 19 pro-

cent av de kvinnliga att de använt cannabis nyligen och 11 procent uppgav att de använde cannabis regelbundet (varje vecka eller månad).

Även om de internationella studierna som redovisas ovan är ett begränsat urval så är det uppenbart att länder som USA har en bättre kunskapsgrund om narkotikasituationen inom arbetslivet jämfört med Sverige.

Mätmetoder

Att utveckla valida mätmetoder för att påvisa förekomst av narkotikaintag på en specifik arbetsplats eller inom en särskild bransch har inte enbart betydelse för att kunna bedöma och beskriva problemets omfattning utan behövs också för att kunna bedöma effekten av olika preventionsmetoder.

Självrapportering är troligen den vanligaste metoden för att kartlägga såväl alkohol- som narkotikaförekomst på en arbetsplats. Problemet med självrapportering har beskrivits av flera författare. Midanik (1982) framhåller i sin översiktsartikel vikten av att den som svarar inte upplever eller misstänker att svaret som lämnas kan skapa negativa konsekvenser. Utifrån denna kunskap är det inte ett orimligt antagande att anställda på en arbetsplats underrapporterar sitt narkotikaintag, särskilt om frågan gäller senaste månaden/året (Cook & Harell 1987). Om vi dessutom betänker att icke medicinskt bruk av narkotika är ett lagbrott i flera länder och att narkotikaanvändning uppfattas som ett tydligt normbrott i allmänhetens ögon så blir detta dilemma ännu tydligare.

Cook och medarbetare (1994) genomförde en studie där man jämförde olika instrument som bygger på självrapportering (individintervju på arbetsplatsen, gruppenkät på arbetsplatsen, telefonintervju och individintervju utanför arbetsplatsen) med narkotikaanalys i urin. Undersökningsgruppen bestod av 800 anställda inom stålindustrin. I denna studie fann man att flertalet av de som rapporterade narkotikaintag de senaste sex månaderna (10,3 procent) lämnade ett negativt urinprov (ej förekomst av narkotika). Omvänt visade det sig att av de som var positiva på urinprovet (8,1 procent) så rapporterade flertalet inget narkotikaintag. Författarnas slutsats är att självrapportering och urinprov är komplementära metoder. Denna studie utvecklades senare att även inkludera håranalys och dessa analyser visade sig vara komplementära till självrapportering (Cook m.fl. 1995). I båda studierna var andelen positiva utfall något högre i självrapportering jämfört med de biologiska testerna. I detta sammanhang bör nämnas att det skett

en viss metodutveckling vad gäller salivtester och att denna metod kan, trots vissa metodbegränsningar, vara möjlig för att mäta prevalens (Verstraete 2004).

Vad gäller detektionstiden för de olika biologiska analysmetoderna så beror denna först och främst på dos (frekvens, kvantitet) och på vilken metod som används. Något förenklat och sammanfattande har hårtester längst detektionstid, därefter kommer urin, sedan blod och saliv (Verstraete 2004).

Särskilda grupper och riskfaktorer

Även om andelen som missbrukar narkotika är betydligt högre bland arbetslösa jämfört med de som har en anställning så framkommer i internationella studier, särskilt från USA, att merparten av de som missbrukar narkotika faktiskt har ett arbete (Cook 2006). Utifrån den kunskapen kan det vara intressant att redovisa några data från befolkningsstudier vad gäller specifik narkotikaförekomst inom särskilda yrkesgrupper och skilda sociala förhållanden.

I Donna Bush' och Joseph Autrys (2002) översiktsartikel redovisar författarna några trender inom olika yrkesgrupper i USA. Data hämtade från nationella kartläggningar visade att narkotikaförekomsten under perioden 1991–1993 var högre bland de som arbetade som servitörer, författare, designers, artister eller inom byggnadsindustrin, medan den var lägre bland till exempel lärare, dagbarnvårdare och poliser (SAMHSA 1996). Undersökningen visade att betydligt fler ogifta arbetstagare rapporterade narkotikaintag jämfört med dem som var gifta. Bland deltidsarbetare i åldersgruppen 18–49 år rapporterade en högre andel att de använt narkotika det senaste året i jämförelse med de som arbetade heltid. Undersökningen visar också att bland de som ofta byter arbete (tre eller fler arbeten under de senaste fem åren) är narkotikaanvändningen ungefär dubbelt så hög som för övriga.

Riskfaktorer

Det finns tyvärr få studier som enbart undersökt riskfaktorer för narkotikaanvändning, oftast studeras narkotikaproblemet sekundärt medan alkoholproblemet är primärt. I början av 1990-talet presenterade Ames och Janes (1992) en modell med fyra förklaringsgrunder som kan påverka att den enskilde utvecklar alkoholproblem:

Även en liten dos narkotika (cannabis) påverkar vår förmåga att agera på ett adekvat sätt.

1. Vilka normer samt vilken social kontroll som finns och vad som accepteras på arbetsplatsen vad gäller alkohol.
2. Tillgänglighet att inhandla och förtära alkohol på arbetstid, exempelvis i lunchmatsalen.
3. Arbetsmiljöfaktorer så som upplevd tillfredställelse i arbetet, stress samt möjligheten att påverka den egna arbetssituationen.
4. Externa faktorer utanför arbetet som alkoholproblem i familjen, lokal alkoholpolicy i kommunen, etc.

MacDonald och medarbetare (1999) prövade om det fanns stöd för modellen vad gäller narkotikaproblem. Via en systematisk genomgång fann författarna några studier som primärt eller sekundärt hade fokus på narkotika. Utifrån dessa fanns ett visst, om än begränsat, stöd för de fyra förklaringsgrunderna som Ames och Janes (1992) presenterat. Exempelvis fanns studier som visade att beroendeframkallande läkemedel är vanligt förekommande bland vårdpersonal. Detta indikerar på stöd för tillgänglighetsfaktorn. Brist på social kontroll, avsaknad av stöd från ledningen och varierande inkomstnivå har tagits fram som hypoteser som predicerande faktorer för droganvändning (Hunsaker

& Pavett 1988). Farliga arbetsmiljöer och sociala påtryckningar har diskuterats som möjliga riskfaktorer för narkotikaanvändning. Det sistnämnda är särskilt framträdande på mansdominerande arbetsplatser (Dietrich & Smith 1986. Needleman & Romberg 1989).

Det finns flera studier som visat på problem att just finna samband mellan så kallade riskfaktorer och narkotikamissbruk bland anställda (Newcomb 1994). Mensche och Kandell (1988) studerade redan på 1980-talet sambandet mellan olika riskfaktorer och nyligen och frekvent användande av tobak, cannabis och kokain. Man fann inget samband mellan narkotikaanvändning (cannabis och kokain) och kontroll över arbetet, säkerheten på arbetet, fysisk färdighet och villkor på arbetsplatsen. Newcomb (1994) samt Macdonald och medarbetare (1999) drar ungefär samma slutsats och konkluderar att kunskapsläget om riskfaktorer för alkohol- och narkotikaproblem i arbetslivet inte är övertygande. Författarna framhåller att det finns alltför få studier som primärt granskar narkotikaproblem och riskfaktorer som sedan jämförs mellan olika yrkesgrupper.

Motiv för arbetslivet

Ames (1993) framhöll att utifrån ett primärpreventivt perspektiv bör alkohol- och narkotikaproblem i arbetslivet mer betraktas som ett folkhälsoproblem. Fokus bör flyttas från alkohol- och narkotikaproblem på själva arbetsplatsen till att istället gälla alkohol- och narkotikaproblem hos den arbetsföra befolkningen. Även om det finns goda belägg för att narkotikamissbruk generellt är en medicinsk, psykologisk och social risk för alla som har arbete finns det anledning att överväga om arbetslivet har särskilda motiv för att implementera preventionsåtgärder (Cook 2006). Flertalet studier som har fokus på narkotikans olika risker för såväl arbetslivet som samhället i stort är även dessa genomförda i USA.

Bush och Autry (2002) sammanfattar i sin genomgång några av huvudresultaten från den andra nationella rapporten med fokus på arbetslivet. Data är inhämtad från år 1997 och visar bland annat på skillnader mellan de som använt narkotika senaste månaden eller året i jämförelse med övriga (18–49 år). De som använt narkotika har högre frånvaro under den senaste månaden, säger upp sig från arbetet oftare, blir oftare uppsagda och har oftare varit involverade i arbetsplatsolyckor under det senaste året.

Ett exempel på en ofta citerad arbetsplatsstudie är den av Normand och medarbetare (1990). Studien har en blind longitudinell design och omfattar ca 5 500 anställda inom amerikanska postverket (U.S. Postal Service). Via nyanställningsundersökningar (urinprov) ville man jämföra förhållandet mellan utfallet på urinprovet (negativt/positivt) och faktorer som frånvaro, olycksfall, arbetsplatsskador och personalomsättning. Efter ca ett års anställning (1,3 år) fann man att de som testade positivt (8,4 procent) för narkotika hade en signifikant högre frånvaro än gruppen som testade negativt. Samma förhållande fann man även för personer som hade fått sluta på arbetsplatsen. Däremot fann man i denna studie ingen signifikant skillnad vad gäller olyckor och arbetsrelaterade skador. Dock i en liknande studie med ungefär samma upplägg och även denna genomförd bland anställda inom U.S. Postal Service fann man en högre risk för olyckor och skador på arbetet bland de som testat positivt för narkotika (cannabis och kokain). Den relativa risken var något högre för cannabismissbrukarna (Zwerling m.fl. 1990).

Arbetslivet har särskilda motiv för att implementera preventionsåtgärder.

Cannabis, särskilt intressant för arbetslivet

I samtliga av de studier som nämns ovan, såväl befolkningsstudier som specifika arbetsplatsstudier, oavsett om datainsamlingen bygger på självrapportering eller biologiska tester så dominerar cannabis som den mest frekvent förekommande illegala drogen. I en ledare i en av världens främsta vetenskapliga tidskrifter om beroendeproblem konstaterar Hall och Babor (2000) att cannabis idag måste betraktas som ett tilltagande folkhälsoproblem i både Europa, USA och Australien. Eftersom cannabis är så dominerande finns det anledning att reflektera över vilka specifika risker som just cannabisanvändning innebär för den enskilde och arbetsplatsen. Även om kunskapen om cannabis och dess psykiska och fysiska risker på intet sätt är lika väldokumenterad som alkoholens risker finns det idag trots allt en ganska god kunskapsgrund. I den av Statens folkhälsoinstitut utgivna boken *Skador av hasch och marijuana* har Jan Ramström (2004) på ett förtjänstfullt sätt sammanställt en del av kunskapsläget. Cannabis kan bland annat orsaka psykiska störningar, vilket ökar risken för att utveckla psykiatriska sjukdomar. Substansen är beroendeframkallande, den påverkar förmågan att genomföra komplexa och långsiktiga planer. Den tycks även ge upphov till fosterskador och skador på andningsorganen, för att bara nämna några risker.

Särskilt intressant för en arbetsplats är troligen att det finns stöd för att cannabis även i en begränsad konsumtionsmängd kan påverka såväl koordinationsförmågan, perceptionen och förmågan att snabbt hantera oväntade händelser (Moskowitz 1985). Att dessa kognitiva funktioner är viktiga för arbetstagare är troligen inte kontroversiellt. Självfallet är dessa funktioner extra viktiga för dem som i arbetet framför bil, buss, tåg, båt eller flyg och även för dem som arbetar inom processindustrin eller sjukvården där det ställs stora krav på ”stadiga händer” och ”klara tankar”. I Hall och medarbetares (1994) kunskapsöversikt av cannabis och dess psykologiska konsekvenser framhåller författarna just att regelbundet cannabisintag kan leda till en ökad risk för olycksfall. Det finns studier som visar att ett enda intag, oftast en förhållandevis liten dos, påverkar vår förmåga att agera på ett adekvat sätt. Oftast handlar det om strikt experimentella studier där man använder sig av bil- och flygsimulatorer. Det tycks även finnas visst stöd för att en enda begränsad dos av cannabis påverkar de kognitiva funktionerna under flera timmar efter ett intag (Leirer m.fl. 1991).

Bad-will

Ytterligare en riskfaktor för arbetslivet som bör nämnas är ”bad-will”-effekten. Denna kan vara särskilt viktig för en verksamhet eller en produktion som är beroende av ett starkt förtroende hos kunder och/eller allmänhet. På vilket sätt skadas arbetsplatsen av att det kommer till allmänhetens kännedom att narkotikamissbruk förekommer eller har förekommit hos en anställd? Exempelvis kan arbetsplatsen skadas när massmedia uppmärksammar en anställds narkotikamissbruk eller via offentliga handlingar som när en dom om narkotikabrott avkunnats.

Arbetsgivarens ansvar

Arbetsmiljölagen (AML) ger arbetsgivaren långtgående ansvar att se till att arbetsmiljön är trygg och säker. I lagens kapitel 3 står det att arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Vidare framgår det att arbetsgivaren skall informera anställda om hur de skall undvika risker i arbetet samt att det skall finnas en plan för hur rehabiliteringsarbetet skall organiseras. I samma lag 3 kap 4 § framgår även att arbetstagaren har ett ansvar att *medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö*.

Narkotikaanvändning bland anställda leder till en högre risk för olyckor och skador på en arbetsplats.

Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS 2003:4, Systematiskt arbetsmiljöarbete) poängterar i § 7 att *arbetsgivaren skall regelbundet undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet*. Arbetsmiljöverket skriver i sin vägledningsskrift *Missbruk i arbetslivet – hur du arbe-*

tar förebyggande med alkohol och droger (Arbetsmiljöverket 2007) att det är arbetsgivaren som tar ställning till vilken policy företaget skall ha. *Som chef har du ansvar att se till att alkohol- och drogpolicyn följs.* Det finns med andra ord ett lagstiftat ansvar för en arbetsgivare att aktivt bedriva ett drogpreventivt arbete. Vidare så anger Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering 13 §) att arbetsgivaren har *ett ansvar för rehabilitering för det fall att det skulle förekomma alkohol- eller drogmissbruk bland de anställda.*

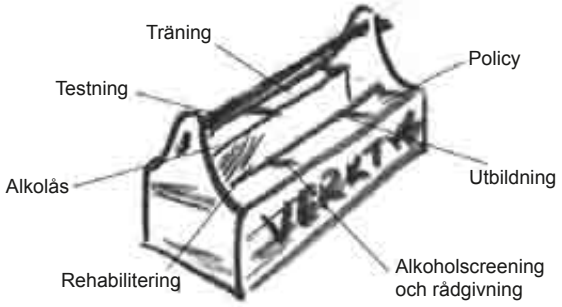
Tidig upptäckt

Som tidigare nämnts kan motiven för att tidigt upptäcka narkotikamissbruk på en arbetsplats vara att förebygga ökad risk för olycksfall, ökad frånvaro, ökad risk för ohälsa etc. Ett av problemen med den tidiga upptäckten är dock att det är svårt att identifiera kännetecken (signaler) som tyder på att en medarbetare missbrukar narkotika (Campbell & Langford 1995).

I översiktsartikeln av Seymour och Smith (1990) presenteras olika ”tänkbara” beteendekännetecken vid narkotikamissbruk. Exempelvis nämner de fem centrala signaler: sen ankomst till arbetet, tillfällig frånvarodag, förändringar i arbetsprestation, ekonomiska bekymmer och humörsvängningar. Författarna framhåller att dessa ”kännetecken” inte kan bedömas utgöra en säker grund för möjligt narkotikamissbruk. Det är alltså svårt att i ett tidigt skede identifiera ett möjligt narkotikamissbruk ”på fri hand”. Det är troligen först när missbruket orsakar synliga konsekvenser som möjligheten ökar för identifiering. De erfarenheter som finns från arbetsplatser visar att det kan gå flera år innan kännetecknen blir tydliga, vilket kan leda till att rehabiliteringsinsatsen erbjuds i ett allt för sent skede (Lawental m.fl.1996).

Motiven för att tidigt upptäcka narkotikamissbruk på en arbetsplats kan vara att förebygga ökad risk för olycksfall.

Mot bakgrund av ovanstående kunskap är det av betydelse att fundera över andra metoder som ökar möjligheten till tidig upptäckt av narkotikamissbruk. Narkotikatester har bedömts vara just en sådan metod (DuPont m.fl. 1995). Det finns dock flera studier som är kritiska till vilken effekt narkotikatestning har vad gäller preventionseffekter (French m.fl. 2004).



Exempel på möjliga åtgärder – en verktygslåda.

Möjliga åtgärder och dess effekter

Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras för ett framgångsrikt resultat (Blaze-Temple, 1992). Exempel på en sådan kombination av åtgärder kan vara en skriven policy, information och utbildning till all personal, utbildning och träning av chefer, tester (alkohol och narkotika) och rehabilitering (DuPont 1990, Henderson m.fl. 1996).

Både inom den vetenskapliga litteraturen och i den allmänna diskussionen i massmedia finns ibland tendenser till att skapa motsättningar mellan de olika åtgärderna. Det är inte ovanligt att vissa aktörer framhåller att just information och utbildning är den mest effektiva metoden, andra framhåller rehabilitering och eller testning (French m.fl. 2004). Tyvärr är kunskapsläget vad gäller effekter av specifika narkotikapreventiva metoder i dagsläget begränsat. Nedan presenteras tre områden (hälsofrämjande, rådgivning/rehabilitering samt testning) där det finns en viss systematisk redovisning av preventionseffekter.

Hälsofrämjande modell

Hälsofrämjande program på en arbetsplats har oftast till syfte att öka medvetenheten om den egna hälsan och därmed inleda en beteendeförändring inom livsstilsområden som kost, motion, stress, rökning, etc. Det är först under senare år som detta modelltänkande även innefattat alkohol, i begränsad omfattning även narkotika, som ett av livsstilsområdena (Cook & Youngblood 1990).

Den hälsofrämjande modellen bygger på kunskap från den sociala

kognitiva inlärningsteorin. Den går i korthet ut på att: (A) öka medvetenheten om hälsoriskerna med alkohol och narkotika och fördelarna med ett hälsosamt beteende, (B) öka motivationen för att undvika skadligt bruk av alkohol och narkotika och istället välja ett hälsofrämjande beteende, (C) träna alternativa beteenden som till exempel att tacka nej till alkohol och narkotika. Modellen kan beskrivas som träning i grupp med utbildning och diskussion där man använder sig av såväl tryckt material som video. Träningen genomförs oftast i mindre grupper på arbetsplatsen.

Heaney och Goetzel (1997) gick igenom 36 studier genomförda utifrån den hälsofrämjande modellen där flera livsstilsfrågor var involverade (multikomponenter). Endast fem av studierna inkluderade alkohol som ett utfallsmått och ingen av studierna involverade narkotika.

Dock har det under de senaste åren genomförts enstaka studier utifrån den hälsofrämjande modellen där även narkotikaproblemet har involverats. Initialt testade Cook och medarbetare (1996) att addera alkohol- och narkotikafrågorna till ett traditionellt hälsofrämjande program. Totalt omfattade detta program tre sessioner på vardera en timme. Medarbetarna som ingick i interventionsgruppen tränades bland annat i hur man bättre kunde kontrollera sina alkoholvanor och undvika narkotikaanvändning. Det visade sig att fler personer i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen (de som inte erbjöds programmet) önskade att minska sitt drickande men det resulterade inte i någon förändring av alkoholvanorna. Narkotikavanorna mättes aldrig med motiveringen att det var för få personer som uppgav att de använt narkotika den senaste månaden. I senare studier har man prövat att fokusera mer på riskbeteende och även konceptuellt involvera alkohol- och narkotikavanorna bland de övriga livsstilsfrågorna (Cook 2006). Genom att inkorporera alkohol- och narkotikafrågorna med andra livsstilsfrågor (här stress och kost) kunde man dock visa på en minskning av alkoholvanorna och blygsam minskning av rapporterat narkotikaintag.

Även om det i dagsläget finns alltför få studier genomförda med den hälsofrämjande modellen där både alkohol- och narkotikavanor inkluderas, finns en viss, om än blygsam, indikation på att den hälsofrämjande modellen skulle kunna påverka alkoholvanorna och möjligen även narkotikavanorna (Cook 2006).

Rådgivning/rehabilitering – Employee Assistance Programs

Employee Assistance Programs (EAP) har historiskt sitt ursprung i att företag i USA på 1940-talet insåg att medarbetare med alkoholproblem hade en negativ inverkan på såväl arbetsmiljön som produktionen. Denna insikt ledde till att man initierade särskilda program, OAP (Occupational Alcoholism Programs), vars syfte var att rehabilitera medarbetare med alkoholproblem (Masi 1992). Under 1970-talet växte EAP fram som då inte begränsades till att ha fokus på medarbetare med alkoholproblem utan även omfattade andra psykosociala problem samt familje- och äktenskapsrelaterade problem. Ett EAP-program kan omfatta såväl bedömning, rådgivning som remittering. Dessutom kan ett program erbjuda stöd till chefer och fackliga företrädare samt utgöra stöd i samband med krishantering och utbildning (Masi 1994).

EAP startade i USA men finns numera i Europa, Central- och Sydamerika, Asien och Australien. Även om det finns vissa skillnader i hur programmen fungerar i de olika länderna så har flertalet studier genomförda på EAP-program mer eller mindre tydligt fokus på medarbetare som har ett etablerat alkohol- och/eller narkotikaproblem (Burgess m.fl. 1997). Det har dock nyligen publicerats studier där sekundärpreventiva metoder, som alkoholscreening med kort rådgivning för personer mer riskabla alkoholvanor, har prövats (Osilla m.fl. 2008).

Även om EAP i sitt kliniska uppdrag hanterar narkotikaproblem så är så gott som alla effektstudier fokuserade på alkoholfrågan. Roman och Blum (1996) gjorde en systematisk genomgång av effektstudier publicerade från 1970 och 1995 vars syfte var att utvärdera hälso- och beteendeeffekter. Endast två av de 24 granskade studierna berörde på något sätt narkotikaproblemet, attityder till narkotika och viljan att remittera till mer omfattande behandling. Av interventionsprogrammen som fanns med i de 24 artiklarna var merparten EAP eller liknande program.

Författarna delade in interventionsprogrammen i två kategorier, direkt- och individbaserad samt indirekt- och gruppbaserad. I merparten av studierna (n=19) var interventionerna individbaserade medan de övriga hade fokus på gruppen med interventionsmetoder som policy, utbildning och träning av arbetsledare och chefer. Enligt författarna hade samtliga studier stora metodologiska brister. Endast två av studierna hade en experimentell design med randomisering och kontrollgrupp. Hälften av studierna saknade en jämförelsegrupp. Författarna framhåller även att effektmåtten (utfallskriterierna) var alltför vaga. Exempelvis hade flera studier utfallsmått så som förändrad atti-

Särskilda arbetsmiljöer där tillgången och närheten till narkotika är stor kan vara en riskfaktor.

tyd och kunskap om alkoholproblemet och ökad vilja att remittera personer till en mer omfattande rådgivning (Roman & Blum 1996).

Även om det finns stöd för att EAP har en viss effekt att hjälpa personer med alkoholproblem tillbaka till arbete (Roman & Blum 2002) så är det uppenbart att det i nuläget finns en allt för låg evidens, om någon alls, för att EAP har en primär- och sekundärpreventiv effekt (Cook 2006).

Narkotikatestning

Narkotikatester i urin har funnits tillgängliga i över 25 år och har som metod spridit sig i såväl Sverige som andra länder. Initialt utvecklades enkla testinstrument i USA för användning till patientnära analyser i kliniskt behandlingsarbete och detta bidrog sannolikt till den stora spridningen av drogtestning. En annan orsak till den idag stora användningen är att metoden är effektiv på att identifiera narkotikaintag (DuPont m.fl. 1995). Med ett urinprov kan man på ett enkelt sätt och med stor säkerhet avgöra huruvida intag av ett narkotikaklassat preparat skett under de närmast föregående dagarna. Andra metoder så som analys av hår, svett och saliv har hittills visat sig vara alltför osäkra i jämförelse med urinanalys (Verstraete 2004).

Särskilda kvalitetskrav

I samband med att drogtestningen började användas för annat än det strikt kliniska ändamålet som till exempel för testning av anställda, ökade kravet på och intresset för metodens tillförlitlighet. Redan i början av 1990-talet väcktes frågan i Sverige. Detta medförde ökade krav på att kunna säkra (verifiera) testresultaten och laboratorierna skaffade snart kompetens för detta (Lafolie m.fl. 1991). Forskare har framhållit att såväl test- som analyssystemen måste omfattas av en tydlig kvalitetssäkring så att felaktiga bedömningar minimeras (Beck & Hjemdahl 1998, DuPont 1990, Killander m.fl. 1997). Exempel på kvalitetssäkring är att själva analysen av provet ska göras på ett laboratorium som är godkänt (ackrediterat) för att genomföra narkotikaanalyser just i arbetslivet. I Sverige är det Swedac som efter prövning utfärdar ackreditering enligt en internationellt antagen standard (till exempel ISO 17025). Swedac är en av de myndigheter som framhåller att tester som syftar till kontroll (arbetsplatstestning, körkortsärenden, vårdnadsärenden, etc.) ställer särskilt höga krav på kvalitet och säkerhet.

Såväl test- som analyssystemen måste omfattas av en tydlig kvalitetssäkring så att felaktiga bedömningar minimeras.

Ytterligare en viktig komponent av kvalitetssäkringen är den slutliga bedömningen av analyssvaret från laboratoriet. Bedömningen bör genomföras av en specialistläkare som har genomgått en så kallad MRO-utbildning (MRO=Medical Review Officer) (DuPont 1990, Seymour & Smith 1990, Verstraete 2004). MRO-läkarens uppgift är bland annat att bedöma och utesluta alternativa medicinska förklaringar till ett positivt analyssvar. Denna funktion finns för att minimera möjligheten till falskt positiva provsvar eftersom ett sådant kan medföra förödande konsekvenser för den enskilde.

Det finns i princip tre olika typer av testsituationer inom arbetslivet (Cook, 2006):

- Test vid nyanställning, troligen den mest förekommande (nyanställning, byte av tjänst som omfattar testning, etc.).
- Test vid misstankar (kan vara vid misstankar om påverkan, vid olyckor, etc.).
- Slumpmässiga tester (omfattar alla eller större del av de anställda).

Upptäckt

Som tidigare nämnts har testning visat sig vara en effektiv metod att identifiera och verifiera om medarbetare nyligen använt narkotika. På uppdrag av hälso- och sjukvårdsdepartementet i USA (U.S. Department of Health och Human services) genomfördes en studie i syfte att bedöma möjligheten att upptäcka frekvent jämfört med icke frekvent narkotikaanvändning.

DuPont och medarbetare (1995) genomförde en studie med stöd av 15 experter med omfattande vetenskaplig och klinisk erfarenhet av såväl drogtester i arbetslivet som behandling av drogproblem. Utifrån forskargruppens tidigare kunskap och kliniska erfarenhet delade man i studien in narkotikamissbrukarna i tre grupper, tillfällighetsmissbrukare, månadsmissbrukare och dagliga missbrukare. Gruppen tillfällighetsmissbrukare bedömdes i genomsnitt använda narkotika 7 dagar på ett år, gruppen månadsmissbrukare 43 dagar/år och gruppen dagliga missbrukare bedömdes i genomsnitt använda narkotika 228 dagar på ett år. Forskargruppens bedömning var att bland de som testade positivt på narkotika under ett år tillhörde 52 procent dagliga missbrukare, 41 procent månadsmissbrukarna och 7 procent tillfällighetsmissbrukarna. Slumpmässiga tester hade självfallet högst upptäcktsmöjlighet bland dagliga missbrukare (40 procent) jämfört med månadsmissbrukarna (8 procent) och tillfällighetsmissbrukarna (1 procent).

Även om denna studie bygger på teoretiska antaganden är det rimligt att dra slutsatsen att det är få metoder som kan uppvisa liknande upptäcktsmöjlighet för narkotikaintag som slumpmässiga tester. Självfallet styrs upptäcktsmöjligheten av såväl slumpnivån, hur många anställda som ingår i slumpningen under ett år, som förekomst av narkotikaintag (prevalens). Däremot har vi allt för bristfällig kunskap om vilken preventionseffekt denna ”upptäcktsrisk” har på såväl individ som gruppnivå.

Möjliga effekter

I USA samlas årligen data in från majoriteten av laboratorierna som utför narkotikaanalyser för arbetslivet. Under perioden januari till juni 2000 gjordes en skattning på att det genomfördes 3,4 miljoner tester inom arbetslivet i USA (Bush & Autry 2002). Den årligen redovisade statistiken från dessa större laboratorier visar att förekomsten av andelen positiva utfall minskat över tid. När kartläggningen startade 1987 var andelen positiva utfall 18,1 procent och 1999 hade den minskat till 4,7 procent. Denna minskning talar för att införandet av tester leder till att färre personer i arbetslivet missbrukar narkotika. Men det är svårt att från idag genomförda studier finna ett entydigt svar på att denna minskning enbart beror på införandet av tester.

Det finns även enkätundersökningar som indikerar att drogtester kan ha en viss effekt på droganvändningen (French m.fl. 2004). En av undersökningarna omfattar ca 15 000 personer från två nationella enkätkartläggningar (USA) för åldersgruppen 18–65 år. Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan narkotikaanvändning och arbetsplatsprogram där något slag av drogtestprogram använts (nyanställning, misstanke och slumpmässiga testprogram). Författarnas försiktiga slutsats är att det tycks vara så att drogtestprogram kan ha en preventiv effekt. Detta eftersom redan anställda avhåller sig i högre grad från narkotikamissbruk och aktiva missbrukare söker i mindre grad arbete där nyanställningstester förekommer.

Det finns studier som visar att arbetsskador hos medarbetaren (där arbetsgivaren är ekonomiskt ansvarig) minskade med 51 procent efter införandet av drogtestningsprogram (Gerber & Yacoubian 2002). Inom en del av byggnadsbranschen i USA konstaterades att före införandet av drogtester var andelen arbetsskador 8,92 skador per 100 anställda. Två år efter införandet hade kvoten sjunkit till 4,36. Dock är problemet med denna och liknande studier att bedöma och ta hänsyn till andra påverkandefaktorer (confounder) som genereras från andra säkerhetsrelaterade arbetsmiljöinsatser (Kraus 2001).

Det finns studier som visar att arbetsskador hos medarbetarna minskade efter införandet av drogtestningsprogram.

Översiktsartiklar från USA och Australien framhåller just att även om det finns studier som visar att drogtestning kan ge effekter på minskad droganvändning, frånvaro, färre olyckor och minskad ohälsa, så har flertalet av dessa studier metodbrister (Blaze-Temple 1992, Cook 2006). Dessa metodbrister framkom tydligt i en översiktsartikel med fokus på arbetsskador och olyckor i relation till drogtester (Kraus 2001). Totalt granskades 740 abstrakt varav 101 artiklar selekterades för

läsning i sin helhet. Endast sex av dessa artiklar uppfyllde inklusionskriteriet helt eller delvis. Författaren valde att inte granska prevalens och vilken laboratorieanalysmetod som använts. Man separerade heller inte alkohol- och narkotikatestning och man inkluderade inte subjektiva mätmetoder som självrapportering i den slutliga bedömningen. Även studier med fokus på nyanställningstester exkluderades. Slutsatsen i denna översiktstudie är att kunskapsläget är begränsat. Författarna framhåller att vi vet alltför lite om slumpmässig eller misstankebaserad testning har en effekt på att minska skadorna och olyckor på en arbetsplats. Vidare framhåller man att det inte bara är problematiskt, utan kanske till och med omöjligt att genomföra en strikt randomiserad kontrollerad studie vad gäller drogtesters effekter på en arbetsplats (Kraus 2001). Att det finns studier som indikerar att narkotikatester på en arbetsplats kan ha en viss preventionseffekt på minskad droganvändning, frånvaro, färre olyckor och minskad ohälsa borde uppmuntra till ytterligare forskning. Inom detta område borde flera systematiska och kontrollerade studier genomföras såväl nationellt som internationellt.

Vad betyder det här för preventionen?

Arbetslivet som preventionsarena

I Sverige liksom i många andra länder befinner sig en klar majoritet av den vuxna befolkningen i arbetslivet under merparten av sitt liv. Detta faktum medför att arbetslivet är en av flera viktiga arenor vad gäller narkotikapreventivt arbete. Det finns forskare som framhåller att effektiva alkoholpreventiva åtgärder inom arbetslivet skulle ha en generell effekt på folkhälsan. Det är mot den bakgrunden inte orimligt att göra antagandet att effektiva narkotikapreventiva metoder i arbetslivet även borde ha en samhällelig effekt på narkotikavanorna.

Det är även viktigt att konstatera att flera internationella studier visar att merparten av de som använder narkotika har ett arbete. Kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är allt för låg. Det finns dock befolkningsstudier som visat att ca 2–4 procent av den arbetsföra befolkningen har använt narkotika det senaste året. Även om det finns goda belägg för att narkotikamissbruk generellt är en medicinsk, psykologisk och social risk för alla så finns det stöd för att arbetslivet bör överväga särskilda motiv för att implementera narkotikapreventiva åtgärder. Sådana motiv är att de som an-

vänt narkotika har ökad risk för olycksfall, ökad frånvaro, ökad risk för ohälsa etc.

Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras för ett framgångsrikt resultat. Exempel på en sådan kombination av åtgärder kan vara en skriven policy, information och utbildning till all personal, utbildning och träning av chefer, tester (alkohol och narkotika) och rehabilitering.

Tyvärr är kunskapsläget alltför bristfälligt om vilka specifika metoder som är de mest effektiva för att förebygga narkotikaanvändning på en arbetsplats. Mot den bakgrunden är det viktigt att vetenskapligt utvärdera olika preventionsmetoder i arbetslivet och dess effekter.

Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras.

Mycket talar för att just narkotikatester (urinprov) är en bra metod för tidig upptäckt av narkotikaanvändning på en arbetsplats. Dessutom finns en viss, om än blygsam, indikation på att narkotikatester kan ha en narkotikapreventiv effekt.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se

Ames, G.M. (1993). ”Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems.” *Alcohol, Health and Research World* 17(1):19–27.

Blaze-Temple, D. (1992). ”Drug testing in the Australian workplace: overview of the issues.” *Drug and Alcohol Review* 11:59–73.

Burgess, K.M., O’Donnell, W.J., Bennett, A.A. & von Vietinghoff-Scheel, K. (1997). ”Employee assistance programs: a worldwide perspective. *Behav. Health Tomorrow* 6(4):69–72.

Bush, D.M. & Autry, J.H. 3rd (2002). ”Substance abuse in the workplace: epidemiology, effects, and industry response. ” *Occupational Medicine* 17(1):13–25, iii.

Cook, R.F. (2006). ”Drug Abuse Prevention in the Workplace”, i *Handbook of Drug Abuse Prevention. Theory, science, and Practice.* (Sloboda, Z. & Bukoski, W.J. red.), s. 157–172. New York: Springer.

Cook, R.F. & Youngblood, A. (1990). ”Preventing substance abuse as an intergral part of worksite health promotion. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 5(4):725–738.

DuPont, R.L., Griffin, D.W., Siskin, B.R., Shiraki, S. & Katze, E. (1995). ”Random drug tests at work: the probability of identifying frequent and infrequent users of illicit drugs. ” *Journal of Addictive Diseases* 14(3):1–17.

French, M.T., Roebuck, M.C. & Kebreau, A.P. (2004). ”To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use? ” *Soc Sci Res* 33(1):45–63.

Gerber, J.K. & Yacoubian, G.S., Jr (2002). "An assessment of drug testing within the construction industry." *J Drug Educ* 32(1):53–68.

Hall, W. & Babor, T.F. (2000). "Cannabis use and public health: assessing the burden."*Addiction* 95(4):485–490.

Heaney, C.A. & Goetzel, R.Z. (1997). "A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs." *Am J Health Promot* 11(4):290–307.

Hersch, R.K., Cook, R.F., Deitz, D.K. & Trudeau, J.V. (2000). "Methodological issues in workplace substance abuse prevention research." *J Behav Health Serv Res* 27(2):144–151.

Kraus, J.F. (2001). "The effects of certain drug-testing programs on injury reduction in the workplace: an evidence-based review." *Int J Occup Environ Health* 7(2):103–108.

Macdonald, S., Wells, S. & Wild, T.C. (1999). "Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems." *Am J Drug Alcohol Abuse* 25(2):351–369.

Normand, J., Salyards, S.D. & Mahoney, J.J. (1990). "An evaluation of preemployment drug testing." *J Appl Psychol* 75(6):629–639.

Roman, P. & Blum, T. (1996). "Alcohol: A review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes." *Am J Health Promot* 11(2):136–149.

Seymour, R.B. & Smith, D.E. (1990). "Identifying and Responding to Drug Abuse in the Workplace: An Overview." *Journal of Psychoactive Drugs* 22:383–405.

Ungdomskultur, normer och narkotika

Philip Lalander

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- I musik och film kan andra bilder av narkotikan framträda än de som det etablerade samhället kommunicerar ut. Narkotikan kan framstå som en symbol för motstånd och romantiskt utanförskap.
- I vissa miljöer, till exempel utomlands eller på musikfestival, kan normen som säger att det är olämpligt att använda narkotika sättas på tillfälligt undantag.
- Cannabis är den överlägset populäraste narkotikan och ses inte som ”knark” på samma sätt som amfetamin eller heroin.
- När man umgås i kretsar där narkotika intas skapar man tillsammans, på grund av att man sysslar med något avvikande enligt den folkliga opinionen, en alternativ moral där framförallt cannabisanvändning inte ses som mer problematiskt än alkohol.
- Kvinnor som använder narkotika ses som mer problematiska än män av det skälet att de avviker mer än män från de förväntningar som är ställda på de båda könen.
- Unga människor som lever under svåra sociala och ekonomiska omständigheter riskerar att gå längre i narkotikaanvändning beroende på att de kan se narkotikaanvändandet och den krets de ingår i som en kortsiktig lösning på olika typer av problem.
- Prevention bör främst handla om att ge unga människor skäl att tro på att det finns en framtid för dem där de är integrerade samhällsmedlemmar.

Inledning

Den dominerande normen, den som representeras av den svenska staten, säger klart och tydligt att det som ses som narkotika är olämpligt att använda. Ord som ”narkotika” och ”knark” klingar illa i de flestas öron och ger upphov till associationer om något destruktivt och farligt. Av det skälet, tack vare en ur statsmakternas perspektiv lyckad socialisation, väljer de flesta att inte pröva sådana ämnen som klassats som narkotika, då det kan innebära att de i så fall ikläder sig en ur majoritetssamhällets perspektiv stigmatiserad identitet. Att en identitet är stigmatiserad betyder med sociologen Erwing Goffmans (1963/1990) ord att den ger upphov till negativa associationer och kategoriseringar. Att pröva narkotika är i den meningen att avvika från normen, att närma sig en identitet som inte ses som särskild fördelaktig i samhället.

Enligt CANs stora enkätstudie *Ungdomars drogvanor 1994–2003* uppgav 17 procent av unga människor i åldrarna 16–24 att de någon gång hade prövat narkotika. Narkotikan blev under 1990-talet mer populär än vad den varit under 1980-talet och den typ av narkotika som var överlägset populärast var (och är) cannabis i form av framförallt hasch. Man kan tolka dessa uppgifter som att staten bedrivit en framgångsrik socialisation då mer än 80 procent av unga människor väljer att inte pröva. I jämförelse med andra länder ligger Sverige dessutom långt ner när det gäller hur många som prövat narkotika (se även Håkan Leifmans kapitel). Men uppgifterna kan också tolkas som att ganska många unga människor väljer att pröva trots det etablerade samhällets varningssignaler, trots att narkotikaanvändning ses som ett avvikande beteende i den folkliga och statliga opinionen. I det här kapitlet kommer jag att diskutera hur detta kan förstås genom att ta upp olika teman som handlar om narkotikarelaterade normer.

Först skriver jag om hur populärkultur, till exempel musik och film, kan ha betydelse när det gäller hur unga människor ser på och agerar i förhållande till narkotika. Sedan tar jag upp hur vissa unga människor kan tänka sig att pröva narkotika när de är utomlands eller i miljöer där de upplever att den svenska sociala kontrollen inte är närvarande. Därefter skriver jag om den typ av narkotika som är vanligast förekommande och också mest legitim i samhället, nämligen cannabis, och hur unga cannabisanvändare försöker rationalisera det egna narkotikaanvändandet. Därpå följer ett avsnitt om hur narkotikarelaterade normer också är intimt kopplade till genus, det vill säga våra föreställningar om manligt och kvinnligt, följt av ett avsnitt som handlar

om social bakgrund. Kapitlet avslutas med några tankar om hur man kan tänka sig prevention utifrån de kunskaper som presenterats. De studier jag refererar till är till huvuddelen från 2000-talet och kan därför antas ge en aktuell bild av situationen.

Narkotika som motstånd i populärkulturen

Unga idag lever i ett globalt samhälle där symboler färdas över jorden, via tv-satelleliter och internet med en hastighet som mänskligheten aldrig tidigare upplevt. I en sådan värld kan de nationella staterna inte skicka ut sina budskap utan konkurrens från andra alternativa budskap. För varje narkotikapreventiv hemsida finns minst en hemsida som lär ut hur man odlar sin cannabis, till exempel vilka frön som anses bäst och vilken typ av lampor som är att föredra för inomhusodling. Det finns en stor spännvidd ifråga om presentationer på internet om narkotikans betydelser. Anette Skårner med flera skriver i rapporten *Unga och droger* (2005), som baseras på intervjuer med unga människor med eller utan narkotikaerfarenheter, att den unga människan tvingas navigera mellan olika budskap för att själv ta ställning till hur han eller hon ska förhålla sig till narkotika. I den meningen har vi de senaste decennierna rört oss från ett samhälleligt tillstånd där normer i huvudsak fördes över från staten och den etablerade generationen (de vuxna) till ett tillstånd där en rad andra ofta fysiskt avlägsna aktörer, till exempel popartister eller tv-stjärnor, tillsammans med staten och föräldrar bidrar till att skissera bilden av narkotikan. En influens av stor betydelse för unga människors identitetsskapande har under stora delar av 1900-talet och början av 2000-talet varit populärmusik. Musiken och de artister som förmedlar musiken kan hjälpa människor att profilera sig själva, att skapa mening och att uppleva att de gör motstånd mot samhällets ordning.

Unga idag lever i ett globalt samhälle där symboler färdas över jorden, via tv-satelleliter och internet med en hastighet som mänskligheten aldrig tidigare upplevt.

I boken *Waiting for the Man* av Harry Shapiro (2003) beskrivs hur populärmusiken under 1900-talet präglats av en relation till narkotika. I ett kapitel beskrivs hur många svarta kända jazzmusiker under 1940–1950-talen, till exempel Charlie Parker och Billy Holiday, använde heroin, medan andra artister kunde använda preparat såsom kokain och framförallt marijuana. Författaren skriver att man kan förstå narkotikaanvändandet inom jazzmusiken som ett sätt att hantera den

Det kända bandet Nirvana med den numera avlidne sångaren Curt Cobain hade aktiva heroinister som medlemmar.

press som det kan handla om att vara musiker, att turnera, att få tillvaron att gå runt, men också som en del av stilen. Genom att använda narkotika kunde man dels komma in i ”the right mood”, att bli lugn och avslappnad, ”cool” för att använda ett ord som känns igen av de flesta som sett amerikanska filmer, dels teckna ett symboliskt motstånd mot den vita överheten som dominerade i USA. Narkotikaanvändningen och det normbrott den representerade bidrog till ett dramatiserande och tydliggörande av det egna utanförskapet. Ett annat kapitel i Shapiros bok handlar om hippietiden eller flower powertiden som en del kallar den. Narkotika som marijuana och LSD rönte en viss popularitet och införlivades i en stil som framställde sig som kritisk och avståndstagande i förhållande till det samhälle den växte fram i. Mot krig och kyla ställdes kärlek och gemenskap. Narkotikan symboliserade gemenskap, i form av gemensamma ”trippar” och marijuanacigaretten som delades i gruppen, men också motstånd mot det etablerade samhällets normer.

Shapiro skriver också om rastafari och reggae och beskriver hur

den jamaicanska marijuanan, kallad *ganja*, ses som en gudaört, något heligt, medan alkohol mer relateras till den vite mannens förtryck av svarta människor. Att röka sin *ganja* är som att säga ”den vita makten kan inte styra oss” och gestaltar i den meningen ett tydligt motstånd. I ett annat kapitel, om hiphop och gangsterrapp, beskrivs hur texterna kan innehålla berättelser om langning av crack, och många av gangsterrapparna använder egna (ibland överdrivna) erfarenheter i rapplyriken. Att denna typ av rapp slog igenom samtidigt som crackepidemin härjade som värst i fattiga stadsdelar i USA under 1980-talet kan ge en viss förståelse för varför så många texter handlar om just crack. Men det handlar nog också om att välja sådana symboler varmed man försöker visa sitt oberoende i förhållande till det etablerade samhället, att man bryter mot normen och att man närmar sig det som det etablerade samhället ser som farligt och förkastligt.

Ovan framgår det hur populärmusiken ger narkotika andra betydelser än det etablerade samhället för vilket narkotika ses som något högst olämpligt att befatta sig med. Det kan till och med vara rimligt att tala om en utanförskapsromantik som förstärks genom kopplingen till narkotikan. Kanske denna romantik kom till tydligast uttryck inom den västamerikanska musikgenre som kallades grunge där flera av de populäraste banden, till exempel det kända bandet Nirvana med den numera avlidne sångaren Curt Cobain, hade aktiva heroinister som medlemmar och där texterna ofta spann på dystopiska teman om förfall och degenerering. Även om olika typer av narkotika varit populärt inom olika genrer och även om narkotikan har olika mening inom olika stilar framträder begreppet motstånd som centralt, alltifrån jazzen och fram till grunge och rapp. Narkotika blir för en del intressant att använda mycket på grund av det etablerade samhällets reaktioner och normer och populärkulturens användning av narkotika som en symbol för motstånd mot samhällets makt och försök att socialisera sina medlemmar till att följa vissa normer. Normbrottet skapar starka upplevelser och sensationer just för att det är fråga om ett normbrott.

Narkotikan symboliserade gemenskap men också motstånd mot det etablerade samhällets normer.

Att använda narkotika symboliskt behöver inte betyda att man för in det i kroppen genom att röka, sniffa, dricka eller injicera, utan det kan också handla om att man till exempel gillar en låt där narkotika figurerar utan att man för den skull börjar använda narkotika. Det kan också handla om att man använder en narkotikasymbol, till exempel ett marijuanalöv, utan att för den skull röka marijuana. Att gilla reggae behöver inte betyda att man röker hasch och att gilla techno eller rave

behöver inte betyda att man gillar eller använder ecstacy. Människor är mer svårförstådda än så.

Populärkultur kan dock bidra till att popularisera droger och också ge själva droganvändandet ett slags aura. Detta framstod tydligt i min studie *Hela världen är din* (2001) om Norrköpings heroinvåg åren 1995–2001. De 24 unga heroinister (genomsnittsålder 22 år) som intervjuades i den här studien berättade om olika filmer som varit betydelsefulla för dem. Ett ungt par berättade om att de varje gång de fick tag på extra fint heroin satte på musiken från den då populära filmen *Pulp Fiction*, regisserad av demonregissören Quentin Tarantino. Man kan här göra en jämförelse med hur människor då de dricker ett fint rött vin kanske har musik i bakgrunden och hur de dukat bordet för att ge middagsupplevelsen en extra dimension. Några andra i samma studie berättade att de då de prövat kokain för första gången såg till att använda en spegel som de la ”kokainlinan” på för att därefter dra in kokainet i näsan med hjälp av en sedel. De sa att de lärt sig detta genom filmer. Ytterligare andra berättade hur de kunde sätta på reggaemusik när de använde hasch för att på så vis njuta extra mycket av ruset. Vad jag menar är att populärkulturen kan bidra till att rama in själva drogen och droganvändandet, att skapa en annan bild av narkotikan än den som förmedlas av det etablerade samhället. Samtidigt är relationen populärkultur och narkotika något mycket komplicerat i den meningen att populärkulturen också ofta uttrycker ett aktivt motstånd mot droger och att det också finns gott om musiktexter som förmedlar en bild av narkotika som något som kan leda till beroende och misär.

Normbrottet skapar starka upplevelser och sensationer just för att det är fråga om ett normbrott.

När allt inte är som vanligt/platsens betydelse

I förra avsnittet beskrevs hur populärkulturella ikoner från andra delar av världen kan influera människor i deras stil och identitetsskapande och hur narkotikan kan laddas med romantiska betydelser i kontrast till skolans ANT-undervisning där budskapet om narkotika i huvudsak fokuserar på dess negativa konsekvenser för individen och samhället. I det här avsnittet beskriver jag hur svenska ungdomar rent fysiskt kan röra sig ut i världen och hur det för somliga innebär att de prövar narkotika, oftast cannabis. En ung kvinna i Merete Hellums rapport *Backpackers som drogar ibland* beskriver en resa till Indien: ”Jag rökte maja (marijuana), och har så gjort vid flera tillfällen både

tidigare och senare. Situationen i Indien var trygg, mysig och inte på något sätt obehaglig. Jag umgicks med människor jag hade roligt ihop med." (Hellum 2004, s. 28) I citatet beskrivs en situation och de känslomässiga upplevelser den förmedlar. Ord som "trygg" och "mysig" förmedlar en annan bild av narkotika än den som det etablerade samhället försöker förmedla. Den amerikanske narkotikaforskaren Norman Zinberg lyfter i boken *Drug, Set and Setting* (1984) in miljön – the setting – som en viktig omständighet när det gäller hur människor upplever narkotika. I en avslappnad miljö där man inte upplever sig vara kontrollerad av någon myndighet, där det finns människor man tycker om, är det mer rimligt att en del kan tänka sig att pröva narkotika än i en miljö som kännetecknas av social kontroll och att man inte känner eller kan lita på de människor man har runtom sig.

Att vistas i andra miljöer än svenska kan innebära att det stigmatiserande och avvikande i att till exempel röka marijuana försvinner.

Under 1980-talet tågluffade många svenska ungdomar i Europa, men under 1990-talet var det som om hela världen öppnade sig och fenomenet backpacking fick sitt genombrott. Med backpacking menar jag den typ av resande som innebär att man är borta en längre tidsperiod, alltifrån några månader till ett eller två år och att man reser på ett sätt som skiljer sig från charterturismen. En charterturist följer guider och reseledare och stannar på samma plats en längre period, medan en backpacker reser på egen hand (eller tillsammans med vänner) och rör sig mellan olika ställen. En backpacker tar heller i regel inte in på de allra lyxigaste hotellen utan begränsar sig gärna till mer ekonomiska guest houses.

Att vistas i andra miljöer än svenska kan innebära att det stigmatiserande och avvikande i att till exempel röka marijuana försvinner, att man som i citatet ovan från Hellums studie inte upplever själva marijuanarökandet som problematiskt utan snarare som ett sätt att symboliskt länka sig till medlemmarna i den grupp som sitter på en strand i ett främmande land och låter "jointen" (cannabiscigaretten) gå runt. Ett osvenskt och okriminellt rum tolkas fram i gruppen. En ung man i Hellums studie säger i en intervju: "… den där straffgrejen försvinner på nåt konstigt sätt när det känns tryggt liksom, den aspekten försvann ju helt liksom, som på trekkingen (luffen) då." Att många unga idag gör sina första erfarenheter av narkotika utomlands är inte särskilt ovanligt. I enkätstudien *Alkohol, narkotika och studentliv* (Röger 2005) uppgav 38 procent av dem som testat narkotika att de fått tag på narkotikan utomlands och i en annan studie av CAN gällande 16–23-åringar uppgav 23 procent att de gjort sin narkotikadebut utomlands (Guttormsson m.fl. 2004).

Jag tolkar det som att de utomlands kan bortse från mycket av den sociala kontroll de annars lever under på hemmaplan och att de därför kan göra saker som i deras hemmiljö skulle ses som tydliga normbrott. Utomlands är det som om normen att inte använda narkotika tillfälligt upplöses, för att sedan åter aktiveras när de kommer hem till Sverige. I en studie av musikfestivalerna i Roskilde och Hultsfred beskrev en del som testat narkotika att de kunde använda cannabis på festival, men att de inte fortsatte med det då de återvände hem. Festivalen var för dem en miljö där de kunde ägna sig åt ett alternativt hedonistiskt liv, i tält och i gemenskap, för att sedan återvända till en mer ordnad tillvaro som kunde kännetecknas av studier eller arbete. I Roskilde var attityden mot narkotika ännu öppnare än i Hultsfred enligt de intervjuade, vilket innebar att de relativt obekymrat kunde sitta med sina ”jointar” utan att behöva vara särskilt oroliga för att civilklädda poliser skulle dyka upp.

Egentligen är det som beskrivs ovan inte särskilt konstigt. På ett liknande sätt kan det vara när det gäller alkohol, att en del människor dricker mer och blir mer berusade då de befinner sig i en miljö där de inte kontrolleras på samma sätt som i deras vardagliga miljöer. I den meningen hotas inte identiteten då den sociala kontrollen inte är närvarande på samma sätt som annars. En vistelse på en Finlandsbåt eller en resa till Ibiza kan innebära att man agerar på ett annat sätt än normalt. I den meningen handlar det om, liksom i fallet med att pröva narkotika utomlands, att tolkningen av normerna och den sociala kontrollen förändras.

Mellan ”gräs” och heroin

Cannabis, eller ”gräs” som användare kan kalla det, har en särställning i förhållande till andra preparat när det gäller erfarenhet bland unga. En förklaring till detta är att cannabis, trots att svensk lagstiftning inte gör den definitionen, bland en del unga människor ses som en ”lätt drog” och inte alls så förknippad med risker som till exempel amfetamin och heroin som ses som ”tung narkotika”. Den sistnämnda drogen är den minst populära av de kända drogerna, även om heroinanvändningen steg under 1990-talet. Heroinmissbrukaren symboliserar död och socialt förfall och relateras också till injektionsmissbruk, vilket inte hasch eller marijuana gör. De senare röks och det är också en förmildrande omständighet, nästan som cigaretter. Intressant är att då heroin blev populärt i svenska mellanstora städer under 1990-talet un-

Heroin är den smutsigaste drogen i den meningen att den tolkas som mest problematisk.

derlättades spridningen av att den intagningsteknik som dominerade inte var genom injektion utan genom att heroinet röktes på foliepapper (Lalander 2001).

I studien *Alkohol, narkotika och studentliv* (Röger 2005) ställdes frågan ”Oavsett vad lagen säger, tycker du att det är acceptabelt för en person att göra följande saker”, följt av olika alternativ. Närmare tre procent såg det som oacceptabelt att dricka starköl, medan över 90 procent tyckte det var oacceptabelt att pröva heroin. Närmare 60 procent tyckte det var oacceptabelt att pröva marijuana eller hasch. Mellan de senare placerade sig ecstacy och amfetamin på 82 respektive 86 procent. Det är stor skillnad mellan synen på heroin och cannabis och en ännu större skillnad mellan starköl och cannabis. Alkohol har en närmast total acceptans i studentkretsar och i samhället medan cannabis har en klart större acceptans än annan etablerad narkotika. I den

meningen är det rimligt att anta att cannabis intar en position mellan alkohol och tung narkotika, även om den för de flesta ligger närmare tung narkotika än alkohol. Ett annat sätt att uttrycka det är att normen som reglerar cannabisanvändning inte är lika stark som den som reglerar heroinanvändning.

Med socialantropologen Mary Douglas perspektiv i boken *Purity and Danger* (1966/1991) kan man skilja mellan olika substanser eller varor, alltifrån ”smutsiga” (symboliskt uttryckt), tabubelagda varor till totalt socialt acceptabla och ”rena” varor, till exempel vatten som inte bär på några som helst negativa symboliska associationer. Att inta alkohol har genom tradition och historia blivit ett högst accepterat och legitimt sätt att koppla av, festa eller fira högtider. Men samtidigt är den inte så oproblematisk att förtära som vatten utan bevakas i vår kultur genom åldergränser, utskänkningstillstånd och andra regleringar. I den meningen är alkohol en vara förenad med såväl smuts som renhet, det beror på vem, hur och varför man dricker. ”Smutsiga” varor är de som är hårdast normerade i vår kultur. När det gäller cannabis är de flesta medvetna om att den är olaglig, men samtidigt kan de inte riktigt se den som på samma plan som tung narkotika. Heroin är den ”smutsigaste” drogen i den meningen att den tolkas som mest problematisk. Diagrammet nedan illustrerar resonemanget:

Figur 1. Problematiska och oproblematiska varor

I förra avsnittet om resande och narkotikaerfarenheter betonades miljöns betydelse. I detta avsnitt är det narkotikasorten som spelar in. Att den absoluta majoriteten av de som testat utomlands använt just cannabis och inte hasch eller heroin är inte så förvånande utan snarare logiskt. Genom att använda en narkotika som för somliga inte ses som ”riktig” narkotika görs normbrottet mindre graverande än om det hade handlat om att heroin hade erbjudits i gruppen. De flesta skulle nog anse att de inte ville pröva heroin, då normbrottet skulle upplevas som alltför stort.

För de som börjat använda narkotika mer regelbundet är det möjligt att det diagram som presenterats ovan ändrar karaktär i takt med att de fortsätter att umgås med andra användare. Howard Becker (1963/1973) skrev redan under 1960-talet en artikel om hur man blir en

marijuanaanvändare utifrån ett sociologiskt perspektiv. Enligt Becker lär man sig att bli en marijuanaanvändare i ett socialt sammanhang genom att gå igenom tre steg, de är:

- att lära sig tekniken. Hur ska man till exempel rulla ”jointen” (cigaretten)? Hur hårt ska man andas in röken? Hur länge ska man hålla röken nere? Genom mer erfarnas kommentarer lär sig nybörjaren att praktisera marijuanarökande.
- att lära sig att känna effekten. Hur ska ett marijuanarus upplevas? Vilka är symptomen? Om någon börjar skratta åt något som man annars inte skulle skratta åt kanske någon av de mer etablerade säger ”Han börjar bli hög nu”.
- att lära sig njuta av och uppskatta ruset.

Om man lärt sig uppskatta ruset och också ofta vistas i sådana miljöer där marijuana finns är det möjligt att man blir en mer regelbunden användare. I den meningen skapas alltså ruset och marijuanans betydelse i ett socialt sammanhang, även om det också är fråga om kemiska processer i kroppen. Liknande resonemang kan göras om alkohol om vi tänker oss en person som levt ett liv utan att känna till alkohol och den symbolik den fått. Om personen skulle sitta för första gången på en fest med några vana alkoholkonsumenter är det rimligt att tänka sig att han eller hon skulle tycka att det var något konstigt som utspelades när människor dricker alkohol och att också deras sätt att agera mot varandra ändrar karaktär. De skämtar med varandra, skrattar och blir kanske mer förtroliga med varandra efter ett tag. Men om personen ifråga är med i sådana aktiviteter fler gånger kommer situationen förmodligen inte längre att upplevas som konstig. Efter några gånger kanske vederbörande till och med har tagit till sig de andras beteende, lärt sig att dosera alkoholen, vant sig vid de effekter som alkoholen skapar och lärt sig att uppskatta ruset. I den meningen har personen socialiserats på ett sådant sätt som Becker beskriver.

Om man lärt sig uppskatta ruset och ofta vistas i sådana miljöer där marijuana finns är det möjligt att man blir en mer regelbunden användare.

Det finns dock en ganska avgörande skillnad mellan alkohol och marijuana som har med normer att göra. Alkoholen är fullt legitim att använda om man uppfyller olika kriterier, såsom rätt ålder, rätt plats, rätt tid med mera. Att dricka alkohol på arbetstid ses till exempel som problematiskt om det inte görs i samband med en affärsmiddag där man möter potentiella samarbetspartners. Genom att dricka på rätt sätt blir man inte en problematisk och avvikande individ, en ”outsider”

som Becker skulle kalla det. Men röker man marijuana sysslar man med en aktivitet som förknippas med avvikande beteende, man sysslar med något som den absoluta majoriteten av befolkningen fördömer. För att hantera detta fördömande av det etablerade samhället skapar cannabisanvändare ofta en egen moral, en ”subkulturens” moral där marijuanaanvändandet inte tolkas som något problematiskt. Med denna moral, som man förmedlar till varandra, försöker man rena den egna identiteten, göra den mindre ”smutsig” och problematisk. Det här skapandet av ett försvar mot den samhälleliga och kritiserande moralen mot cannabis kan ske genom att cannabisanvändarna utser något annat som farligare än cannabis:

> Jag tycker verkligen att alkohol är en läskig drog. Det finns inget medel som jag känner till som gör att man blir så frånvarande. Den ger bort kontrollen, inte till någon annan, utan till en djurisk del av sig själv, vilket inte gör det så behagligt.
>
> (Kalle, ung man, i Sjö & Bossius studie *Droger i den svenska klubbkulturen* 2004, s. 57)

I citatet blir den statligt legitimerade drogen alkohol mer problematisk än till exempel cannabis. Normen mot cannabisrökning försvagas. Det diagram jag tidigare presenterat ändrar karaktär i den meningen att alkohol och cannabis byter plats. Ett liknande sätt att göra cannabis mer accepterat är att peka på hur farliga ”tyngre” narkotika som amfetamin och inte minst heroin är:

> Att ta horse (heroin ff:s anm.), då bryter man ner hela sin omgivning. Att bli horsepundare (slang för heroinberoende), då innebär det att man har ett liv som man vill förgöra till något annat. Och heroinet blir ett mäktigt verktyg för det, för det är väldigt förgörande.
>
> (Ung man i Sjö och Bossius 2004, s. 46)

I jämförelse med heroin blir cannabis inte särskilt problematisk i den rationalisering som görs. Ett annat sätt att rationalisera bruket av ett preparat som är klassat som kriminellt enligt svensk lagstiftning och som kan ge associationer till avvikande beteende och moraliskt förfall är att användaren i sina berättelser betonar att han eller hon har full kontroll över användningen, att han eller hon bara använder ”ibland” och inte utvecklat ett egentligt missbruk. En ung man i studien *Musikfestivaler och droger* berättar: ”… förra året på Roskilde (festivalen) så

"... förra året i Roskilde så rökte vi en massa hasch, och sedan dess har jag inte gjort det, och nu är vi här igen, jag tycker det är en ganska lagom cykel."

rökte vi en massa hasch, och sedan dess har jag inte gjort det, och nu är vi här igen, jag tycker det är en ganska lagom cykel." (Bossius & Sjö 2004, s. 27) Genom att betona att man inte låter användandet breda ut sig skapar man en bild av sig själv som att man inte är någon problematisk individ. Det finns också de användare som rationaliserar det egna handlandet med att säga att narkotika finns överallt och i alla samhällsklasser, och att användande av det därmed inte är något som behöver ha med social utslagning och misär att göra. Ytterligare ett sätt att få det egna användandet att inte upplevas som så problematiskt är sättet man talar om det. När unga människor med erfarenhet av cannabis pratar om sig själva använder de sällan ord som knark eller narkotika, snarare använder de ord som "röka på" eller "rulla en joint" eller en "joppe", medan de när de pratar om heroin använder ord som "missbruk", "knark" och "knarkare", vilket innebär att de kan relatera den egna identiteten till något mindre problematiskt.

Vad jag vill säga med det ovan är att normer långt ifrån är absoluta och tvingande, utan att det finns olika sätt att rationalisera det som är förbjudet och normerat som olämpligt i samhället. I grupper med till exempel cannabisanvändare skapas dessa alternativa berättelser som gör det möjligt för gruppens medlemmar att upprätthålla självrespekten trots att de sysselsätter sig med en aktivitet som det etablerade samhället fördömer.

Drogernas genus

Med genus menar jag det socialt skapade könet, att man inte *är* pojke/man eller flicka/kvinna utan att man *blir* det som en konsekvens av socialisationen i ett samhälle där det finns olika förväntningar på och föreställningar om vad som ska betraktas som manligt och kvinnligt. Genus skapas kontinuerligt, i medier, i vardagliga möten, i hemmet och på arbetsplatser, snarare än att det är något fast och fixerat. Ingrid Lander gjorde en inträngande etnografisk studie, *Den flygande maran* (2003), om kvinnliga narkotikaanvändare i vilken hon kunde visa att det på olika sätt var mer problematiskt för kvinnor än för män att använda narkotika och också att normbrottet är större för kvinnor när det gäller att använda förbjudna substanser. Normbrottet blir större därför att narkotikaanvändande och den uppfattning som finns om det i vår kultur ligger så långt ifrån samhällets föreställningar om hur kvinnor förväntas vara, omvårdande, relationsinriktade och ”mjuka”. Även för män är narkotikaanvändande ett tydligt normbrott, men samtidigt har männen tillåtits berusa sig och ägna sig åt det förbjudna i större utsträckning än kvinnor. Detta slår även igenom vad gäller synen på drickande, där berusade kvinnor ofta tolkas som mer problematiska än berusade män (Järvinen & Rosenquist 1991). Bilden av den knarkande kvinnan har fungerat som kulturens disciplineringsverktyg, en motbild till hur man förväntas vara som kvinna.

Bilden av den knarkande kvinnan har fungerat som kulturens disciplineringsverktyg, en motbild till hur man förväntas vara som kvinna.

I studien av Norrköpings unga heroinister sågs de kvinnliga heroinisterna som lägre stående än de manliga. De sågs som ”skitigare”, där ordet inte handlar om smuts i bokstavlig bemärkelse, utan snarare att man avviker från de socialt skapade föreställningarna om hur man ska agera som kvinna, vilket blir tydligt i en intervju med Bosse, en av Norrköpings unga manliga heroinister:

> Jag tänker liksom knarkartjej, det är ju (skrattar till och avbryter sig). Dom är ju verkligen lägst om man säger. Tjejer som knarkar, dom står inte högt i kurs. Om jag tänker på pundare (slang för amfetaminmissbrukare) och så där, tjejer om man säger, det är ju verkligen äckliga tjejer liksom det är ju vidriga, osmakliga tjejer alltså tycker jag om man säger. Alltså en knarkarbrud är ju inte högt i kurs så.
>
> (Lalander 2001, s. 215)

Genom att Bosse, och andra män i hans position, definierar kvinnorna som mer avvikande, mer problematiska, mer ”äckliga”, framstår den egna identiteten i bättre dager. I den meningen fungerar bilden av den kvinnliga narkomanen på så vis att den hjälper den manliga narkomanen att behålla lite av självrespekten. Det handlar om att i tanken överordna sig någon annan för att visa för sig själv att man inte är alltigenom usel, alltså en högst mänsklig aktivitet.

Det är också rimligt att i linje med vad kriminologen James Messerschmidt skriver i boken *Masculinities and Crimes* (1993) se vissa typer av brott som ett sätt att definiera sig som man. Genom att ägna sig åt det förbjudna men ändå ha ett lugnt förhållningssätt visar man att man ”står pall”, att man inte visar rädsla. Bland de unga Norrköpingsheroinisterna berättade många att det sågs som en bra egenskap om man kunde ”hålla käften” om man blev tagen av polisen, att man inte ”golade ner” (tjallade på någon) någon, utan att man behöll tillräckligt lugn och kyla för att klara av mötet med polisen. De beskrev också hur de inte kunde anförtro tjejer information om kriminellt känsliga saker då de trodde att tjejer inte kunde hålla tillräcklig kontroll i mötet med myndigheterna.

Några berättade också att man kunde använda ord som ”jävla kärring” eller ”fitta” för att beskriva de som tjallade eller de som kräktes ofta när de tog heroin. I den meningen tycktes det vara fråga om skapande av maskulinitet. De som ägnade sig åt försäljning kunde också med gott om pengar på fickan bjuda tjejer på restaurang och därigenom känna sig som framgångsrika män. Det finns fullt med filmiska förebilder till denna typ av manlighet, till exempel filmerna *Pulp Fiction* där mannen framstår som kylig och kontrollerad, och *Menace II Society* och *Boyz'n'the Hood*, som handlar om killgäng som med gatukriminalitet, till exempel drogförsäljning, skapar upplevelser av maskulinitet. Listan skulle kunna göras lång.

Ser man till unga människor som använder narkotika (och då främst cannabis) mer sällan, till exempel på musikfestivaler eller

utomlands, framträder ibland en mer genusdemokratisk ordning än i de tyngre missbruksmiljöerna som beskrivs till exempel i Landers studie av kvinnliga missbrukare och Lalanders studie av Norrköpings unga heroinister. Om vi tittar på den statistik som beskriver unga människors narkotikaerfarenheter framträder en bild av att männen förvisso har större erfarenheter, men också att kvinnorna inte ligger så långt efter. Av männen i åldersintervallet 16–24 år har 20 procent erfarenhet av narkotika, medan samma kategori unga kvinnor uppgår till 14 procent (Guttormsson m.fl. 2004). Går man sedan till de kvalitativa studier som jag tidigare refererat till, till exempel Hellum (2004) och Sjö & Bossius (2004), framträder dock ett mönster som säger att de unga männen ofta är mer aktiva när det gäller att skaffa narkotika och att det ofta är männen som har kontakt med langarna.

När framtiden är nu

De flesta unga människor iscensätter ibland situationer och aktiviteter där de varken behöver tänka på historia eller framtid. Dessa situationer kallas i vår kultur för ”fester” och ger de deltagande en möjlighet att tillfälligtvis slå undan tankar om krav, scheman, prestationer. På festen är, åtminstone idealt sett, nuet centralt. Att ibland fly undan det vanliga livet är alltså inget onormalt. Men det finns grupper där nuet sätts främst i den meningen att tillvaron med kompisar blir långt viktigare än skolan och där man regelbundet ägnar sig åt det som samhället ser som förbjudet. För vissa unga människor framstår framtiden som något avlägset och hotfullt och för vissa är den egna livshistorien svår och ångestladdad. I kamratgruppen kan man skapa något annat, nästan som ett eget litet samhälle, med egna normer och egna värderingar av vad som ska anses viktigt i livet. Vägen till narkotika är i stort sett alltid social i den meningen att det är i kamratnätverk det både skapas en nyfikenhet i förhållande till narkotika och också en praktisk möjlighet att få tag på den. Vissa unga människor är mindre gynnade än andra i fråga om uppväxtförhållanden, såväl ekonomiska som sociala, och sannolikt är det så att många av dem som låter sin narkotikaerfarenhet utvecklas i den meningen att de inte nöjer sig med att pröva en eller några gånger utan låter användandet breda ut sig då de ser narkotikaanvändning och (för vissa) -försäljning som en lösning på livsproblem, om än kortsiktigt.

I enkätstudien *Ungdomars drogvanor 1994–2003* står det att

> … narkotikaerfarenheten var högre bland såväl universitetsstudenter som dem som saknade sysselsättning, jämfört med dem som arbetade. Samtidigt var narkotikaerfarenheten av allvarligare art bland dem som var ”sysslolösa”, de hade klart större erfarenheter av olika narkotikasorter och debutåldern för dessa var nästan två år lägre än för studenterna.
>
> (Guttormsson m.fl. 2004, s. 93)

Författarna till rapporten skriver att en meningsfull sysselsättning, ifråga om arbete eller studier, och sannolikt en mer välordnad bakgrund kan innebära att man löper mindre risk att utveckla ett allvarligt missbruk i jämförelse med människor som saknar sysselsättning. De fastslår också att utbildningsnivå och avklarad skolgång har betydelse för hur narkotikavanorna utvecklas och att ”de som vid 21 års ålder hade grundskola eller gymnasiets individuella program som högsta utbildning” också visade en ”klart större narkotikakonsumtion” (Guttormsson m.fl. 2004, s. 93). I en annan studie av CAN, *Mönstrandes drogvanor 2004* (Guttormsson 2005), gjordes en analys av unga mäns sociala bakgrund relaterat till narkotikavanor. Nästan tre gånger fler av dem som uppgivit att de varken studerar eller arbetar har prövat narkotika i jämförelse med dem som uppgivit att de studerar och skillnaden är fem gånger så stor sett till narkotikaanvändning den senaste månaden. En så hög andel som 15 procent ur kategorin sysslolösa har använt mer än 20 gånger medan motsvarande siffra för studerande är strax över två procent. Resultaten visar tydligt hur narkotikaerfarenhet och intensifierat användande hänger samman med såväl studier som arbete. Förmodligen handlar det bland annat om det som Bengt Svensson m.fl. är inne på i boken *Att komma för sent så tidigt som möjligt* att en del ungdomar upplever sig chanslösa på den vanliga arbetsmarknaden och att de därför söker sig till ”narkotikavärldarna” där det finns en:

> … socialitet, ett intensivt umgänge, en drog att samlas kring, ”arbete” i form av kriminella verksamheter, en kompetens i narkotikahantering och kriminalitet, korta perspektiv och en händelserikedom.
>
> (Svensson m.fl. 1998, s. 47)

Om människor upplever att de inte kommer in i samhället, att de misslyckas i skolan och inte ser en integrerad framtid i samhället på samma sätt som de som lyckas, förefaller det rimligt att somliga söker sig till

miljöer och umgängen där de bland vännerna kan uppleva en känsla av självrespekt, där de kan fylla dagen med innehåll och där de med rusets hjälp ibland kan skapa en illusion av en annan värld än den de lever i. Det handlar om högst mänskliga processer, sökande efter trygghet, upplevelse av egenmakt, känsla av identitet. I en etnografisk studie som jag utfört med namnet *Jorden går runt* (2008) om unga narkotikaanvändare med invandrarbakgrund i ett svensk miljonprogramsområde, berättade en ung man att han och kompisarna när de var i 13–14-årsåldern ibland brukade gå upp på ett berg i utkanten av området och ta med sig kemiskt ren bensin som de stulit i närbutiken. När de satt däruppe och sniffade in bensinen som de hällt i en plastpåse var det som om deras område ändrade form, de skrattade åt livet som tillfälligtvis hade ändrat karaktär. En annan kille berättade för mig att de rökte hasch för att bli glada. Dessa unga män hade en svår bakgrund med föräldrar som inte riktigt integrerat sig i det svenska samhället socialt eller ekonomiskt. För dessa unga människor blev narkotikamiljöerna nästan som ett alternativt hem, där de kunde känna en viss stolthet och där de kunde glömma såväl historia som framtid.

Det handlar om högst mänskliga processer, sökande efter trygghet, upplevelse av egenmakt, känsla av identitet.

I Norge finns två studier som beskriver liknande processer. I Sveinung Sandberg och Willy Pedersens studie *Gatekapital* (2006) beskrivs hur unga immigranter blir haschförsäljare i Oslo för att på så vis skapa ett känsla av självrespekt. Gatekapital innebär det kunnande och de resurser de tillägnar sig på gatan, resultatet av en alternativ yrkesutbildning i en situation då de upplever sig vara utestängda från det norska majoritetssamhället. I Geir Moshuus studie *Young Immigrants of Heroin* (2005) påvisas ungefär samma sak, hur vistelsen i narkotikamiljöer kan innebära att man upplever en viss självrespekt. Men samtidigt är det så paradoxalt att detta sökande efter självrespekt kan innebära att man bidrar till en förstärkt marginalisering genom vistelsen i drogmiljön i den meningen att man riskerar att utveckla ett intensivt missbruk och också att man riskerar att stigmatiseras ytterligare genom fängelsestraff och andra människors prat och ryktesspridning.

Samtidigt som det handlar om människor med invandrarbakgrund bör man ha klart för sig att dessa studier inte hävdar att missbruk eller narkotikaförsäljning utvecklas på grund av konstiga främmande etniska grupper som tar med sina konstiga vanor från sina ursprungsländer. Snarare utvecklas det genom olika marginaliseringsprocesser i det svenska samhället och bottnar i den mänskliga strävan efter självrespekt i en svår social och/eller ekonomisk situation. Kopplat till nor-

mer kan man tänka sig att det finns en viss rationalitet i att prioritera ett liv som innebär starka upplevelser i nuet, som stänger ute såväl framtid som historia, och som inte kräver några skolbetyg, i en livssituation kantad av frustrationer och misslyckanden. Den här vägen in i missbruket speglar ett samhälle där sociala och ekonomiska resurser fördelas på ett ojämlikt sätt och varför följa det etablerade samhällets normer om man inte riktigt upplever sig vara en del av detta samhälle?

Om prevention

Det är nog omöjligt att skapa ett samhälle där staten eller de styrande organen i samhället på ett mer oemotsagt sätt än vad som är fallet nu kan socialisera samhällets unga medlemmar så att de inte ska använda de preparat som klassas som narkotika. Det är svårt att tänka sig att samhället skulle isolera sig från influenser utifrån och stänga av alla satellitmottagare, kapa kontakterna med internet och förbjuda de unga samhällsmedlemmarna att färdas utanför Sveriges gränser. Det är dessutom högst tveksamt om det skulle vara önskvärt. Vad man kan göra, om man vill upprätthålla till exempel gränsen mellan narkotika och alkohol, där den ena är tecken på avvikande beteende och den andra på normalt beteende, är att fortsätta ungefär som man gör nu, genom att informera i skolor, genom att på olika sätt arbeta med den folkliga opinionen. I den meningen håller man normen om att inte använda narkotika vid liv som en motvikt i förhållande till mer narkotikaliberala budskap i samhället. Samtidigt kan detta, att man fortsätter att fokusera på narkotikaanvändande som något högst problematiskt och förkastligt, innebära att man håller bilden av narkomanen som den misslyckade människan vid liv, vilket kan göra det svårare för människor att lämna ett missbruk då de helt enkelt tolkas som sämre individer än andra. När det etablerade samhället kommunicerar riskerna med att använda narkotika är det också av stor vikt att det görs på ett trovärdigt sett, med aktuella kunskaper som grund.

Mycket viktigt i det preventiva arbetet är att jobba med de grupper som mer än andra befinner sig i riskzonen när det gäller att skapa en framtid utan utbildning och i den meningen resurser för att kunna skapa sig ett integrerat liv i majoritetssamhället där de upplever självrespekt och värde. Egentligen handlar det om det som Börje Olsson skrev 1999: ”I en fortsatt narkotikapolitisk diskussion måste de materi-

ella och strukturella realiteter vi idag har att brottas med stå i centrum …" (i Guttormsson m.fl. 1999, s. 109). Narkotikaanvändandet och missbruket är nära relaterat till den tid och det samhälle vi lever i, där utslagning produceras genom de samhällsprocesser som konsekvent missgynnar olika befolkningsgrupper, och där problemen kommer att fortsätta att utvecklas om inte ett mer omfattande strukturellt socialpolitiskt arbete bedrivs än vad som är fallet idag. Det finns inga enkla lösningar, men att på olika sätt ge unga människor skäl att tro att det finns en framtid för dem i samhället är det som jag utifrån den forskning som presenterats i den här artikeln menar är avgjort viktigast.

Litteratur

Becker, H.S. (1963/1973). "Becoming a Marijuana User" i Becker, H.S. *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

Bossius, T. & Sjö, F. (2004). *Musikfestivaler och droger*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika, rapport nr 4.

Douglas, M. (1966/1991). *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goffman, E. (1963/1990). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

Guttormsson, U. (2005*). Mönstrandes drogvanor 2004*. Stockholm: CAN, rapport nr. 86.

Guttormsson, U., Andersson, B. & Hibell, B. (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003: Intervjuer med 16–24-åringar.* Stockholm: CAN, rapport nr. 75.

Guttormsson, U., Helling, S. & Olsson, B. (1999). *Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millenniumskiftet* (MAX-projektet, delrapport nr. 1) Stockholm: CAN, rapport nr 55.

Hellum, M. (2004). *Backpackers som drogar ibland: Risk och erfarenhet som kapital*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika, rapport nr 3.

Järvinen, M. & Rosenquist, P. (red.) (1991). *Kön, rus och disciplin – en nordisk antologi.* Helsingfors: Nordiska Nämnden för Alkohol- och Drogforskning (NAD).

Lalander, P. (2001). *Hela världen är din: En bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.

Lalander, P. (2008). *Jorden går runt: Gatukultur, droger och etnicitet*. Stockholm: Liber Förlag (under publicering).

Lander, I. (2003*). Den flygande maran: En studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm.* Stockholm: Kriminologiska institutionen, avhandlingsserie, nr 11.

Messerschmidt, J. (1993*). Masculinities and Crimes.* Lanham: Rowman and Littlefield.

Moshuus, G. (2005). *Young Immigrants of Heroin: An Ethnography of Oslo's Street Worlds.* Oslo: Avhandlingsserien vid Socialantropologiska institutionen, Oslo universitet.

Röger, S. (red.) (2005). *Alkohol, narkotika och studentliv: En studie om attityder, tankar och användningen av alkohol och narkotika hos svenska högskole- och universitetsstudenter.* Stockholm: Mobilisering mot narkotika, rapport nr 6.

Sandberg, S. & Pedersen, W. (2006). *Gatekapital*. Oslo: Universitetsförlaget.

Shapiro, H. (2003). *Waiting for the Man: The Story of Drugs and Popular Music*. London: Helter Skelter Publishing.

Sjö, F. & Bossius, T. (2004). *Droger i den svenska klubbkulturen*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika, rapport nr 5.

Skårner, A., Donning, Y. & Månsson, S-A. (2005). *Unga och droger: Om exponering och navigering i det svenska droglandskapet*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika, rapport nr. 9.

Svensson, B., Svensson, J. & Tops, D. (1998). *Att komma för sent så tidigt som möjligt: Om prevention, ungdomskultur och droger*. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD), nr 34.

Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting*. New Heaven: Yale University.

Knark är bajs

Att driva narkotikaförebyggande informationsarbete

Gunilla Jarlbro

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Skilj mellan opinionsbildning och praktiskt förebyggande arbete.
- Gör en åtskillnad mellan kampanjstrategier och övriga kommunikativa hälsoinsatser.
- När en kampanj är användbar.
- När en Community Intervention-strategi ska användas.

Rubriken till detta kapitel – knark är bajs – refererar till dåvarande Mobilisering mot narkotikas budskap vars syfte givetvis var att få unga människor att inte börja använda narkotika. Som såväl medie- och kommunikationsforskare som vanlig medborgare har jag funderat över vad man egentligen menade med detta budskap. Använde man budskapet för att man trodde att den vanligaste föreställningen hos unga människor är att man tycker att bajs är äckligt, vidrigt och sedan per automatik gör samma koppling till narkotika eller avsåg man något annat? Uppriktigt sagt så vet jag inte även om jag vid flera tillfällen ställt denna fråga till ansvariga för budskapet. Vad jag däremot vet är att budskapsformulering tillhör något av det svåraste i hela kommunikationsprocessen och att budskapet är det som förenar sändare med mottagaren och vice versa. I backspegeln kan man kanske trots allt säga att – knark är bajs – ändå inte var så dåligt budskap, för jag kommer i alla fall ihåg det trots att det har gått många år sedan den första dekalen med budskapet dök upp. Frågan är dock om detta budskap kan ha haft avsedd effekt på målgruppen, det vill säga fått unga människor att avstå från att testa narkotika.

I detta kapitel ska jag huvudsakligen inte diskutera hur man formulerar användbara budskap i det narkotikaförebyggande arbetet utan fokus kommer i stället att vara på vilken typ av informationsinsatser som kan vara användbara i detta sammanhang. Självfallet kommer inte alla typer av narkotikapreventivt arbete att behandlas i detta kapitel.

Endast den typ av prevention som bygger på information och kommunikation till grupper av medborgare kommer att behandlas. Även om denna typ av preventivt arbete inte kan kostnadsvärderas på samma sätt som till exempel ett vaccinationsprogram är det viktigt att hälsoupplysare och sjukvårdspersonal som arbetar förebyggande ökar sin kompetens när det gäller att analysera, genomföra och utvärdera informationsprojekt, så att de effektiva insatserna kan skiljas ut från de mindre effektiva.

Om man förebygger det ena så förebygger man väl också det andra, eller ...

I det praktiska folkhälsoarbetet brukar man slå ihop alkohol- och narkotikaprevention. I samband med skolinformation brukar man inte så sällan även slå ihop tobaksprevention med såväl alkohol- som narkotikaprevention. Kort sagt tycks detta förfaringssätt bygga på föreställningen att om man kan förhindra användningen av den ena drogen så ökar chansen att även förhindra användningen av andra droger. Denna strategi är säkerligen användbar på individnivå, men knappast om vi vidgar våra vyer till befolkningsnivån och börjar prata om opinionsbildning.

Ur ett opinionsperspektiv är det viktigt att skilja på ämnena alkohol respektive narkotika. Detta är viktigt ur det hänseende att det förstnämnda, det vill säga alkohol, har funnits sedan urminnes tider i vår svenska kultur och är även en laglig och av staten sanktionerad drog. Staten får till och med inkomster av att medborgarna konsumerar alkohol. Förvisso har staten även tämligen stora kostnader beroende på att vissa medborgare har en allt för hög alkoholkonsumtion, men trots detta finns det inget i dagsläget som tyder på några förändringar i den alkoholpolitiska diskursen. Staten vill att vuxna medborgare ska anta en måttlighetskonsumtion, medan frivilliga organisationer inom alkoholområdet har en så kallad nolltolerans. Dessa motstridiga budskap från staten respektive frivilligorganisationerna gör att alkoholpreventionen ur ett kommunikationsperspektiv har sina speciella problem, vilket inte ska diskuteras närmare i denna publikation. Låt oss istället diskutera vad som kännetecknar narkotikafrågan. Narkotika är olagligt och finns inte som ett ”naturligt” inslag i vår svenska kultur. De flesta, och då menar jag den absoluta majoriteten svenskar, ställer

Ur ett opinionsperspektiv är det viktigt att skilja på ämnena alkohol respektive narkotika.

helhjärtat upp på tanken om ett narkotikafritt samhälle. Vi har inga – åtminstone synliga och rumsrena – organisationer som har en annan agenda än staten, det vill säga att vi alla ska kämpa för ett narkotikafritt samhälle. Behöver man överhuvudtaget bedriva opinionsbildande verksamhet när alla, eller nästan alla redan tycker likadant?

På denna fråga vill jag svara ett tveklöst *ja*, därför att opinioner är som mode, det vill säga att de kan förändras, inte alltid över en natt, men dock förändras. Av denna anledning är det viktigt att det förs medvetna och långsiktiga kommunikationsinsatser vars syfte är att den befintliga opinionen anser det vara viktigt att driva samhället i riktning mot ett narkotikafritt dito. Om den svenska opinionen skulle förändras i detta avseende så kommer på sikt även den mest opinionskänsliga yrkesgruppen, nämligen politiker, att förändra sin riktning i frågan. Om opinionen inte tycker att det är viktigt att driva narkotikaförebyggande insatser, varför skulle då politiker och makthavare satsa pengar på denna verksamhet?

Frågan är dock hur man kan driva denna medvetna kommunikationsinsats, vilket inte är detsamma som hur man faktiskt direkt via kommunikation får människor att avstå från att använda narkotika. Det sistnämnda kommer att presenteras längre fram i detta kapitel.

Kampanjstrategin

Jag anser att man ska göra en klar åtskillnad mellan å ena sidan hälsokampanjer och övriga kommunikativa hälsoinsatser och å andra sidan vilka teoretiska ansatser som bör ligga bakom en kampanj respektive övriga insatser inom hälsoområdet (Jarlbro 2004a). Det finns med andra ord två olika kommunikationsstrategier att välja bland, nämligen en kampanjstrategi eller en Community Intervention-strategi. Om man vill påverka den allmänna opinionen i en eller annan riktning så är det självklart en kampanjstrategi man ska välja.

Teorin bakom kampanjstrategin är *social marketing* (Solomon 1989) och i korthet går denna ut på att samma principer används för att marknadsföra idéer och värden som för att marknadsföra produkter. Skillnaden mellan kommersiell och icke-kommersiell marknadsföring är att den förra ofta uppmuntrar människor att göra något, till exempel köpa en produkt, medan den icke-kommersiella marknadsföringen ofta går ut på att hindra människor från att göra någonting, till exempel låta bli att röka eller att använda narkotika. Många forska-

re menar dock att teorin har sina begränsningar och anser den vara manipulativ, eftersom den associeras med annonsering och marknadsföring av kommersiella produkter. Den kanske allvarligaste kritiken är dock att teorin endast erbjuder enkla lösningar på komplexa hälsoproblem. Oavsett kritik och med insikten att det är betydligt lättare att via kommunikation få människor att göra någonting, till exempel köpa en produkt än att få dem att avstå från någonting, till exempel att låta bli att testa narkotika, anser jag att denna teori och kommunikationsstrategi är användbar i ett opinionsbildningsperspektiv.

Opinioner påverkas givetvis av det som rapporteras i medierna. Det innebär att det inte kan bildas opinion kring händelser, platser som inte återfinns på nyhetssidorna och i nyhetsprogrammen. Om nu medierna har detta inflytande på människors åsikter och föreställningar, behövs det då verkligen planerade kampanjer för att påverka opinionen? På denna fråga vill jag tveklöst svara *ja*. Jag vill för det första påstå att narkotika som ämne inte är särskilt stort och frekvent i mediebevakningen. Detta förhållande gäller åtminstone i de svenska dagstidningarna. Det empiriska belägget för detta påstående hämtar jag från en studie som jag genomförde 2004 och vars syfte var att belysa hur svenska dagstidningar gestaltade alkoholfrågan (Jarlbro 2004b). I denna studie analyserades medierapportering av alkoholfrågan under tre tidsperioder, nämligen 1995, 1998 och 2003. Totalt analyserades 2 268 artiklar som belyste alkohol. Givetvis ställdes frågan huruvida 2 268 artiklar är mycket eller lite. För att få en föreställning om rapporteringens omfattning gjordes även sökningar på andra hälsorisker, nämligen narkotika och tobak under de aktuella åren. För narkotika och tobak är det bara antalet träffar i databaserna som har noterats, det vill säga att jag inte vet någonting om innehållet i de aktuella artiklarna. Tabell 1 nedan redovisar resultaten av dessa sökningar.

Opinioner påverkas givetvis av det som rapporteras i medierna. Det innebär att det inte kan bildas opinion kring händelser, platser som inte återfinns på nyhetssidorna och i nyhetsprogrammen.

TABELL 1. *Antalet alkoholartiklar under de tre aktuella åren jämfört med antal träffar på narkotika och tobak i samma tidningar under samma år.*

	Antal artiklar
Alkohol	2 268
Narkotika	1 579
Tobak	775

Tabell 1 visar tydligt att alkohol är ett betydligt intressantare ämne att rapportera kring än såväl narkotika som tobak. En anledning till detta är troligen att alkohol som ämne innehåller betydligt fler ingredienser än de övriga två ämnena för att passa de gängse nyhetskriterierna. Det finns betydligt fler narrativa ingångar för journalisterna när det gäller att behandla alkoholfrågan än vad som är fallet för såväl narkotika som tobak. Det råder ingen som helst konflikt mellan experter om narkotikans och tobakens hälsovådliga effekter, vilket i klartext betyder att det troligen är svårare ”att få till” en artikel när alla källor tycker likadant.

Utifrån detta resonemang menar jag att för att den allmänna opinionen rörande narkotikafrågan i Sverige ska fortsätta i den redan befintliga riktningen krävs att planerade kommunikationsinsatser genomförs. Inte för att de direkt påverkar eller förhindrar unga människor att börja använda narkotika utan därför att kampanjer påverkar mediebevakningen som i sin tur påverkar opinionen, som i detta fall är att ett narkotikafritt samhälle är eftersträvansvärt.

När är en kampanj användbar?

Vad är då en kommunikationskampanj och vilka effekter kan man förvänta sig av en sådan?

I vilka sammanhang som en kampanj kan anses vara välmotiverad för att påverka hälsobeteenden kommer också att diskuteras nedan.

Kampanj är ett ord vars betydelse sällan definieras, utan innebörden tas ofta för givet. Termen kampanj, använd i ett kommunikationssammanhang, säger egentligen inte mer än att sändaren har ett mål med sin kommunikation, att mottagarna tillsammans utgör ett kollektiv, att kommunikationsprocessen har en viss varaktighet i tiden och att processen har en klar startpunkt och en klar slutpunkt.

Rogers och Storey (1989) definierar en kampanj på följande sätt:

1. En kampanj har ett syfte.
2. En kampanj är riktad mot en stor mottagargrupp.
3. En kampanj har en klar tidsgräns.
4. En kampanj består av en samordnad uppsättning av aktiviteter.

Denna definition innebär att väldigt få kommunikationsaktiviteter inom hälsoområdet skulle falla inom begreppet kampanj. Det första

5 500 skolungdomar samlades på Skansen vid kompisstödjararrangemanget Friends.

kriteriet som kan tyckas självklart, att en kampanj ska ha ett syfte, uppnås inte alltid. Flera kommunikationsaktiviteter, där bland annat dåvarande Folkhälsoinstitutet stod som avsändare, hade inte så sällan oklara syften och flera så kallade säkrare sex-kampanjer hade till och med flera motstridiga syften (för ett utförligt resonemang om dessa svenska kampanjer se Jarlbro 2004a).

Det andra kriteriet, att en kampanj är riktad mot en stor mottagargrupp, innebär att alla interpersonella påverkansförsök i smågrupper, till exempel i skolklass, faller utanför kampanjbegreppet.

Det tredje kriteriet, att en kampanj ska ha en klar tidsgräns, innebär att vissa aktiviteter som är ständigt pågående, till exempel aktiviteter där BRIS eller Cancerfonden är avsändare, egentligen faller utanför kampanjbegreppet.

Det sista kriteriet, att en kampanj består av en samordnad uppsättning av aktiviteter, innebär att det inte räcker med en annons eller en videoproduktion för att aktiviteten ska betecknas som en kampanj. Palm (1994) menar att samordningskriteriet innebär att ännu fler så kallade kampanjer egentligen faller utanför kampanjbegreppet. Många så kallade kampanjer består visserligen av mer än en aktivitet, men

aktiviteterna beslutas och genomförs efterhand och utan samband med varandra (ibid. s. 40).

Den idealiska kampanjen som passar i alla situationer finns inte. Varje kampanj måste med andra ord skräddarsys efter just sina förutsättningar, mål och målgrupper.

Vilka effekter kan man då förvänta sig av en kampanj och när kan det tänkas vara en användbar strategi? Kommunikationsforskare är idag ganska ense om att kampanjer, det vill säga masskommunikativa insatser såsom annonser, ”TV-spots” etc. är mest effektiva när det gäller att öka medvetenheten om problemet eller bilda eller stärka en redan befintlig opinion. Kampanjer kan även fylla en funktion när det gäller att stimulera interpersonell kommunikation. Kampanjer anses mindre effektiva när det gäller att åstadkomma långsiktiga förändringar i människors attityder eller beteenden (se till exempel Thornton & Kreps 1993, Derzon & Lipsey 2002).

Kampanjer kan alltså göra människor medvetna om ett specifikt hälsoproblem. En användbar teori i detta sammanhang är *agenda-setting-teorin*. På svenska kallas teorin ibland för dagordningsfunktionen. Termen agenda-setting myntades av McCombs och Shaw (1972), för att beskriva det fenomen som man långt tidigare hade uppmärksammat i samband med olika politiska valkampanjer. Lazarfeld och medarbetare (1944) åberopar samma fenomen som ”the power to structure issues”, vilket exemplifieras som en situation när en politiker försöker övertyga väljare om vad som från deras synvinkel är den viktigaste frågan. Senare forskning menar dock att agenda-setting-processen består av tre olika agendor, det vill säga en politisk agenda, en medieagenda och en interpersonell agenda (McQuail 1994).

Kampanjer kan alltså göra människor medvetna om ett specifikt hälsoproblem.

Rogers och medarbetare (1991) använder sig å andra sidan av fem faser när de ska beskriva agenda-setting processen:

- *Science agenda* – frågan/ämnet diskuteras bland experter i vetenskapliga tidskrifter och i andra fackorgan.
- *Media agenda* – frågan/ämnet behandlas i massmedierna.
- *Public agenda* – den interpersonella agendan och frågan/ämnet diskuteras i personliga samtal bland målgruppen.
- *Polling agenda* – opinionsundersökningar börjar genomföras.
- *Policy agenda*– politiska beslut diskuteras och fattas.

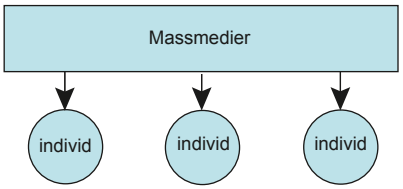
Den vanligaste ordningen är enligt Rogers och medarbetare (ibid) den ovan beskrivna, men det finns en rad situationer/ämnen i samhällsde-

batten där andra kombinationer är tänkbara. Alla frågor/ämnen passerar inte den interpersonella agendan på vägen från expertagendan till policyagendan. Ett exempel på detta skulle frågan om narkotikan och alkoholens skadliga effekter kunna vara. Andra frågor/ämnen kan nå den interpersonella agendan innan de når medieagendan, till exempel frågan om invandrares brottslighet. Vidare kan en fråga ligga högt på medieagendan utan att för den skull ligga särskilt högt på den interpersonella agendan, exempelvis vad som händer i vissa EU-sammanhang.

En intressant fråga är vad som händer med ett ämne när det går från den vetenskapliga agendan till medieagendan. Flera studier visar att journalister överlag saknar den kompetens som är nödvändig för att kunna rapportera och reflektera över olika problematik inom hälsoområdet (Jarlbro 2004a). Sålunda menar Berger (1998) att det i mediernas rapportering rörande kvantitativa data om hälsorisker återfinns mycket fel – till exempel oförmågan att kunna skilja på *rates (*proportioner) och *frequency* (frekvens) – vilket i sin tur vilseleder nyhetskonsumenterna och bidrar till förvrängda riskperceptioner. Forskningen visar att det uppenbarligen är två skilda världar – med olika utgångspunkter, referensramar och arbetsvillkor – som möts i risksamhället. Fong (1999) ställer sig därför frågan om forskare och journalister överhuvudtaget kan samarbeta för att tillsammans bidra till att påverka medborgarnas förståelse för olika hälsoproblematik. Författarens lösning är att forskarna är de som i större utsträckning än journalisterna bör ändra sig i denna relation, de bör lära sig förstå de journalistiska arbetsmetoderna och vara mer tillmötesgående när det gäller att förklara sin forskning kring olika hälsofrågor.

Målet för hälsofrågor borde vara att komma högt upp på den interpersonella agendan, att få människor att börja prata om frågan.

Utan överdrift kan man säga att målet för hälsofrågor borde vara att komma högt upp på den interpersonella agendan, att få människor att börja prata om frågan med familj, vänner och arbetskamrater. Interpersonell kommunikation är ofta effektivare än masskommunikation för att få till stånd en beteendeförändring hos mottagaren. Detta resonemang leder automatiskt till att de ämnen som lämpar sig för massmediala kampanjer är sådana ämnen som inte finns på vare sig medieagendan eller den interpersonella agendan. Att idag starta en stor massmedial kampanj om tobakens skadliga effekter är med andra ord ganska meningslöst. Tobak som hälsofara är ett tydligt exempel på ett ämne som återfinns på alla de fem olika agendorna. Vill man påverka människors tobaksvanor krävs det andra typer av kommunika-



Figur 1. Injektionsnålsmodellen.

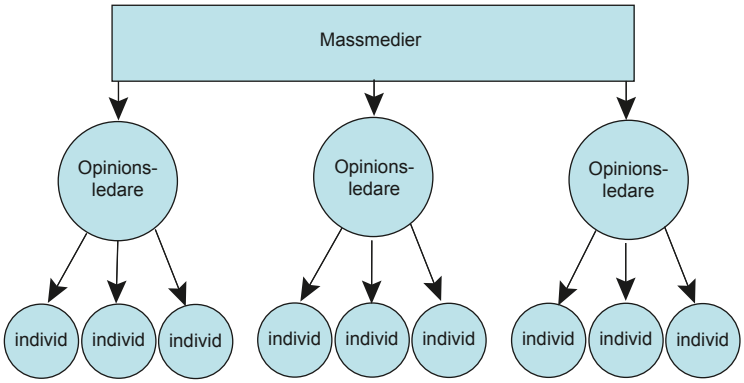
tiva insatser, ofta av interpersonell natur. Att däremot ha kampanjer rörande narkotika skulle alltså vara användbart, dels för att få upp frågan på medieagendan dels för att fortsätta ett aktivt preventivt arbete som bygger på interpersonell kommunikation. En av kampanjers möjligheter är alltså att stimulera den interpersonella kommunikationen (Jarlbro 2004a).

En användbar teori i detta sammanhang är *tvåstegshypotesen*. Tvåstegshypotesen beskrevs redan 1955 av forskarna Katz och Lazarsfeld i boken *Personal Influence*. Innan vi går in på vad teorin faktiskt innebär kan det vara på sin plats att beskriva hur synen tidigare hade varit när det gäller masskommunikationens effekter i allmänhet och massmediernas effekter i synnerhet. Den teori som var dominerande fram till 1940-talet brukar kallas ”injektionsnålsmodellen” och var en ganska okomplicerad modell. Man ansåg att massmediernas innehåll – likt en injektionsnål – gav effekter direkt på sin publik. Tankegången illustreras i figur 1.

Teorin eller modellen postulerade sålunda att massmedierna hade en direkt och kraftfull effekt på sin publik. Hadenius och Weibull (1994) menar att förklaringen till att denna förenklade teori fick så stor genomslagskraft hade att göra med många omständigheter i tiden. Bland annat nämner de att det fanns en stor osäkerhet inför tidens nya medier, till exempel radio och film. Den snabba moderniseringen på 1930-talet kan också ha bidragit till tron på mediernas manipulativa förmåga.

I takt med att forskningsmetoderna förbättrades under 1940-talet blev det allt svårare att bekräfta injektionsnålsmodellen. I modellen tycktes man helt ha glömt bort att vi människor inte bara tar till oss medieinnehåll utan också att vi är medlemmar i en rad olika grupper, som på olika sätt påverkar och formar oss. Ur denna förenklade effektmodell utvecklades sedan den så kallade tvåstegshypotesen, som kortfattat kan beskrivas som att informationen från massmedierna inte går direkt till individen utan via så kallade opinionsledare (se figur 2).

Termen opinionsledare är något missvisande, eftersom den för tankarna till en form av betald ombudsman. Vad man menar med opini-



Figur 2. Tvåstegsmodellen.

onsledare är i själva verket personer som dels exponerar sig för information i massmedier oftare än andra dels är särskilt intresserade av vissa samhällsfrågor. Opinionsledarna framstår som mer eller mindre experter för de andra – de så kallade opinionssökarna – och tar till sig informationen som de tolkar innan de sprider den vidare till personer i sin omgivning. Det finns dock en fara i att enbart använda sig av tvåstegshypotesen i samband med val av kampanjstrategi. Att helt förlita sig på att opinionsledare intresserar sig för kampanjens ämne och sedan sprider ett hälsobudskap vidare räcker inte alltid. Opinionsledare tenderar nämligen att umgås och kommunicera med varandra, de som redan är ”frälsta” tycker om att träffas och prata om det som är ”sant och riktigt”. Tvåstegshypotesen har också förfinats och byggts ut och idag pratar man ibland om flerstegshypotesen (Windahl & Signitzer 1992), att kommunikationen kan gå i flera led mellan olika opinionsledare innan den når den egentliga gruppen av de medborgare som söker eller behöver informationen.

En teori som har används mycket i samband med hälsokommunikationskampanjer är *Theory of social learning*, som på svenska brukar kallas modellinlärning. Huvudtanken bakom teorin är att människor lär sig genom att observera hur andra människor, det vill säga modeller/förebilder, gör (Bandura 1986). Modeller vars beteende vi tar efter kan finnas i vardagslivet eller vara en medieperson. Sålunda kan rollkaraktärer i så kallade såpoperor fungera som positiva modeller när det gäller att påverka människor till ett hälsosamt beteende, till exempel att inte röka och dricka alkohol eller testa narkotika. De karaktärer som kan fungera som modeller måste givetvis vara attraktiva för publiken och deras beteende måste på något sätt belönas. Negativa mo-

deller skildras givetvis också i såpoperor, men de bestraffas istället för sitt felaktiga beteende. Att medvetet påverka manusförfattare till att framställa hälsosamt beteende som det riktiga och rätta i publikdragande program har gjorts i såväl USA som tredje världens utvecklingsländer (Backer m.fl. 1992).

Modellinlärningens effekter anses större under vissa omständigheter. Sålunda menar Neuendorf (1990) att modellinlärning fungerar bäst om det finns få alternativa modeller och att belöningen man erhåller av det rätta beteendet är tydlig. Vidare ska modellerna antingen vara så lika – avseende sociodemografiska faktorer och värderingar – som möjligt den person som man vill ska ändra beteende, eller också ska modellen vara en person som mottagaren ser upp till och beundrar, till exempel ”en kändis”. Svenska exempel på kampanjer där teorin om modellinlärning har använts är det ganska gott om. Den mest kända är troligen anti-rök-kampanjen ”Non-smoking generation” under senare hälften av 1970-talet.

En teori som har använts mycket i samband med hälsokommunikationskampanjer är modellinlärning.

Begreppet *Self-efficacy* ingår i teorin om modellinlärning och kan sägas beskriva individens upplevda handlingskontroll, eller om man hellre vill, människors tro på sin egen möjlighet att ändra sitt beteende (Bandura 1986). Människors upplevda handlingskontroll varierar givetvis beroende på individuella faktorer och beroende på vilket beteende det handlar om. Det finns dock ett samband mellan individens ”self-efficacy”, eller upplevda handlingskontroll, och hennes faktiska beteende. Hälsokampanjer som vill få människor att ändra beteende måste alltså försöka höja målgruppens upplevda handlingskontroll, det vill säga att det ska vara möjligt att säga nej till och förkasta narkotika. Modeller som används för detta syfte ska således tjänstgöra som ställföreträdare för målgruppen och ge information om hur man faktiskt går tillväga för att ändra sina kostvanor eller hur man ska göra för att säga nej till att testa narkotika.

Sammanfattningsvis anser jag att narkotika som ämne väl lämpar sig för masskommunikativa kampanjer, dels för att stimulera medieagendan som i sin tur påverkar den allmänna opinionen, dels för att stimulera den interpersonella kommunikationen, det vill säga att människor pratar om narkotika och dess följder på arbetsplatser i skolor med mera.

Hur ska vi då via kommunikation faktiskt få människor att låta bli att använda narkotika, vilka kommunikativa strategier kan vara användbara i detta sammanhang? Detta ska diskuteras i det följande avsnittet.

Vid kompisstödjararrangemanget Friends i Stockholm 2008 tog man hjälp av Agnes Carlsson, vinnare av Idol 2005.

Community Intervention-strategin

Ovan kunde vi konstatera att kampanjer kan fylla en funktion när det gäller att få upp ett specifikt ämne på dagordningen eller för att stimulera interpersonell kommunikation. När det däremot gäller att åstadkomma långsiktiga förändringar i människors attityder och beteenden, anses kampanjer överlag som mindre effektfulla. För att få till stånd mer långsiktiga attityd- eller beteendeförändringar brukar *Community Intervention*-strategier vara att föredra (Jarlbro 2004a). (Jag använder enbart den engelska termen eftersom det inte finns något täckande svenskt ord för community, vilket kan betyda både samhälle, samfund, gemenskap etc.) *Community Intervention* innebär således i korthet att man utnyttjar inom regionen eller kommunen existerande formella och informella grupperingar för projektets syfte, samtidigt som man söker skapa nya grupperingar som kan bidra till att projektets mål uppnås. Ett konstant inslag i all form av *Community Intervention* har olika typer av ”gräsrotsaktiviteter” varit, dock i olika former och i varierande grad. Ett viktigt inslag i alla *Community Intervention-*

projekt är att projektledningen har goda kunskaper om det samhälle där själva ”interventionen” ska ske samt att man skapar goda relationer med myndigheter, socialarbetare och eventuella nyckelpersoner inom aktuella organisationer etc.

Rothman (1995) urskiljer tre olika typer av *Community Intervention*-projekt. Den första typen av projekt kallar han för *Locality Development*, som innebär att man engagerar hela samhället, det vill säga organisationer och enskilda medborgare såväl när mål för projektet sätts, som för det fortsatta förändringsarbetet. Vidare uppmuntrar man till olika mer eller mindre spontana medborgaraktiviteter. Den förändringsstrategi som man arbetar med är ”låt oss alla komma tillsammans och diskutera eventuella lösningar”.

När det gäller att åstadkomma långsiktiga förändringar i människors attityder och beteenden anses kampanjer överlag som mindre effektfulla.

Den andra typen av projekt kallas för *Social Planning/Policy* och innebär i korthet att de problem som ska lösas och den förändring som ska komma till stånd bygger på empirisk observation och insamlande av data rörande det aktuella problemet. Medborgardeltagande är inte huvudingrediensen i denna strategi och varierar därför från fall till fall. Förändringsstrategin kan beskrivas som: ”Låt oss insamla aktuell fakta för att noggrant kunna tänka efter nästa logiska steg för att kunna gå vidare.”

Den tredje typen av projekt kallas för *Social Action* och kan kortfattat sägas bygga på tanken att lösningen på problemen står att finna i det faktum att vissa grupper av medborgare på olika sätt är missgynnade. Förändringsstrategin går i korthet ut på att försöka ge de missgynnade grupperna makt och få dem till att upptäcka sina egna resurser för att kunna förändra sin situation.

Dessa tre olika typer av Community Intervention-projekt ska ses som idealtyper, att hitta renodlade projekt av den ena eller andra typen är svårt. Det som just kännetecknar dessa är att de utgår från specifika förutsättningar i just den region som de ska verka i. Detta innebär i praktiken att många Community Intervention-projekt är en blandning av alla de tre ovan refererade typerna. Det finns emellertid vissa gemensamma nämnare i alla typer av Community-projekt. Cox (1995) är en forskare som urskiljer nio olika faser – som kan sägas ha någon form av allmängiltighet – i ett Community Intervention-projekt:

Fas 1. Uppdraget ges till en projektledare/hälsoinformatör. Det finns i alla projekt alltid någon form av myndighet eller organisation som har upptäckt ett problem i samhället/kommunen. Myndigheten/organisationen har ofta en ganska bestämd uppfattning, dels om vad som orsa-

kar problemet, dels om hur det faktiskt ska lösas. Myndigheten är projektledarens/hälsoinformatörens arbetsgivare, vilket innebär att myndigheten kommer att sätta ramarna för det fortsatta arbetet. Under denna fas är det viktigt att hälsoinformatören inte direkt avfärdar myndighetens uppfattning om problemet och hur det ska lösas, hur tokigt och felaktigt det än kan verka, eftersom goda relationer är avgörande för det fortsatta arbetsförloppet.

Fas 2. Under denna fas ska en problemidentifiering ske. Här söker man även identifiera vilka olika grupper som berörs av problemet och hur det eventuellt påverkar dem.

Fas 3. Under denna fas sätter man in det identifierade problemet i ett socialt sammanhang, man studerar hur problemet har uppstått. För att förstå problemets art använder man sig under denna fas av olika teoretiska perspektiv. Vidare studerar man vilka grupper i samhället som förlorar respektive får vinster av det aktuella problemet.

Fas 4. Under denna fas studeras vilka individer eller grupper som får behållning av själva interventionen. Grupperna kan beskrivas ur ett demografiskt perspektiv eller ur etnisk identitet, politisk tillhörighet etc. Under denna fas studerar man även den aktuella gruppens relationer till övriga medlemmar i samhället.

Fas 5. Under denna fas sätter man målen för själva projektet. Målen sätts efter den analys som har genomförts i de tidigare faserna. Förutom konkreta mål som ska relateras till problemet, ska under denna fas processmål sättas. Med processmål menas i detta sammanhang mål som är relaterade till den kompetens som finns i den aktuella regionen eller samhället. Här handlar det till stor del om att bygga och understödja olika typer av nätverk som till slut ska leda till att problemet löses.

Fas 6. Under denna fas lägger hälsoinformatören upp en strategi. Här försöker man identifiera de grupper som antas motarbeta respektive stödja det fortsatta arbetet. Man gör även en bedömning av tillgängliga resurser.

Fas 7. Under denna fas lägger man upp sin taktik, var ska jag börja och med vem? Under denna fas kan man även behöva fundera över hur arbetet ska förankras, till exempel om individer eller grupper behöver utbildas. Hur man ska använda sina resurser effektivt är ytterligare en

fråga som ska besvaras under denna fas. Till slut bör man fundera över hur man ska hantera de grupper eller individer som på olika sätt kommer att motarbeta arbetet.

Fas 8. Under denna fas tänker man ut hur man ska mäta effekterna av såväl den strategi som den taktik man valt.

Fas 9. Under denna sista fas funderar man på om projektet ska avslutas eller modifieras. Man kan också behöva sätta nya mål och eventuellt omarbeta sin strategi och taktik för att kunna gå vidare.

Vikten av att noga identifiera problemet och vad som orsakar detsamma kan inte nog betonas i samband med Community-projekt. Vidare brukar man betona hur viktigt det är att den ansvarige för Community-projektet har en ytterst god förmåga att etablera sociala kontakter.

Ytterligare principer, eller regler, som man alltid bör tänka på i samband Community Intervention-projekt är för det första att man alltid ska betona fördelarna med den förändring av attityder eller beteende som projektet ska leda till. För det andra ska man vara mångsidig i val av metoder och alltid använda sig av ett språk som medborgarna i den aktuella regionen känner till. All medicinsk eller teknisk jargong är med andra ord bannlyst. För det tredje bör det poängteras att man inte ska försöka ändra människors beteende eller få dem att acceptera en ny idé som går stick i stäv med deras redan befintliga värdesystem. Den fjärde regeln är att man ska visa medborgarna resultat av projektet. Man kan till exempel låta en mindre grupp medlemmar i samhället testa det nya beteendet eller idéerna för att sedan visa resultatet av detta för hela regionen. Den femte regeln är att inte tvinga medborgarna att förändra sitt beteende radikalt, utan låta det ske successivt. Den sjätte regeln är att man ska använda sig av inflytelserika personer i samhället, som i sin tur kan påverka andra att ändra beteende eller acceptera en ny idé. Regel nummer sju säger att man ska undvika att ha budskap som upplevs som tvingande. Människor ska förstå att det är deras eget beslut om en beteendeförändring kommer till stånd. Den sista regeln är att alltid se till att taktik och budskap förhindrar att människor känner sig kränkta och hotade.

Alla kommunikationsprojekt, såväl kampanjer som Community Intervention-projekt, kräver ordentliga förarbeten och analyser.

Alla kommunikationsprojekt, såväl kampanjer som Community Intervention-projekt, kräver ordentliga förarbeten och analyser. I samband med Community Intervention-projekt är själva förarbetet –

Projektledaren bör ha goda relationer med myndigheter, socialarbetare och eventuella nyckelpersoner inom aktuella organisationer.

innan man kan sätta igång med olika aktiviteter som ska leda till en förändring – ofta mycket omfattande.

Avslutningsvis kan vi konstatera att Community Intervention-projekt ofta är mer effektiva än kampanjer om man vill ha till stånd långsiktiga beteendeförändringar. Det är dock viktigt att poängtera att det

inte handlar om antingen eller, ofta kan man behöva kombinera de olika metoderna. Kampanjer är effektiva när ett nytt ämne ska aktualiseras och interpersonell kommunikation under en längre tid kan påverka människor till att förändra ett invant beteende. I detta sammanhang kan det också vara på sin plats att påpeka att flera svenska myndigheter – varav dåvarande Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika särskilt kan nämnas – i allt större utsträckning kombinerade traditionella annonskampanjer med olika inslag av Community Intervention-projekt.

Avslutande reflektioner

Oavsett vilken kommunikationsstrategi man väljer för sitt narkotikaförebyggande arbete bör man alltid som hälsoplanerare efter avslutat arbete samla in all information om målgruppen, budskap, kanaler och informationsinsatsens effekter såväl avsedda som icke avsedda. Alla dessa data ska samlas in och dokumenteras helt enkelt för att de ska kunna bilda underlag för nästa planeringscykel.

Arbetet under denna sista fas av ett kommunikativt preventionsarbete består i att man lägger alla handlingar i ett arkiv. All dokumentation som har producerats – målbeskrivningar, målgruppsanalyser, aktivitetsplaner, annonser, inbjudan, program med mera, processutvärdering och slutligen effektutvärderingen – sorteras i kronologisk ordning. Hälsoplaneraren bör även under denna fas göra en självvärdering av sitt och den eventuella projektgruppens arbete. En enkel självvärdering där man analyserar sitt projekts svagheter, styrkor, möjligheter och hot kan vara av yttersta hjälp när man ska börja planera för nästa projekt.

Om ens projekt erhöll massmediebevakning: tidningsurklipp, radioinslag och liknande, bör detta analyseras avseende huruvida medierna bidrog till önskade eller oönskade effekter. Studera även hur projektets hälsoämne rent generellt behandlas i medierna. Givetvis behövs inte en vetenskaplig mediestudie genomföras. Poängen är snarare att man bör ta upp till diskussion huruvida det hälsoämne som är för handen får en annorlunda eller motstridig belysning i medierna än vad som är önskvärt ur ett hälsoperspektiv. Vidare kan det vara så att medierna inte har skrivit någonting alls, trots att man har skickat pressmeddelanden och inviterat till presskonferenser. Fundera på vad detta kan bero på.

Slutligen bör man även under denna sista fas diskutera om ens kommunikationsaktivitet bidrog till helt oväntade effekter och om man hade kunnat avvärja detta.

Ja, konstigare än så är det inte att arbeta med hälsofrämjande kommunikationsprojekt.

Litteratur

Backer, T.E., Rogers, E.M. & Sopory, P. (1992). *Designing Health Communication Campaigns. What Works?* Newbury Park: Sage.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Berger, C.R. (1998). *Processing Quantitative data About Risk and Threat in News Reports.* International Communication Association.

Cox, F.M. (1995). ”Community problem Solving: A Guide to Practice with Comments.” I Rothman, J. & Erlich, J.L. & Tropman, J.E. (red.) *Strategies of Community Intervention*. 5:e uppl. Illinois: F.E Peacock Publishers Inc.

Derzon, J.H & Lipsey, M.W. (2002) ”A Meta-analysis of the Effectiveness of Mass-Communication for Changing Substance-use Knowledge, Attitudes, and Behavior.” I Crano, W.D & Burgoon. M. (red.) *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research.* Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: s. 231–258.

Fong, G.T. (1999.) ”Challenges to Improving Health Risk Communication in the 21st century: A Discussion.” I *Journal of the National cancer Institute*, Special issue.

Hadenius, S. & Weibull, L. (1994). *Massmedier. En bok om press, radio och TV.* Stockholm: Bonniers.

Jarlbro, G (2004a) *Hälsokommunikation. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Jarlbro, G. (2004b). *Mellan tonårsfylleri och prisvärda lådviner. En analys av pressens rapportering av alkohol första halvåret 1995, 1998 och 2003*. Lund University, Media and Communication Studies, Research report 2004:1.

McCombs, M.E. & Shaw, D.L. (1972). ”The Agenda-Setting Function of the Press.” *Public Opinion Quarterly* 36:176–187.

McQuail, D. (1994). *Mass Communication Theory.* London: Sage.

Neuendorf, K.A. (1990). ”Health Images in the Mass Media.” I Ray, E.B. & Donohew, L. (red.) *Communication and Health. Systems and Applications.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Palm, L. (1994). *Övertalningsstrategier. Att välja budskap efter utgångsläge.* Lund: Studentlitteratur.

Rogers, E.M. & Storey, J.D. (1989). ”Communication campaigns.” I Berger, C. & Chaffe, S.H. (red.) *Handbook of Communication Science.* Newbury Park: Sage.

Rogers, E. m.fl. (1991). ”Aids in the 1980s. The Agenda-Setting Process for a Public Issue.” *Journalism Monographs* 126:1–47.

Rothman, J. (1995). ”Approaches to Community Intervention.” I Rothman, J., Erlich, J.L. & Tropman, J.E. (red.) *Strategies of Community Intervention*. 5:e uppl. Illinois: F.E Peacock Publishers Inc.

Solomon, C.T. (1989). ”Campaigns for Social ‘Improvement’: An Overwiew of Values, Rationales and Impacts.” I Salmon, C.T. (red.) *Information Campaigns: Balancing*

Social Values and Social Change. London: Sage Publications, Inc.
Thornton, B.C. & Kreps, G.L. (1993), *Perspectives on Health Communication*. Illinois: Prospect Heights.
Windahl, S. & Signitzer, B. (1992). *Using Communication Theory. An Introduction to Planned Communication*. London: Sage Publication.

Förebyggande effekter av polisens insatser mot narkotikan

Johannes Knutsson

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Den svenska narkotikapolitiken är mycket strikt.
- Även bruk av narkotika är brottsligt och beivras aktivt.
- Utvecklingen i restriktiv riktning har varit gradvis med ökad risk att åka fast.
- Ungdomsgruppen är särskilt känslig för en sådan politik enligt så kallad situationell preventionsteori.
- Inslaget av ungdomar bland dem som blivit misstänkta för narkotikabrott minskade gradvis efter införandet av den restriktiva politiken.
- Svenska ungdomar brukar narkotika i liten utsträckning jämfört med andra ungdomar.
- Data indikerar att vår narkotikapolitik haft preventiva effekter på ungdomarnas narkotikavanor.

Sverige har i jämförelse med många andra länder en särdeles konsekvent och restriktiv narkotikapolitik (Chatwin 2003), där även bruket av narkotika är kriminaliserat och aktivt beivrat. All slags befattning med narkotika kan resultera i polisiära ingripanden med efterföljande straffrättsliga reaktioner. Vår narkotikapolitik är omdiskuterad och utomstående betraktare gör olika bedömningar. Några är starkt kritiska (Bokhout van Solinge 2004), medan andra håller den för framgångsrik (United Nations Office on Drugs and Crime 2006).

I detta kapitel analyseras preventiva effekter av narkotikapolitiken med tonvikten på polisens insatser. Jag vill poängtera att någon säker slutsats knappast kan dras. Blott det faktum att analysen sträcker sig över flera decennier innebär stora osäkerheter. Omvälvande geopolitiska förändringar har ägt rum, nya resvanor har uppstått, populär- och ungdomskulturen har haft skiftande innehåll, telekommunikationsteknologin har förfinats och nya droger har introducerats – för

att bara nämna några viktiga faktorer. Trots detta är det enligt min mening möjligt att mot bakgrund av fakta och substansiell preventionsteori göra överväganden och bedömningar av vår narkotikapolitik.

Kontrollpolitikens stadier

Om vi med narkotikaproblem menar att det finns större grupper vars bruk skapar problem för dem själva och omgivningen, kan det svenska narkotikaproblemets uppkomst dateras till någon gång under senare delen av 1960-talet (Bejerot 1977). Samhällets sätt att bemöta narkotikaproblemet inom ramen för rättsvården har sedan dess genomgått stora omvälvningar, där en rad stadier kan urskiljas, avgränsade av lag- och praxisändringar med påtagliga konsekvenser för kontrollpolitiken (Kühlhorn m.fl. 1996, Knutsson 2000). I det första, som varade till slutet av 1960-talet, hade polisen ingen större roll, utan tillgången på narkotikan skulle främst begränsas genom kontrollen av förskrivning av narkotiska preparat via recept från läkare. Det andra stadiet inleds genom tillkomsten av Narkotikastrafflagen år 1968, vilken innebar en striktare straffrättslig kontroll. Inom några år höjdes maximistraffet väsentligt för narkotikabrott. Vid hantering av mindre mängder narkotika för eget bruk tillämpades dock en generös praxis med åtalsunderlåtelse. Polisen ökade emellertid sina insatser mot narkotikan och en stor aktion mot gatulangning av narkotika ägde rum år 1969. I nästa fas som varade från 1972 till 1975, minskade polisinsatserna totalt sett mot narkotikan och praxisen med åtalsunderlåtelser upprätthölls. Detta stadie bröts genom att chefsåklagaren i Stockholm införde en striktare praxis, samtidigt som polisen avsatte mer resurser inriktade mot narkotikan. Ett avgörande skifte i politiken ägde rum år 1980, då en ny allvarligare syn på narkotikahantering fick genomslag. Riksåklagaren meddelande i en cirkulärskrivelse att åklagarna hädanefter skulle vara mycket återhållsamma med att ge åtalsunderlåtelse. I samband med detta ökade polisen sina insatser mot narkotikan och en landsomfattande polisaktion mot gatukommers ägde rum. Under denna period infördes även strängare straffsatser för narkotikabrott.

Ett avgörande skifte i politiken ägde rum år 1980, då en ny allvarligare syn på narkotikahantering fick genomslag.

En kontroversiell fråga var om själva bruket av narkotika skulle vara kriminaliserat eller inte. Slutligen år 1988 utvidgades det straffbara området och bruket kriminaliserades. Dock innebar straffsatsen att

det i praktiken knappast var möjligt att tillämpa denna paragraf, eftersom det inte fanns utrymme för att ta prover som kunde visa om bruk ägt rum eller inte. Men år 1993 infördes slutligen fängelse i straffskalan med konsekvensen att det därefter blev möjligt att göra kroppsbesiktningar i form av urintest eller blodprov, vilket markerar övergången till nästa stadie. I samband med straffskärpningen betonades att särskilt för yngre skulle åtalsunderlåtelse kunna komma ifråga vid bruk. Sammanställningen nedan sammanfattar narkotikapolitikens utveckling inom ramen för rättsvården (Knutsson 2000).

Kontrollpolitikens stadier

Fas 1 –1967	Ansträngning minska tillgång via kontroll av förskrivning från läkare.
Fas 2 1968–1972	Mer strikt straffrättslig kontroll. Utökat fängelsestraff från ett till tio år. Generös tillämpning av åtalsunderlåtelse vid innehav för eget bruk. Ökade resurser till polisen.
Fas 3 1973–1975	Minskade polisiära resurser.
Fas 4 1976–1979	Striktare åtalspraxis av chefsåklagaren i Stockholm. Förnyad ökning av resurser till polisen.
Fas 5 1980–1992	Mer allvarlig syn på narkotikabrott. Cirkulärskrivelse från riksåklagaren att vara restriktiv med åtalsunderlåtelse. Substantiell ökning av polisresurserna. Aktioner mot gatumarknader. Kriminalisering av missbruket.
Fas 6 1993–	Beivring av bruk. Åtalsunderlåtelser tillbaka.

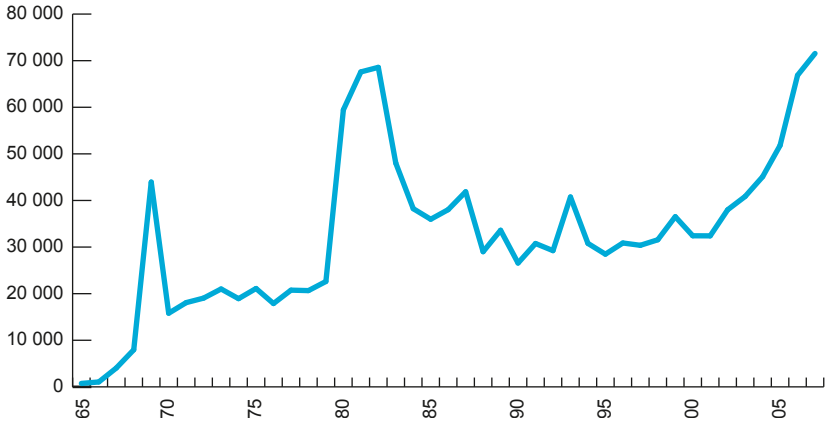
Den ur narkotikapolitiskt perspektiv viktigaste förändringen skedde vid decennieskiftet 1979/1980. Från att tidigare ha haft en primär inriktning på utbudsbegränsing där det straffrättsliga instrumentet var riktat mot dem som ägnade sig åt narkotikahandel i större mängder, men där narkotikahanteringen i gatuledet i praktiken var mer eller mindre straffri, skedde en förändring till beivring av all befattning med narkotika. Inriktningen sker härefter både på utbud och efterfrågan (i själva verket är dessa beroende av varandra och låter sig knappast särskiljas).

Utvecklingen speglad i brottsstatistiken

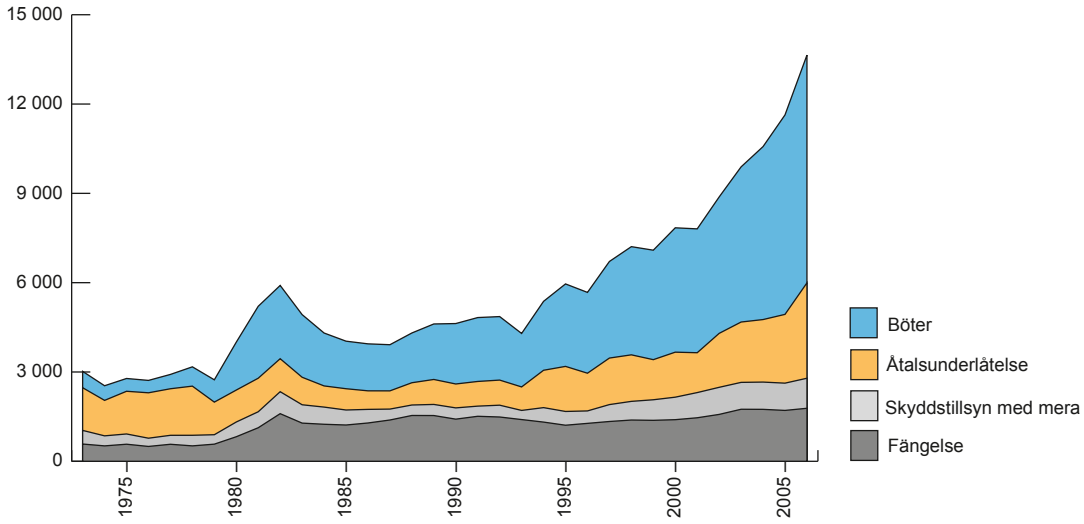
Polisen har ett så kallat proaktivt förhållningssätt gentemot narkotika. Brotten kommer som exempelvis vid stölder och våldsbrott inte till polisens kännedom via drabbade offer som gör brottsanmälningar, utan genom någon form av insats där polisen uppdagar brott och därmed även misstänkta. Ur kriminalstatistisk synvinkel får detta två konsekvenser. För det första låter sig polisens insatser hyfsat väl utläsas via brottsstatistiken och för det andra blir brottsuppklaringen hög, eftersom både brott och gärningsperson definieras i ett och samma moment. Det innebär att lag- och praxisändringar ofta kan få tydliga konsekvenser för dem som ägnar sig åt narkotikahantering och att följderna kan återspeglas i kriminalstatistiken.

I figur 1 visas utvecklingen av anmälda narkotikabrott från 1965 till 2007. Från ett litet antal anmälda brott vid 1960-talets mitt sker en stark stegring som kulminerar i och med aktioner mot gatulangning år 1969. Därefter stabiliseras värdet för att blygsamt öka under senare delen av 1970-talet. Genomslaget av den nya narkotikapolitiska ideologin med polisiär satsning på hantering av narkotika i konsumentledet, ger upphov till en stark uppgång av anmälda narkotikabrott år 1980. Därefter minskar de anmälda brotten för att hamna på en högre nivå än tidigare. Från mitten av 1990-talet sker ånyo en uppgång som övergår i en mycket stark ökning efter 2000-talets första år.

Sedan bruket kriminaliserats och det blivit möjligt att kontrollera om bruk ägt rum, har en allt större andel av den registrerade brottsligheten kommit att utgöras av narkotikabruk och en minskande andel



Figur 1. Anmälda narkotikabrott 1965–2007 (1965–1967 överträdelser av narkotikaförordningen). Hela riket.



Figur 2. Påföljder för personer lagförda för narkotikabrott som huvudbrott, 1973–2006.

av överlåtelsebrott. I början av 1990-talet uppgick andelen överlåtelse till omkring 40 procent, men utgjorde något mindre än tio procent av de anmälda narkotikabrotten vid 2000-talets början. Bruk av narkotika särredovisas inte i brottsstatistiken förrän vid slutet av 1990-talet. De utgjorde drygt 50 procent av de registrerade brotten vid 2000-talets begynnelse för att uppgå till närmare 60 procent år 2007.

Förändringarna i kontrollpolitiken får följder såväl i antal personer som utsätts för olika reaktioner som i påföljdsvalen. Den övergripande utvecklingen över personer som lagförts med narkotika som huvudbrott visar att vid övergången till den restriktiva politiken minskade åtalsunderlåtelserna, medan fängelse och i synnerhet böter ökade (tidsserien är möjlig att följa sedan år 1973, se figur 2).

Antalet dömda till fängelse stabiliserades därefter i stort sett, medan böter sedan mitten av 1990-talet ökat mycket starkt. Skyddstillsyn med mera har varit tämligen konstant, men visar sedan början av 2000-talet en viss uppgång. Efter kriminaliseringen av bruket och möjligheten att aktivt beivra det, har användningen av åtalsunderlåtelse ökat, medan böter starkt ökat. Även om den långsiktiga förändringen inneburit straffmässiga skärpningar, är det framför allt mot de mindre allvarliga brotten som insatserna kommit att riktas. Det är också den minst ingripande straffreaktionen – böter i form av strafföreläggande – som uppvisar den starkaste ökningen och det i synnerhet sedan 1990-talets mitt.

I detta sammanhang vill jag understryka min tes, nämligen att eventuella preventiva effekter primärt kan hänföras till beivrandet av de ringa narkotikabrotten och de procedurer som då tillämpas och inte till straffen i sig.

Polisinsats och upptäcktsrisk

Sambandet mellan polisinsats och registrerade narkotikabrott är starkt. I förutvarande Stockholms polisdistrikt uppgår exempelvis korrelationskoefficienten (r) mellan anmälda brott och antal poliser som på heltidsbasis ägnat sig åt narkotikabrottsligheten till ,78 under perioden 1965–1992. Den långsiktiga ökningen av narkotikabrotten – inklusive upp- och nedgångar – återspeglar således i hög grad storleken i polisresursen som ägnar sig åt narkotika och som i sin tur huvudsakligen är ett resultat av förändringar i narkotikapolitiken.

Som regel leder satsningar av polisen mot narkotikahantering till ökade upptäcktsrisker – fler uppdagas och straffas. Två interventionsstudier gentemot vad som i praktiken var narkotikagatumarknader får tjäna som illustrationer – en från mitten av 1970-talet (Kühlhorn 1976) och den andra från början av 1990-talet (Knutsson 1997). Båda marknaderna var lokaliserade i Stockholm och representerar det ”värsta” som vid dessa tidpunkter kunde uppvisas, men återspeglar också två väsensskilda situationer.

Vid början av 1970-talet togs Humlegården mer eller mindre över av grupper som bland annat ägnade sig åt narkotikamissbruk och droghandel. Det rörde sig om något hundratal personer som deltog i aktiviteterna, med ett stort inslag av unga. Hasch langades helt öppet och kunderna utgjordes i stor omfattning av ungdomar. Först efter att ha omhändertagit eller gripit omkring 1 500 deltagare kom polisen till rätta med problemet. Som ett resulat av polisaktionen fragmenterades marknaden till mindre centralt belägna platser (Kühlhorn 1976).

Vid pass 20 år senare etablerade sig i Vasaparken en grupp om 10–30 personer som bland annat ägnade sig åt försäljning av hasch. Försäljningen skedde diskret och kundunderlaget bestod huvudsakligen av vuxna. Efter att polisen ingripit mot omkring 150 personer löstes marknaden upp, något som starkt uppskattades av parkens legitima besökare. Några av deltagarna försökte skapa en ny marknad i en park belägen utanför stadens centrum (Knutsson 1997).

Knarkhunden Jazzo har fått upp ett spår. En kabbe heroin hittades i lampan.

Den första aktionen genomfördes under den ”tillåtande” politiken och den andra när den restriktiva tillämpats under drygt tio år. De olikartade situationerna sammanfattas i följande uppställning (Knutsson 2000).

Plats	**Humlegården**	**Vasaparken**
Period	Början av 1970-talet	Sent 1980-tal och början av 1990-talet
Lokalisering av marknaden	Omkring 5 minuters promenad från centrum	Omkring 15 minuters promenad från centrum
Antal deltagare	Något hundratal	10–30
Langad drog	Huvudsakligen hasch	Hasch
Försäljningsmetod	Öppen	Halvöppen
Kunder	I stor utsträckning ungdomar	Primärt vuxna
Polisinsats för att lösa upp marknaden	Omkring 1 500 omhändertagna/gripna	Omkring 150 omhändertagna/gripna
Omfördelningseffekter	Fragmentering	Ansträngning att upprätta marknad på annan plats

Ofta framförda invändningar mot dylika ”crackdown”-aktioner är att marknaderna 1) återuppstår så fort polisaktionen upphört och 2) att marknaderna enbart flyttas till annan plats.

I dessa båda fall varade effekterna lång tid, vilket är i linje med andra forskningsresultat från insatser mot narkotikamarknader (Sherman 1990). När det gäller den andra invändningen stämmer utfallet med övrig forskning om effekter av så kallade ”crackdowns” mot platser med narkotikahandel. Marknader kan slås ut och anpassningar kan ske på så sätt att transaktionerna sker mer dolt; antingen så att hanteringen flyttar inomhus eller den flyttas till helt annan plats. Resultaten är givetvis inte alldeles enkla att sammanfatta, vilket hänger samman med att dylika marknader kan te sig så olika, liksom polisens insatser. Därför den öppna formuleringen. Det rör sig dock inte om enkla 100-procentiga omfördelningar, utan sammantaget minskar som regel omfattningen av hanteringen (Edmunds m.fl. 1996, Jacobson 1999). Ofta uppstår olika former av barriärer som köparna måste ta sig över för att få tillgång till drogen. Barriärerna kan vara sociala – köparen måste vara känd och accepterad av säljaren – eller fysiska som exempelvis ökat avstånd till platsen där drogen kan köpas eller att langningen sker inomhus i lägenheter.

Många av dessa undersökningar har dock inte haft starka designer för att undersöka just eventuella omfördelningseffekter. Där så skett, visar resultaten att hotet om omfördelningar är starkt överdrivet. Den mest omfattande som specifikt är gjord för att studera dylika effekter visar tydligt att enkla omfördelningsmekanismer knappast kan förväntas (Weisburd m.fl. 2006). En viktig förklaring är att marknader av dessa slag förläggs till platser som ur narkotikalangningssynvinkel har bäst förutsättningar (Edmunds m.fl. 1996). Om den platsen förnekas, blir möjligheterna begränsade och i den utsträckning som geografisk omfördelning uppkommer, sker det till platser som inte har samma kvaliteter. En följd blir att marknaden fungerar sämre.

Förändringen år 1993 då även bruk av narkotika kunde beivras innebar ytterligare en ny nivåförändring av riskerna för upptäckt och beivring.

Under vissa förutsättningar kan effekterna av polisinsatser bli mycket starka, även på nationell nivå. Ett tydligt exempel är övergången till den restriktiva narkotikapolitiken i Sverige vid decennieskiftet 1979/1980. Narkotikahanteringen var förut tämligen riskfri och vid mindre mängder narkotika straffmässigt konsekvensfri. Övergången markerades av landsomfattande aktioner riktade mot gatumarknader med mer eller mindre öppen narkotikakommers. Initialt kunde polisen lagföra stora mängder personer. Så småningom skedde anpassningar där transaktionerna skedde mer dolt och det blev mer svårarbetat för polisen. Men sett ur synvinkeln från personer som hanterar narkotika blev riskerna generellt sett avsevärt större.

Förändringen år 1993 då även bruk av narkotika kunde beivras innebar ytterligare en ny nivåförändring av riskerna för upptäckt och beivring.

Preventionsteoretiska överväganden

Traditionellt inom ramen för rättspolitiken finns två preventionsinriktningar – indvidual- och allmänpreventionen. I den första är utgångspunkten verkan av reaktionen hos den enskilde lagöverträdaren, vare sig det rör sig om straff eller behandling. Inom allmänpreventionen är föremålet för preventionen hela befolkningen – risk för upptäckt och straff ska avhålla från överträdelse. De som straffas tjänar här som varnande exempel och bidrar dessutom till att upprätthålla normer.

Det finns dock mer moderna preventionsteorier med anknytning

till dessa traditionella. En specifik preventionshypotes särskilt utformad för narkotikaprevention kan sammanfattas som följer: Större polisinsatser mot narkotika leder till upptäckt av fler brott och personer engagerade i narkotikatransaktioner. Den höjda upptäcktsrisken och hoten om kännbara straff tränger tillbaka narkotikabrottsligheten till personer med pågående missbruk och redan etablerad asocial livsföring. Hanteringen av narkotikan anpassas och sker mer dolt med koncentrering till nätverk med högre ålder. Narkotikan blir svårtillgängligare för yngre, färre nya missbrukare rekryteras och narkotikadebuten förskjuts upp i åldrarna (Kühlhorn m.fl. 1996).

Ett pessimistiskt antagande i hypotesen är om svårigheter att överge en livstil som mer eller mindre regelbundet leder till oönskade kontakter med rättsväsendet. De preventiva effekterna antas uppstå genom att så många som möjligt hålls utanför, dels för att drogerna blir mer svårtillgängliga, dels för att livsstilen med drogbruk och olika konsekvenser härav utövar mindre lockelse.

En relativt ny inriktning inom brottspreventionen är den så kallade situationella ansatsen. Den utgår från att mänskligt beteende, även kriminellt, delvis är påverkat av faktorer som finns i situationen. Precis som i allmänpreventionsteorin är en viktig utgångspunkt att vårt agerande i mångt och mycket styrs av förväntade konsekvenser. Därmed går det att förebygga brott och annat oönskat beteende genom att ändra på situationens utformning och hur den uppfattas. Denna påverkar olika mekanismer som har effekter på våra beteenden. Situationell brottsprevention har visat sig vara tillämpbar på en rad vitt skilda områden, ofta med goda dokumenterade resultat (Clarke 1997).

Den höjda upptäcktsrisken och hoten om kännbara straff tränger tillbaka narkotikabrottsligheten till personer med pågående missbruk och redan etablerad asocial livsföring.

Vid situationell prevention tillämpas ett antal tekniker, som bygger på några grundläggande mekanismer (Cornish & Clarke 2004, Clarke & Eck 2006). I preventivt hänseende kan konsekvenserna av ändringarna i polisens förhållningssätt tolkas efter fyra av dessa mekanismer. Beteendet antas således vara påverkat inte enbart av risk för upptäckt och straff, utan även exempelvis av tillämpningen av processuella hjälpmedel, såsom beslag av droger, provtagningsprocedurer och omhändertaganden eller gripanden, vilket personer som befattar sig med narkotika kan bli utsatta för. I detta fall blir skillnader i mottaglighet av påverkan mellan olika kategorier av särskild vikt. Langare, vanemissbrukare (ofta samma personer), rekreationsmissbrukare, nybörjare och sådana som skulle kunna tänka sig att pröva reagerar på olika sätt. Påpekas bör att det såväl rör sig om

faktiska förhållanden som hur de uppfattas. Konkret uttryckt kan mekanismerna sammanfattas som följer:

1. Öka risken
Här är det två effekter som eftersträvas – en för dem som redan är involverade i hanteringen och en för dem som skulle kunna ge sig in. För att undgå upptäckt sker narkotikahanteringen mer dolt, vilket gör den svårtillgängligare. Dessutom kan sådana som annars skulle vara frestade att hantera narkotika avstå, eftersom de vill undvika kontakter med representanter för rättsväsendet samt efterföljande reaktioner.

2. Öka ansträngningen
En hantering som sker mer dolt för att undvika upptäckt innebär att den blir mer omständlig och samtidigt mindre tillgänglig. Det blir svårare att få fatt i den eftertraktade drogen. Det tar längre tid, färre får tag i den och färre försöker.

3. Minska utbytet
Utbyte kan definieras i ekonomiska termer, men även i konsumtionen av narkotikan. Mer dold marknad och mer komplicerade metoder innebär minskat utbyte för langarna – det tar längre tid att få samma summa pengar. Drogen kan även tänkas bli dyrare, varför det kräver mer ansträngning att få ihop medel för att kunna köpa den. Beslagtagen narkotika leder till ekonomisk förlust för langaren, medan köparen får börja på nytt med att införskaffa medel, om denne fortsatt vill få tag i narkotika. För påverkade innebär ett omhändertagande störningar när narkotikan ska njutas – även det innebär minskat utbyte.

4. Ta bort ursäkter
Tydliga regler gör det svårare att neutralisera och bortförklara oönskade beteenden. Kriminaliseringen av bruket hade den uttalade avsikten. Målgruppen är här rekreationsmissbrukare, nybörjare och de som skulle kunna tänka sig att prova.

För båda dessa perspektiv gäller att den mest känsliga gruppen för den ändrade policyn blir ungdomar. Det är explicit uttryckt i Kühlhorns preventionshypotes och för den situationella ansatsen implicit.

Ungdomarna – den kritiska gruppen

Varje ungdomskull kommer, när den är i färd med att göra sin entré in i vuxenvärlden för att bli självständiga individer, att exponeras för en specifik narkotikasituation. Denna har ett antal beståndsdelar. En av dem är rådande värderingar såsom de kan vara uttryckta i ungdoms- och populärkultur, en annan är tillgängligheten av narkotiska preparat. Ungdomskulturen som den exempelvis yttrar sig i musikstilar kan vara mer eller mindre öppen för droger, med tonvikter på vissa av dem. Olika geopolitiska förändringar påverkar trycket utifrån när det gäller införsel av narkotiska preparat. Oavsett detta måste narkotikan distribueras och nå ut i konsumentledet, där distributionsmetoderna varierar med följder för tillgängligheten.

För att kunna fånga upp stora grupper måste drogerna vara lättillgängliga. För det krävs en stor och täckande distributionsapparat. En sådan är sårbar för de olika verkningsmedel som står polisen till buds. Ett effektivt förebyggande arbete borde således vara inriktat på att göra narkotikan så otillgänglig som möjligt och då särskilt för ungdomar, eftersom de är mer sårbara. En vital punkt är där mötet mellan säljare och konsument sker. Resonemanget rimmar väl med konklusioner från en studie i ett verkligt narkotikahärjat samhälle, nämligen det amerikanska (Rengert m.fl. 2005).

Ålder och polisingripande för narkotikahantering

Utifrån övervägandena om de stegvis förhöjda upptäcktsriskerna, där de senaste hänger samman med den utvidgade kriminaliseringen och möjligheten att från år 1993 faktiskt beivra överträdelser, bör verkningarna framför allt återfinnas i de yngre åldersgrupperna. De ska i mindre utsträckning ägna sig åt narkotikahantering och bruk.

Statistiken över brott som individer blivit misstänkta för, så kallade brottsdeltaganden*, erbjuder en möjlighet att pröva tankens riktighet, åtminstone bland dem som hanterar narkotika på ett sådant sätt att de utsätts för ingripanden av polisen. Det är två aspekter som är av

*Den kriminalstatistiska enheten brottsdeltagande står i princip för antal brott som varje brottsmisstänkt individ anses bunden till och speglar således bättre brottslig aktivitetsnivå än enbart uppgifter över antal misstänkta individer. Brottsdeltagande definieras som brott som brottsmisstänkta anses delaktiga i. En ändrad åldersdefinition år 1987 har gjort att misstänktastatistiken med avseende på ålder inte är jämförbar över tid och därför inte är användbar i detta sammanhang. Beroende på en utredning med extremt stort antal brottsdeltagande för överlåtelse av narkotika avseende en person i intervallet 18–20 år, har värdet för denna åldersgrupp interpolerats för år 1993. Samma förhållande gäller år 2006, där värdet för åldersgrupperna 21–24 och 25– har interpolerats.

Knarkets väg. Citypolisen gör en inbrytning i en misstänkt langares lägenhet i Stockholm.

intresse – antalsmässiga förändringar och åldersmässig struktur i gruppen som blir till föremål för polisens uppmärksamhet.

Brotten har analyserats uppdelat på fem perioder. Överensstämmelse med narkotikapolitiska stadier framgår av uppställningen nedan. Skälet till att fas fem delats i två perioder är nedgången av de anmälda narkotikabrotten efter den koordinerade insatsen. Minskningen kan spegla avklingad polisaktivitet efter den initiala insatsen. En delförklaring kan även vara att anpassningar lett till att narkotikabrotten blivit svårare att uppdaga då hanteringen mer sker i det fördolda. Ytterligare en möjlighet är minskad aktivitetsnivå bland köpare och säljare. För fas sex är anledningen till uppdelningen den markerade uppgången av anmälda narkotikabrott sedan år 2004, vilken tyder på ökad polisiär insats. I uppställningen är även de skiftande nivåerna i polisaktivitet och av den betingade risken för upptäckt angiven. Nivåerna anges inte i absolut mening, utan relativt jämfört med period ett.

Utveckling av polisaktivitet och upptäcktsrisk

Period	*1. 1975–1979 (fas 3–4)*	*2. 1980–1983 (fas 5)*	*3. 1984–1992 (fas 5)*	*4. 1993–2003 (fas 6)*	*5. 2003–2007 (fas 6)*
Polis-aktivitet	Låg	Hög	Avklingad	Hög	Ytterligare förhöjd
Upptäckts-risk	Låg	Hög	Hög	Ytterligare förhöjd	Ytterligare förhöjd

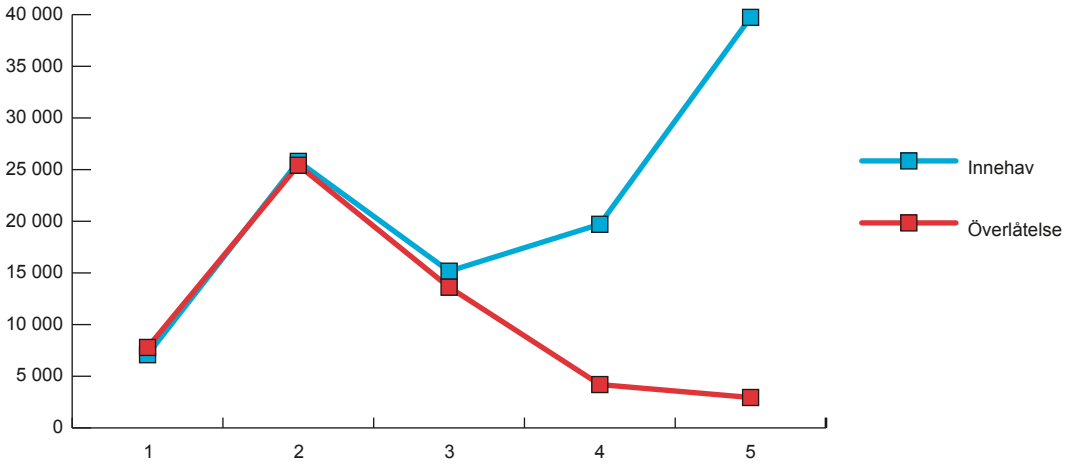
Redovisningen sker som medelvärden för respektive period uppdelat på överlåtelse och innehav (efter 1993 inklusive konsumtion av narkotika). Överlåtelsebrotten är allvarligare och är som regel mer resurskrävande för polisen att påvisa, i synnerhet när langare anpassar sina metoder för att minska risken för upptäckt, medan innehav är enklare att beivra. Enklast är bruk där ett prov kan visa om det skett eller inte. Det är troligt att många som ägnar sig åt langning även återfinns bland dem som belagts med innehav och sedermera konsumtion.

Utvecklingen av antal brott som personer blivit misstänkta för uppdelat efter de fem perioderna framgår av figur 3.

Överlåtelser och innehav visar så gott som identiska värden och utveckling för period ett till tre. Detta är ganska naturligt eftersom brotten ofta upptäcks och utreds i samband med ingripande mot både säljare och köpare vid en narkotikatransaktion. Däremot sker en nedgång för överlåtelsebrotten under period fyra och fem, dock inte så markerad under den sista perioden. För kategorin innehav tillkommer

TABELL 1. *Överlåtelse av narkotika. Andel av brotten efter åldersgrupp under åren 1975–1979 (period 1), 1980–1983 (period 2), 1984–1992 (period 3), 1993–2003 (period 4) och 2004–2007 (period 5) (procent). Medelvärden för respektive period. Hela riket.*

Åldersgrupp	Period 1	2	3	4	5
25–	39	35	60	73	68
21–24	27	30	24	14	17
18–20	23	26	13	9	11
15–17	11	10	4	4	3
Summa	100	100	100	100	100
Antal	7 789	25 424	13 622	4 196	2 944



Figur 3. Överlåtelse av narkotika samt innehav av narkotika (efter 1993 inklusive bruk). Genomsnittligt antal brott under åren 1975–1979 (period 1), 1980–1983 (period 2), 1984–1992 (period 3), 1993–2003 (period 4) och 2004–2007 (period 5). Samtliga personer, hela riket.

konsumtionsbrotten under period fyra vilket förklarar uppgången som blir än mer markerad i period fem. Den sistnämnda uppgången pekar på en intensifierad polisaktivitet.

Bakgrunden till den generella nedgången i period fyra för överlåtelser är oklar, liksom den i period fem. En möjlighet är att den hänger samman med ökade risker att överhuvudtaget befatta sig sig med narkotika, vilket gör det mer svårarbetat för polisen när de som langar anpassar sig. I och med att många langare i konsumtionsledet själva är missbrukare, kan det dessutom vara avsevärt mindre resurskrävande att påvisa konsumtion än försäljning, varför polisen nöjer sig med det brottet.

En väsentlig förändring har skett i den åldersmässiga strukturen för överlåtelse (tabell 1). Den yngsta åldersgruppen i intervallet 15–17 år har minskat sin andel från cirka tio procent under period ett och två, till fyra procent under period tre och fyra till tre procent under period fem. Även den något äldre åldersgruppen (18–20 år) har, efter en uppgång under period två, minskat sin andel och står under period fyra för knappt tio procent av brotten. Samma mönster uppvisas i gruppen 20–24 år. Omvänt, efter en andelsmässig minskning under period två, ökar gruppen 25 år och äldre sin andel. Från att ha stått för cirka 40 procent av brotten under den första perioden, står de för drygt 70 procent under period fyra, ett värde som minskar något under period fem.

TABELL 2. *Innehav av narkotika (efter 1993 inklusive bruk). Andel av brotten efter åldersgrupp under åren 1975–1979 (period 1), 1980–1983 (period 2), 1984–1992 (period 3), 1993–2003 (period 4) och 2004–2007 (period 5) (procent). Medelvärden för respektive period. Hela riket.*

Åldersgrupp	Period 1	2	3	4	5
25–	27	29	57	69	64
21–24	28	24	21	16	19
18–20	27	24	16	11	13
15–17	17	22	6	4	4
Summa	100	100	100	100	100
Antal	7 082	25 797	15 169	19 710	39 736

För att sammanfatta: när polisen mer aktivt griper in mot narkotika även i ledet där säljaren möter konsumenten, uppdagas ett stort antal personer som vant sig vid att tämligen obehindrat kunna utöva sin verksamhet. En stor del av de aktiva utgjordes av ungdomar. Efter inledande aktion och efter ytterligare ökade risker att råka ut för polisingripanden, minskar antalet och framför allt andelen ungdomar. Ett intressant mönster är fördröjning i nedgång för de två något äldre ungdomsgrupperna. Gruppen 18–20 år visar sin stora minskning under period tre och gruppen 21–24 år vid period fyra.

För det mindre grova brottet innehav visas samma övergripande mönster (tabell 2). Andelsmässigt sker för de två yngre åldersgrupperna efter period två kraftiga nedgångar under period tre och fyra, med en särskilt påtaglig minskning mellan period två och tre. Spegelbilden är att kategorin 25 år och äldre ökar sin andel. Från att ha stått för mindre än en tredjedel av brotten under period ett, redovisar de mer än två tredjedelar av dem under period fyra, ett värde som dock minskar något under period fem.

Även om det skett en smärre uppgång i andelarna för de två något äldre grupperna under period sex ändras inte det grundläggande mönstret som etablerades i samband med genomslaget av den restriktiva narkotikapolitiken. Både överlåtelse av narkotika samt innehavet och bruket har under den studerade tidsrymden förändrats från ett utpräglat ungdomsfenomen till att mer bli en vuxenföreteelse – åtminstone om det sker under sådana former att de som innehar och brukar narkotika blir till föremål för polisingripanden. Utfallet stämmer väl med vad som kunde förväntas utifrån de teoretiska överväganden.

Erfarenhet av narkotika bland skolungdomar och värnpliktiga

Sedan början på 1970-talet sker regelmässigt undersökningar bland skolungdomar och värnpliktiga om deras erfarenheter av narkotika (se Håkan Leifmans kapitel). Grovt sett uppvisar användningserfarenhet U-kurvor med höga värden under 1970-talet, kraftiga minskningar vid 1980-talets början, följt av uppgång under 1990-talets senare del som sedan planar ut och övergår i minskningar. Nivåerna är dock lägre än de som uppvisades vid 1970-talets början.

Nedgången under 1980-talet kommer i samband med övergången till den restriktiva politiken. Men hur är det med den senare uppgången? Hur stämmer den med en mer strikt policy? Vid en ytlig granskning kan utfallet synas strida mot uppfattningen om dess effektivitet. Så är dock inte fallet. För det första är det inte möjligt att med utgångspunkt från bara dessa data besvara den kontrafaktiska frågan – hur skulle utfallet ha varit om narkotikapolitiken fått en annan utformning än den faktiskt fått? (Det bör påpekas att invändningen även gäller nedgången under 1980-talets början. Hade den inträffat även utan införandet av den restriktiva politiken?) För det andra, givet att narkotikan finns i samhället, kan delvis som en funktion av olika anpassningar till den nya politiken andra distributionskanaler och mönster så småningom ha uppstått. Upplysningar från dessa undersökningar har således i detta sammanhang ett begränsat värde.

Internationell jämförelse

Tidigare har framhållits att den svenska narkotikapolitiken skiljer sig från de flesta andra länders med sin starka restriktivitet. Här finns en möjlig kontrafaktisk situation. Ett sätt att närma sig frågan om preventiva effekter är därför jämförelser med andra länder.

I den så kallade ESPAD-studien redovisas enkätundersökningar med skolelever 15–16 år gamla. Studien, som genomförs upprepad, täcker ett stort antal länder och inkluderar bland annat frågor om erfarenhet av narkotika. I tabell 3 redovisas andel som provat cannabis i Sverige, Norge, Danmark, Italien och Storbritannien från undersökningarna från åren 1999 och 2003 (Hibell m.fl. 2000, 2004). Länderna har valts för att ge en kontrast. Italien och Storbritannien finns med beroende på deras annorlunda narkotikapolitik, särskilt gentemot så

TABELL 3. *Andel skolungdomar (15–16 år) som brukat marijuana eller hasch i Storbritannien , Italien, Danmark, Norge och Sverige. 1999 och 2003 (procent).*

Land	Någon gång		Senaste 12 månaderna		Senaste månaden	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Storbritannien	35	38	29	31	16	20
Italien	25	27	20	22	14	15
Danmark	24	23	19	17	8	8
Norge	12	9	9	6	4	3
Sverige	8	7	6	5	2	1

Uppgifterna erhållna ur Appendix II, Hibell m.fl. 2000, 2004.

kallade ”soft drugs”, det vill säga cannabis. Att Danmark har en annan hållning gentemot den drogen i jämförelse med Sverige och Norge – som har tämligen likartad politik – är ett välkänt faktum.

Andelen ungdomar som använt cannabis skiljer sig starkt mellan länderna (cannabis brukas lite olika; i Sverige är det företrädesvis som hasch och i Storbritannien som marijuana). I Storbritannien har betydande andelar provat det, brukat det det senaste året och dessutom använt det under senaste månaden. Andelarna har dessutom ökat mellan undersökningstillfällena.

I jämförelse med övriga länder skiljer sig Sverige markant med de lägsta frekvenserna. Betydligt mindre andelar har överhuvudtaget prövat cannabis, använt drogen det senaste året och den senaste månaden. Den sistnämnda uppgiften fångar in den grupp som mer vanemässigt brukar drogen. Här redovisar svenska skolungdomar särskilt låga värden.

När det gäller erfarenhet av droger med anknytning till ungdoms- och musikkultur redovisar svenska ungdomar låga värden bland de 35 länder som ingår i undersökningen från 1993 (se tabell 4). Exempel på länder med lägre värden är Malta, Turkiet och Rumänien – länder som vi normalt sett inte brukar ha större likheter med.

Anmärkningsvärt är värdet noll för de svenska ungdomarna avseende bruk vid tio eller fler tillfällen. Sambandet för de 35 länderna mellan andelar som använt cannabis och som använt drogen tio gånger eller mer är starkt positivt (r=,96), liksom mellan cannabisanvändning och ha provat LSD (r=,53) respektive ha provat ecstacy (r=,68). I länder där ungdomar i stor utsträckning provat cannabis har således större andelar använt drogen ofta samt även provat LSD och ecstacy.

Den svenska narkotikapolitiken har bland annat haft som ett tyd-

TABELL 4. *Andel svenska skolungdomar (15–16 år) som brukat cannabis, brukat cannabis tio gånger eller mer, provat LSD, provat ecstacy samt genomsnittsvärde, median, maxi- och minivärde för 35 länder i 2003 års ESPAD-undersökning (procent).*

	Cannabis	Cannabis 10–	LSD	Ecstacy
Sverige	7	0	1	2
Genomsnitt 35 länder	21,2	7,6	1,7	3,1
Median	21	7	1	3
Maximum	44	20	6	8
Minimum	3	0	0	1

Uppgifterna erhållna ur Appendix II, Hibell m.fl. 2004.

ligt mål att minska tillgängligheten av droger och därmed även efterfrågan. I jämförelse med de andra länderna känner avsevärt mindre andelar av de svenska skolungdomarna till platser där de enkelt kan få tag i cannabis. Även gentemot Norge är skillnaderna slående (tabell 5).

En stor andel svenska ungdomar känner överhuvudtaget inte till någon plats där drogen lätt kan köpas. Den andelen har ökat och uppgår år 2003 till nästan två tredjedelar av de tillfrågade. För Storbritanniens del gäller det omvända – där uppgår motsvarande andel till en tredjedel. Ett intressant fynd mot bakgrund av den svenska policyn är den låga andelen elever som har kännedom om en gatumarknad – en andel som dessutom minskat mellan år 1999 och 2003.

Bland de 34 länder som redovisat uppgifter om tillgänglighet, utmärker sig Sverige med låga värden (tabell 6).

För båda måtten på cannabisbruk redovisas påtagliga samband till

TABELL 5. *Andel skolungdomar (15–16 år) som känner till platser där marijuana eller hasch lätt kan köpas. Storbritannien, Italien, Danmark, Norge och Sverige. 1999 och 2003 (procent).*

	Känner inte till någon sådan plats		Gata, park		Skola		Diskotek, bar		Hos langare	
År	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Storbritannien	29	32	31	34	27	27	23	23	39	39
Italien	35	28	32	45	43	43	35	35	43	43
Danmark	26	38	33	24	32	12	21	40	25	36
Norge	34	39	48	37	12	12	21	21	29	29
Sverige	58	65	19	13	7	7	8	8	11	11

Uppgifterna erhållna ur Appendix II, Hibell m.fl. 2000, 2004.

TABELL 6. *Andel svenska skolungdomar (15–16 år) som känner till platser där marijuana eller hasch lätt kan köpas samt genomsnittsvärde, median, maxi- och minivärde för 34 länder i 2003 års ESPAD-undersökning (procent).*

	Känner inte till någon sådan plats	Gata, park	Skola	Diskotek, bar	Hos langare
Sverige	65	13	7	8	11
Medelvärde 34 länder	45,0	23,0	15,9	26,7	21,4
Median	41,0	22,5	12,0	25,0	20,5
Maximum	83	45	43	55	43
Minimum	18	4	3	7	4

Uppgifterna erhållna ur Appendix II, Hibell m.fl. 2004.

TABELL 7. *Korrelationskoefficienter (r_{xy}) mellan andel som använt cannabis, använt cannabis vid tio tillfällen eller mer och andel som känner till platser där marijuana eller hasch lätt kan köpas, 34 länder. ESPAD 2003.*

	Känner inte till någon plats	Gata, park	Skola	Diskotek, bar	Langare
Cannabis	-,64	,44	,74	,39	,55
Cannabis 10–	-,66	,51	,78	,36	,60

Data erhållna ur Appendix II, Hibell m.fl. 2004.

att ha kunskap om plats där cannabis är lätt tillgänglig (tabell 7). Särskilt stark är kopplingen mellan bruk och att känna till att drogen lätt kan köpas i skolan – ett resultat som understryker att det rör sig om skolelever.

Det visar sig således att svenska ungdomar mycket starkt skiljer sig från ungdomar i andra länder på så vis att de i ringa utsträckning både har erfarenhet av narkotika och kunskap om platser där narkotika är lättillgänglig.

Preventiv effekt på ungdomars narkotikavanor

Trots påtagliga stegvisa höjningar i risken att utsättas för ingripanden av polisen har, efter den initiala omsvängningen av narkotikapolitiken, inslaget av ungdomar minskat som blivit misstänkta för att på olika sätt ha befattat sig med narkotika. Nedgången har varit såväl i

absoluta som relativa tal förutom under den senaste perioden med en uppgång i absoluta tal för innehav och bruk. Uppgången kan tillskrivas intensifierad polisaktivitet gentemot bruk som inneburit en förhöjd upptäcktsrisk.

Den internationella jämförelsen visar att svenska ungdomar relativt sett har liten tillgång till narkotika. Det senare är en trolig effekt av den förda politiken och en rimlig förklaring till ungdomarnas jämförelsevis lilla bruk av narkotika. Mönstret stämmer väl med vad som borde förväntas enligt moderna preventionsteorier som betonar situationella faktorers betydelse.

Jag vill understryka att utgångspunkten i detta arbete varit primärpreventivt. Frågan har gällt i vilken grad det är möjligt att urskilja generella narkotikaförebyggande effekter i stora befolkningsgrupper av den förda politiken. Målkonflikter mellan primär- och tertiärpreventiva effekter av åtgärderna mot narkotikan kan emellertid föreligga (tertiärprevention går i detta sammanhang ut på att minska skadliga följder av missbruk eller förkorta missbrukskarriärer). Det är en utmaning att undersöka i vilken utsträckning möjliga skadeverkningar av den restriktiva narkotikapolitiken uppträder och i vad mån de är möjliga att undvika. Sistnämnda frågetecken får dock inte undanskymma att fakta pekar på att vår politik varit framgångsrik i att hålla ungdomar borta från narkotikan och att polisens insatser härvidlag varit betydelsefulla.

Därför är det viktigt att polisen fortsatt är alert och agerar för att narkotikan ska vara så lite tillgänglig som möjligt. Ett gott exempel är polisens aktivitet då den så kallade ravekulturen gjorde sig gällande. Ett annat är samarbetet med andra aktörer gentemot särskilda miljöer där narkotika annars kan florera, som i restaurangmiljön (Gripenberg m.fl. 2007). Det är viktigt att polisen arbetar utifrån en genomtänkt strategi och inte för att enbart åstadkomma statistiska genomslag (Holgersson 2007). I detta arbete kan en tillämpning av filosofin om det problemorienterade polisarbetet vara till god hjälp (Rengert m.fl. 2005, Clarke & Eck 2006). Tanken i denna filosofi är att utifrån en fastställd problembild vidta åtgärder och sedan följa upp insatsen för att se om de önskade effekterna verkligen inträffade. Här finns en hel del att göra för de hängivna. Utrymmet för att vila på lagrarna är så gott som obefintligt.

Litteratur

Bejerot, N. (1977). *Narkotika och narkomani*. 3:e upplagan. Stockholm: Bonniers.

Bokhout van Solinge, T. (2004). *Dealing with Drugs in Europe. An investigation of European Drug Control Experiences: France, the Netherlands and Sweden.* The Hauge: BJu Legal Publishers.

Chatwin, C. (2003). "Drug policy developments within the European Union – the destabilizing effects of Dutch and Swedish drug policies." *The British Journal of Criminology,* Vol. 42 (3):567–582.

Clarke, R.V.G. (1997). *Situational Crime Prevention: Successful Case Studies.* New York: Harrow and Heston.

Clarke, R.V.G. & Eck, J. (2006). *Bli en problemlösande brottsanalytiker i 55 steg*. Rapport 2006:1. Solna: Polishögskolan.

Cornish, D.B. & Clarke, R.V.G. (2004). "Opportunities, Precipitators and Criminal Decisions: A Reply to Wortley's Critique of Situational Prevention." I Smith, M. J. & Cornish, D.B. (red.) *Theory for Practice in Situational Crime Prevention.* Crime Prevention Studies, Vol. 16. Monsey: Criminal Justice Press.

Edmunds, M., Hough, M. & Urquia, N. (1996). *Tackling Local Drug Markets*. Crime Detection and Prevention Series. Paper 80. London: Home Office.

Gripenberg, J., Wallin, E. & Andréasson, S. (2007), "Effects of a Community-based Drug Use Prevention Program Targeting Licensed Premises." *Substance Use & Misuse*. 42, 12–13: 1883–1898.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries.* Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnarson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The 2003 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

Holgersson, S. (2007). *Kartläggning av svenska polisens narkotikabekämpning.* Rapport 23, Mobilisering mot narkotika, Socialdepartementet.

Jacobson, J. (1999). *Policing Drug Hot-Spots.* Police Research Series. Paper 109. London: Home Office. Policing and Reducing Crime Unit.

Knutsson, J. (1997). "Restoring Public Order in a City Park." I R. Homel (red.) *Policing for Prevention: Reducing Crime, Public Intoxication and Injury.* Crime Prevention Studies. Vol. 5: 203–220.

Knutsson, J. (2000). "Swedish Drug Markets and Drugs Policy." I M. Natarajan & M. Hough. (red.) *Illegal Drug Markets: From Research to Prevention Policy.* Crime Prevention Studies. Monsey, NY: Criminal Justice Press. Vol. 11:191–201.

Kühlhorn, E. (1976). *Frihetsberövanden och polisen – en utvärdering av LTO*. Brottsförebyggande rådet. Rapport 1976:1. Stockholm: Liber förlag.

Kühlhorn, E., Kassman, A. & Ramstedt, M. (1996). *Åtgärder mot drogbrottslighet – ett naturligt experiment inom narkotikapreventionen.* Särtryck av Brå rapport 1996:4. Stockholm: Fritzes.

Rengert, G., Ratcliffe, J.H. & Chakrovorty, S. (2005). *Policing Illegal Drug Markets: Geographic Approaches to Crime Reduction.* Monsey, NY: Criminal Justice Press.

Sherman, L. (1990). "Police Crackdowns: Initial and Residual Deterrence." I Tonry, M. & Morris, N (red.), *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, Vol. 12. Chicago: University of Chicago Press.

United Nations Office on Drugs and Crime (2006). *Sweden's Successful Drug Policy: a Review of the Evidence. http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf.*

Weisburd, D., Wyckoff, L., Ready, J., Eck, J., Hinkle, J. & Gajweski, F. (2006). "Does Crime Just Move Around the Corner? A controlled study of spatial displacement and diffusion of crime control benefits." *Criminology*, Vol. 44(3): 549–591.

Hur förebygger vi narkotikaproblem i lokalsamhället?

Eva Wallin och Johanna Gripenberg

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Multikomponentprogram för att förebygga narkotikarelaterade problem i ett lokalsamhälle är en preventionsstrategi med stor potential. Det vetenskapliga underlaget är dock litet, så det krävs satsningar för att utveckla interventionsforskning på detta område.
- Erfarenheter för att utveckla interventionsforskningen kan med fördel dras från andra discipliner, exempelvis prevention rörande alkohol- och kriminologiområdet.
- Det tar tid att utveckla, genomföra och utvärdera multikomponentprogram i ett lokalsamhälle. Arbetet kräver systematisering och ett ömsesidigt, respektfullt förhållande mellan praktiker och forskare.
- Krogar mot Knark är ett exempel på multikomponentprogram i Sverige som uppvisat effekter på narkotikaförebyggande insatser.

Inledning

Förebyggande insatser för att minska förekomsten av narkotikarelaterade problem kan sättas in på olika nivåer (lokalt, regionalt, nationellt eller globalt) och med olika strategier och metoder. I det här kapitlet kommer vi att redovisa kunskapsläget vad gäller möjligheter att genom lokalt folkhälsoarbete bedriva så kallade multikomponentprogram för att förebygga narkotikaproblem i ett lokalsamhälle. Kapitlet är i huvudsak avgränsat till att rapportera resultat och erfarenheter rapporterade i vetenskaplig litteratur av utvärderade satsningar på lokalt förebyggande arbete. Kunskapsunderlaget är till stora delar baserat på en litteratursökning i Pubmed (sökord drugs, community action, prevention).

Vi börjar med att presentera teoretiska resonemang om förutsätt-

ningarna att bedriva förebyggande program för att minska narkotikarelaterade problem. Därefter redogörs för vilka delar som ingår i multikomponentprogram och en modell för lokalt folkhälsoarbete presenteras. Detta följs av en sammanfattning av kunskapsläget på området och en redogörelse för ett svenskt exempel på ett lokalt folkhälsoprogram: Krogar mot Knark. Kapitlet avslutas med en diskussion om kunskapsläget på området.

Narkotikarelaterade problem och förebyggande insatser

Omfattningen av narkotikarelaterade problem i ett lokalsamhälle är på samma sätt som för alkoholrelaterade problem beroende av flera parallella system som utgår från konsumtionsvanor, tillgänglighet, normbildning, tillsyn, kontroll samt sociala och medicinska faktorer. En konsekvens av ett sådant teoretiskt resonemang är att insatser bör sättas in för att påverka flera av undersystemen parallellt för att få bästa effekt och inte minst för att uppnå långtidseffekter. Om insatser bara riktas till de personer som redan har utvecklat problem får man i bästa fall korttidseffekter på problemförekomsten, men om inget görs i systemet som ”producerar” problemen, är det svårt/omöjligt att uppnå effekter på lång sikt (Holder 1998). Narkotikaproblem är heterogent distribuerade utifrån befolkning och geografi och är därmed huvudsakligen lokala problem (Gorman m.fl. 2004). Förebyggande insatser på olika nivåer påverkar dock varandra. Till exempel är insatser i lokalsamhället i stor utsträckning påverkade av den nationella lagstiftningen. Detta trots att den lokala nivån till stor del får bära de kostnader och problem som orsakas av narkotikaanvändning. Det blir då något paradoxalt att den kommunala nivån har en mycket liten möjlighet att genomföra policies eller andra tillgänglighetsbegränsande åtgärder som kanske har den största potentialen att kontrollera narkotikarelaterade skador.

I tabell 1 ges en översikt av narkotikaproblem som är möjliga att förebygga med olika insatser i lokalsamhället. I tabellen har olika typer av problem organiserats utifrån dimension, huvudsakligen i tre nivåer, respons från system och institutioner, individ och drog samt skador. Den översta delen av tabellen fokuserar huvudsakligen på systemdimensioner eller underliggande problem, såsom tillgång till narkotika, frågor som rör distribution, policies och kontroll/tillsyn. Effektiva interventioner som rör den dimensionen har troligtvis en stor potential

TABELL 1. *Översikt av narkotikaproblem för intervention i lokalsamhället.**

Typ av problem	Preciserat för narkotika
Tillgång och distribution	Tillgång på den illegala marknaden Priser Platser för konsumtion och distribution
Kontroll och tillsyn	Rättssystemets inblandning och kostnader för att reglera utbud
Sociala och ekonomiska kostnader	Löne- och produktionsbortfall Kostnader för hälso- och sjukvård Kostnader för andra stödsystem (till exempel socialtjänst)
Person	Bruk Underårigas bruk/skadliga bruk Skadligt bruk
Drogen	Drogens kvalitet Blandmissbruk Drogens karaktär och styrka
Beteende	Påverkan Högriskbeteende, (till exempel dela spruta, brott, prostitution, ordningsstörning) Involvera andra i högriskbeteendet
Skador	Akuta och kroniska skador – för individ och omgivning Sociala konsekvenser (till exempel utsatthet, otrygghet i lokalsamhället)

* Giesbrecht & Haydon (2006).

att påverka problemsituationen. På alkoholområdet har den här typen av prevention ofta inte så starkt stöd hos befolkningen och är därför svåra att genomföra och vidmakthålla (Giesbrecht & Greenfield, 1999, Wallin & Andréasson 2005). Det inkluderar strategier som kräver förändringar i systemet och på alkoholområdet kan detta komma i konflikt med andra intressen i lokalsamhället som till exempel rör näringsfrågor. Skillnaden på narkotikaområdet är dock väsentlig. I Sverige liksom i flera andra länder är hela kedjan som berör tillgång av narkotika illegal. Detta talar för att ”motståndarna” av till exempel begränsande åtgärder inte på samma sätt kan verka inom det legala systemet för att stoppa den typen av åtgärder. I och med att hantering av narkotika i de flesta kulturer är olaglig är befolkningens stöd för tillgänglighetsbegränsande åtgärder betydligt starkare. Den andra di-

mensionen rör själva drogen, droganvändaren och hans/hennes beteende i relation till narkotikaanvändandet. Detta är ett vanligt fokus i många interventioner. Den tredje dimensionen är skador av narkotikaanvändning. Det har stor betydelse för interventionen som planeras vilken dimension av problemet som är utgångspunkt för planering av till exempel ett narkotikaförebyggande program.

En genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att det i stor utsträckning saknas vetenskapligt rapporterade studier om utvärderade lokala insatser för att förebygga narkotikarelaterade problem, speciellt vad gäller insatser av mer övergripande karaktär. Däremot finns det en hel del rapporterat om preventiva multikomponentprogram i lokalsamhället inriktade på alkoholproblem – ett område som har intressanta likheter med narkotikaproblematiken, men kanske också skillnader. Narkotika, tobak och alkohol är olika sorters droger som betraktas på delvis skilda sätt såväl kulturellt som juridiskt i de flesta länder. Detta kan ha konsekvenser för till exempel upplägg av lokala program. Valet av tänkbara insatser och förebyggande program är till stor del beroende av den historiska, kulturella och ”juridiska” kontexten. Till exempel signalerar den rådande lagstiftningen samhällets normer för synen på droger och dess användning. Det är svårt att tänka sig att vi i Sverige skulle ge information till kroggäster om hur man bäst undviker att få negativa konsekvenser av den narkotika man tar (så kallad harm reduction), som man gör i vissa andra länder, bland annat i Holland och Storbritannien.

Mer kunskap behövs om effektiva interventionsmetoder.

Stora kunskapsluckor finns vad gäller frågor som: Vad fungerar? Varför fungerar det? För vilka grupper fungerar det och i vilka sammanhang? Det behövs mer kunskap såväl om effektiva interventionsmetoder som om metoder för att sprida evidensbaserad fungerande prevention i lokalsamhället.

Arenor för förebyggande insatser

Enligt Janlerts *Folkhälsovetenskapligt lexikon* (2000) är en arena en plats där människor samlas och kan nås av olika hälsofrämjande insatser. Att utgå från tänkbara arenor för förebyggande arbete kan vara en bra utgångspunkt för lokalt folkhälsoarbete. I ett lokalsamhälle finns flera tänkbara arenor som kan vara lämpliga att bedriva narkotikaförebyggande arbete, såsom skolor, högskolor/universitet, arbetsplatser, trafiken, festivaler, fängelser, samlingsplatser typ parker och krogar. Flera av dessa arenor berörs specifikt i andra kapitel i antologin.

Aktörer för förebyggande insatser

För att kunna genomföra hälsofrämjande insatser i ett lokalsamhälle är det nödvändigt att identifiera viktiga aktörer som kan ingå i satsningen. Aktörer kan delas in utifrån olika nivåer, exempelvis nationellt, regionalt, lokalt. En annan skiljelinje är mellan offentliga och privata aktörer. De senare kan i sin tur separeras i ideell kontra icke-ideell verksamhet. Om vi utgår från det teoretiska systemresonemanget så framgår det att det krävs insatser på många områden parallellt för att kunna påverka narkotikaförekomsten och därtill relaterade problem i ett lokalsamhälle. Därför behöver aktörer identifieras som representerar olika delar av ett lokalsamhälle och som bedöms vara relevanta för den hälsofrämjande insats som ska initieras. Det kan också vara viktigt att skilja på person och funktion. Ibland kan aktörer vara eldsjälar som brinner för vissa frågor, eller viktiga opinionsledare/förebilder för befolkningen. I det andra fallet identifieras aktörer utifrån dess funktion (till exempel närpolischef) och inte på grund av den enskilda personens engagemang.

Metoder

Det finns olika strategier och metoder att använda i ett narkotikaförebyggande arbete. Här finns det bland annat skillnader mellan metoder/strategier som avser att påverka efterfrågan (till exempel hälsoupplysning och utbildning) och de som avser att påverka tillgången (begränsa möjligheten att få tillgång till eller använda narkotika). Valet av metoder bör utgå från en programteori, det vill säga en aktionsteoretisk utgångspunkt kring vad man faktiskt vill påverka med metoden och vad detta grundar sig på.

Målgrupper

Narkotikaförebyggande insatser kan riktas till olika målgrupper (utifrån kön, ålder, socioekonomiska faktorer). Strategier som används kan ha en universell karaktär, och rikta sig till alla i en målgrupp, till exempel ett program som vänder sig till tonåringar i åldrarna 13–15 år i en kommun. Andra strategier/metoder kan vara riktade till riskgrupper, till exempel ungdomar, 13–15 år, boende i kommunen, som har använt narkotika en eller flera gånger.

Multikomponentprogram

Som tidigare nämnts finns det flera komponenter i ett program att beakta: arena, aktör, metod och målgrupp för insatsen. Utmärkande för ett multikomponentprogram är att det kombinerar insatser, det vill säga omfattar en eller flera arenor, flera aktörer och inkluderar olika metoder. Fokus för det här kapitlet har varit att redogöra för potentialen i multikomponentprogram, det vill säga utvärderade övergripande insatser i ett lokalsamhälle för att påverka förekomsten av narkotikarelaterade problem.

Modell för lokalt folkhälsoarbete

Principerna för att bedriva lokalt folkhälsoarbete (multikomponentprogram) inriktat på att förebygga narkotikarelaterade problem skiljer sig inte från annat lokalt folkhälsoarbete. Det finns flera olika modeller för detta ändamål. Vi har valt Brachts modell (1990) för att illustrera de olika stegen som oftast ingår. Notera dock att stegen till stor del kan överlappa varandra och inte nödvändigtvis följer den uppdelade, kronologiska strukturen i den presenterade modellen.

1. Problemförekomst och behovsanalys

Ett lokalt folkhälsoarbete bygger på att ett problemområde har identifierats, till exempel en ökning av narkotikaanvändning bland tonåringar i kommunen eller en ökad andel ordnings- och våldsproblem. I detta steg är det därför centralt att kartlägga problemet noggrant vad gäller omfattning, vilka som berörs av problemet och identifiera problemets orsaker. I detta första steg ingår också en kartläggning av kommunen/lokalsamhället som är fokus för insatsen. Kartläggningen kan vara att sammanställa relevanta hälso- och demografiska data. I kartläggningen kan även ingå att göra en bedömning av kapaciteten i lokalsamhället att driva till exempel narkotikaförebyggande arbete. Vilka insatser pågår innan programmet startar? Vilka organisationer/individer kan vara till stöd? Finns det hinder att beakta? Sammantaget görs en bedömning av lokalsamhällets mottaglighet till förändring, det som på engelska benämns ”community readiness” (Edwards m.fl 2000). I det här steget ingår även att sammanställa kunskap och erfarenheter om vilka metoder/aktiviteter som är framgångsrika för att påverka narkotikaförekomsten i ett lokalsamhälle. Tänkbara arenor identifieras och bestäms.

Lokala samordnare är betydelsefulla i multikomponentprogram.

2. Målformulering och planering
I det här steget bildas en aktionsgrupp eller motsvarande. För att möjliggöra detta krävs att relevanta aktörer har identifierats. Erfarenheter talar också för vikten av att tillsätta en lokal samordnare (Wallin 2002). Nyckelpersoner av relevans för frågan identifieras och rekryteras som medlemmar i gruppen. En stor utmaning kan vara att skapa engagemang och motivera relevanta aktörer att aktivt delta och samarbeta i en folkhälsosatsning. För att vilja samverka måste varje part känna att det finns vinster med att delta. En uppgift för en samordnare är många gånger att hantera motstridiga intressen och konflikter mellan olika parter. Gruppens uppgift är att i detta skede (baserat på resultat från kartläggningen) sätta mål. Viktigt är också att klargöra roller och ansvar.

3. Utformning av handlingsplan/genomförande
I det här steget upprättas en plan för aktiviteter som ska genomföras för att nå målen. I detta skede preciseras såväl målgrupper, strategier som metoder. Valet av aktiviteter styrs av olika aktionsteoretiska utgångspunkter. Olika teorier kan behövas för olika delar i ett program, alltifrån beteendeteorier till teorier av mer systemkaraktär. Valet av aktiviteter och metoder görs på basis av den tidigare kartläggningen anpassat till lokala förutsättningar. En tidsplan spikas. Viktigt i detta skede, liksom för övriga steg, är att uppmuntra delaktighet i lokalsamhället, alltifrån viktiga nyckelgrupper till befolkningen i kommunen. En del i implementeringsprocessen är även att aktivt arbeta med mediaaktiviteter för att skapa opinion och stöd för insatserna (Wallack m.fl. 1993). Parallellt med planering av aktiviteter behöver dessutom rutiner upprättas för att följa insatserna och dess effekter över tid, så kallat monitoringsystem. Erfarenheter talar för att den här typen av multikomponentprogram som bygger på lokal samverkan tar flera år att genomföra, mellan 3–5 år (Wallin 2002).

4. Vidmakthållande
I det här steget rullar programmet vidare. Aktionsgruppens uppgift nu är bland annat att kontinuerligt bedöma hur insatserna tas emot och fungerar. Behöver något utvecklas? Ska något tas bort? Som underlag för dessa bedömningar kan det vara till hjälp att återkommande rapportera resultat från de regelbundna mätningarna till aktionsgruppen, det som på fackspråk kallas för formativ utvärdering.

5. Spridning och uppföljning

I det sista skedet av programmet är det dags att ta ställning till om programmet ska spridas. Då kan det behövas en ny bedömning av insatserna, där man till exempel kan försöka väga kostnader mot nytta för att ta ställning till behovet och möjligheten att sprida erfarenheterna vidare. Dessutom är det centralt att utveckla former för att sprida verksamheten, givet att den fungerar bra.

Vad är kunskapsläget om multikomponentprogram?

Studier av multikomponentprogram i lokalsamhället baserade på systemförändringar för att förebygga narkotikarelaterade problem finns inte rapporterade i den vetenskapliga litteraturen i samma utsträckning som på alkoholområdet (Gorman m.fl. 2004). Men enskilda narkotikakomponenter för prevention har studerats separat och skulle kunna kombineras i ett multikomponentprogram på motsvarande sätt som på alkoholområdet.

Eftersom hantering (distribution och försäljning) av narkotika i de flesta länder är olaglig är det svårt att genomföra studier om förändringar i lagsystemet på samma sätt som för alkohol, som förändringar i pris/skatt. Fokus för forskningen har därför legat på insatser för att kontrollera lagar och dess effekter på narkotikamarknaden (Giesbrecht & Haydon 2006).

På alkoholområdet finns goda erfarenheter av program inriktade på ansvarsfull alkoholservering (Wallin 2004). Programmen som har visat störst effekt på problem kopplade till alkoholkonsumtion på krogen har kombinerat lokal mobilisering, utbildning i ansvarsfull alkoholservering för krogpersonal samt förstärkt tillsyn och kontroll utifrån existerande lagstiftning. På narkotikaområdet finns satsningar som utgår från liknande aktionsteoretiska antaganden om intervention som de olika komponenterna i programmen för ansvarsfull alkoholservering. Ett exempel är Mazzerole och medförfattares studie (2000) som baseras på det som på engelska benämns ”civil remedies” (civilrättsliga åtgärder). Utgångspunkten i metoden är att uppmuntra och/eller övertala en så kallad tredje part att ta ansvar för att förebygga brott eller ordningsstörande beteenden. En vanlig målgrupp för den här typen av program är till exempel hyresvärdar som har ansvar för sina fastigheter. Här finns likheter med programmen för ansvarsfull alkoholservering där krögaren förväntas ta ett ansvar för ordningssituationen på krogen. I programmet Oakland’s Beat Health identifierade ett team av poliser platser med mycket ordnings- och narkotika-

problem och kontaktade platsansvariga (eng. place managers) och andra lokala aktörer med intresse av att förbättra situationen i det lokala området. Samarbete inleddes med till exempel hyresvärdar och affärsinnehavare för att gemensamt utarbeta ett åtgärdsprogram. I satsningen ingick utbildning och information om existerande lagar, men även förstärkt tillsyn i form av arresteringar och utskick av varningsbrev till exempelvis störande hyresgäster. Studien genomfördes som en randomiserad-kontrollerad studie med 50 interventions- respektive 50 kontrollområden. Resultaten visade en minskning av polisrapporterade drogproblem i interventionsgruppen (boende- och affärsområden) jämfört med en ökning i kontrollgruppen under samma tidsperiod. Skillnaden var statistiskt signifikant. Största minskningen var i bostadsområden, jämfört med butiksområden. Forskarna konstaterar att projektet har varit framgångsrikt i att minska narkotikarelaterade problem, men dock inte bra på vidmakthållande. Slutsatsen som görs är att förmodligen måste den här typen av satsning pågå kontinuerligt för att få långtidseffekter.

I en studie av Weisburd och Green (1995) utvecklades en metod för att med hjälp av kartteknik identifiera så kallade ”Hot Spots”, det vill säga områden med mycket narkotikaproblem. I metoden ingick också att engagera affärsinnehavare och befolkning i åtgärder för att kontrollera brottslighet och göra påtryckningar för att minska narkotikaaktivitet. Studien, som genomfördes med en randomiserad-kontrollerad design, visade signifikanta effekter i form av en minskning av akutsamtal till polis om ordningsrelaterade problem som valts som utfall. Det fanns inga tecken på förflyttning av problem till andra geografiska områden.

Om vi ser till de tänkbara delarna i ett multikomponentprogram för att förebygga narkotikarelaterade problem finns det över huvud taget många beröringspunkter med den kriminologiska forskningen. På det området finns det exempelvis interventioner som utgår från att förändra den arena/miljö där brott begås, genom att försöka förstå sambandet mellan arena/miljö och kriminella händelser. Det är ett perspektiv som har många likheter med folkhälsovetenskapen, till exempel inriktningen på att utveckla stödjande miljöer (Tones & Green 2004). Från den kriminologiska litteraturen kan följande principer identifieras av relevans för att modifiera arenan/miljön för att förebygga och kontrollera våld (Mair & Mair 2003):

- Fysisk utformning och omedelbara, situationella faktorer på en plats kan påverka förekomsten av våldsamma händelser, antingen genom att uppmuntra eller hämma denna typ av händelser.
- Fysisk utformning och omedelbara situationella faktorer kan skapa en känsla av territorialitet för de legitima nyttjarna av området/platsen och få dessa att utifrån en tillhörighetskänsla agera för att skydda sig från våld och andra olagliga fenomen.
- Förändringar av omgivningen kan genomföras för att minska möjligheterna till våld genom att göra själva genomförandet/utövandet mer riskfyllt, svårare att utföra, mindre belönande och mindre ursäktbart hos förövaren.
- Effektiviteten av miljöförändringar för att minska våld beror på typen av våld och vilken specifik arena som avses.
- Förändringar av miljön/omgivningen är en lovande strategi för att förebygga och kontrollera våld men räcker inte som ensam åtgärd.

På motsvarande sätt kan principerna tillämpas på narkotikaområdet.

Lokalt folkhälsoarbete i Kina

Ett intressant exempel på lokalt folkhälsoarbete för att förebygga narkotikarelaterade problem kommer från Yunnan i Kina. Syftet med detta projekt var att förebygga narkotikaanvändning hos unga män (Wu m.fl. 2002). En viktig komponent i interventionen var lokal mobilisering genom att identifiera och motivera viktiga lokala nyckelaktörer såsom lokala byledare, lärare och lokala hälsoarbetare. Fyra utbildningsstrategier tillämpades parallellt: en skolansats, en familjeansats, en lokal mobiliseringsansats samt en klinisk ansats. Möten anordnades mellan nyckelgrupperna för planering av intervention. Återkommande workshops och möten hölls för de lokala ledarna och andra grupper. Spel och videos med antidrogbudskap varvades med kurser för att förbättra läskunnigheten. Dessutom genomfördes skolprogram med föreläsningar, besök på avgiftningscentraler och andra narkotikaförebyggande aktiviteter. Studien genomfördes som en kvasi-experimentell studie, med interventions- och kontrollområde och för- och eftermätningar av bland annat kunskap och attityder till narkotika, narkotikaanvändning och sexvanor. Studieobjekten utgjordes av män i åldrarna 15–49 år. Resultaten visade 2,7 procents minskning av narkotikaincidensen (antalet som börjar med narkotika) i interventionsområdet. Minskningen var högst i grupper som ofta är svåra att nå med förebyggande insatser: unga vuxna 15–19 år, ensamstående män samt icke läskunniga män. Utöver den minskade narkotikainci-

densen såg man även förändringar i interventionsområdet vad gäller kunskap och attityder om narkotikaanvändning och HIV-AID:s-frågor. Värt att notera är att interventionen nådde de socialt mest utsatta grupperna. En styrka med programmet uppges vara att det var uppbyggt med lokala personer, då ingen person utifrån engagerades. Kostnaderna för interventionen var därmed låga och baserades huvudsakligen på befintliga resurser. Detta i sin tur ökar möjligheten att metoden kan spridas till intilliggande byar. Även om förhållandena vad gäller kultur och miljö till delar skiljer sig från program i Europa eller USA, stämmer erfarenheterna och lärdomarna väl överens med liknande lokala folkhälsosatsningar från dessa delar av världen, inte minst på alkoholområdet (Wallin 2002).

Lokalt folkhälsoarbete i USA

Det finns dock exempel på lokala satsningar på förebyggande insatser i lokalsamhället som inte har visat sig framgångsrika. Detta trots att de till delar har byggt på principer som att engagera flera olika aktörer och använda flera metoder och strategier parallellt. I en studie av Hallfors och medförfattare (2002) analyseras olika strategier som tillämpats i ett stort demonstrationsprogram ”Fighting back against substance abuse” i USA. Dels bedömdes nivån på programmens genomförande, dels bedömdes evidens på deras effekt.

Programmet följde på många sätt modellen för lokalt folkhälsoarbete som beskrivits tidigare (se Brachts modell). Finansiären av satsningen förväntade sig att lokala ledare från politiken, affärslivet samt gräsrotsnivån samlades för att gemensamt bedöma respektive lokalsamhälles problem med narkotika och utveckla en aktionsplan. Vikten av en inkluderande process betonades, där alla aktörer skulle bidra med sitt unika perspektiv. Lokalsamhällena uppmuntrades att utforma sina egna program baserade på den lokala kontexten och behoven. De förväntades även utveckla ett kommunövergripande system för prevention och behandling. Följande komponenter förslogs ingå 1) att skapa medvetenhet hos allmänheten, 2) prevention, specifikt riktad till ungdomar och barn, 3) tidig upptäckt och intervention, 4) behandling och återfallsprevention. I ett senare skede lades även en femte komponent till: 5) förbättringar i miljön byggda på ”empowerment” (sv. översättning egenmakt) och utvecklingsstrategier samt policies för att minska tillgängligheten av alkohol och andra droger och uppmuntra ansvarsfull försäljning av alkohol. Totalt medverkade 14 lokalsamhällen. Utfallsdata mättes kontinuerligt med telefonintervjuer till personer i åldrarna 16–44 år. Effektiviteten av programmet bedömdes

utifrån narkotikaanvändning, behandlingsindikatorer och olika lokalsamhällesindikatorer om prevention. Resultaten visade att lokalsamhällena i störst utsträckning fokuserat på att medvetandegöra allmänheten, näst följt av behandling för vuxna, lokal mobilisering/organisering och strukturerade aktiviteter riktade till riskungdomar. I minst utsträckning tillämpades strategier för att minska tillgängligheten till tobak, alkohol och narkotika, kontroll av försäljningsställen av alkohol, behandling för ungdomar samt utbildning i ungdomsinriktad alkohol- och narkotikaprevention. Resultaten visade att strategierna som riktade sig direkt till ungdomar inte visade någon effekt, medan strategier som riktade sig till den vuxna befolkningen visade negativa effekter på utfall hos målgrupper, jämfört med matchade kontroller. Koalitioner som inkluderade flera komponenter visade inte fördelar jämfört med de andra.

Författarna konstaterar att effekterna var antingen obefintliga eller i ”felaktig” riktning jämfört med kontrollkommunerna. Det är svårt att jämföra programmets genomförande i de olika lokalsamhällena eftersom interventionen inte var standardiserad och heller inte utprövad i ett så kallat ”efficacy”-försök för att pilottesta potentialen för att få veta antingen om den var effektiv eller potentiellt kunde orsaka skada. Två lärdomar presenteras. Den ena är att stora, vidlyftiga mål inte passar så bra för att få effekter på specifika utfall. Stora och övergripande mål gjorde att kommunerna arbetade på flera fronter och att insatser konkurrerade om prioriteringar i programmet. Den andra lärdomen var att koalitioner är dyra att upprätthålla och inte alltid självklart passar för att genomföra effektiva och fungerande strategier. Erfarenheten från det här programmet var att det krävdes pengar och strategiska eftergifter för att hålla kvar folk vid förhandlingsbordet. Följande rekommendationer görs av forskarna: a) att lokalsamhällen sätter fokuserade och hanterliga mål, b) att lokalsamhällen uppmuntras att välja forskningsbaserade program och skaffa hjälp för att effektivt kunna genomföra dem, c) att lokalsamhällen överväger miljöinriktade program och inte bara ökad medvetenhet hos allmänhet och individfokuserade strategier, d) att lokalsamhällen utvärderar betydelsen av sina program. Utfallet som mäts bör vara relevant för lokalsamhället och vara tätt hopkopplat med överenskomna mål, program och strategier.

Värt att notera är också att en förklaring till avsaknad av effekter skulle kunna vara att kommunerna i så liten utsträckning valt att arbeta med tillgänglighetsbegränsande åtgärder.

Krogar mot Knark – ett svenskt multikomponentprogram

Krogar mot Knark (KmK) är ett svenskt exempel på lokalt folkhälsoarbete för att förebygga narkotikaproblem. Projektet har publicerats vetenskapligt (Gripenberg m.fl. 2007). Vi har valt att mer ingående beskriva projektet, eftersom det är ett multikomponentprojekt från Sverige som på många sätt illustrerar och har beröringspunkter med tidigare avsnitt i kapitlet.

Krogen är en arena där många unga människor umgås och är även en högriskmiljö för narkotika för både gäster och personal. Krogar mot knark är ett multikomponentprogram där STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) utvecklar, testar och utvärderar metoder för att minska förekomsten av narkotika på Stockholms krogar. Forskningsprojektet baseras på ett systemtänkande kring prevention av narkotikarelaterade problem som har många likheter med de tidigare beskrivna principerna både från alkoholpreventionsområdet och från den kriminologiska litteraturen. Projektet påbörjades 2001 efter att krogbranschen och polisen uttryckt en oro över narkotikasituationen på krogarna. Krogar mot Knark satsningen kommer att beskrivas utifrån de olika stegen i Brachts modell (Bracht 1990).

1. Problemförekomst och behovsanalys

I projektets inledande skede kartlades narkotikasituationen på krogar i centrala Stockholm.

Två studier genomfördes: en enkätundersökning med 446 kroganställda och en djupintervjustudie med poliser, krögare och dörrvakter. Enkäten fylldes i anonymt av kroganställda som gick en utbildning i ansvarsfull alkoholservering. Totalt kom de svarande från ett 60-tal krogar från Stockholm, med fokus på sena öppettider. Resultaten visade att narkotika var ett stort problem både bland gäster och personal. Av de anställda uppgav 83 procent att de hade sett narkotikapåverkade gäster senaste halvåret på krogen i Stockholm. Nästan hälften, 48 procent hade sett någon bli *erbjuden* narkotika och 46 procent hade sett någon *ta* narkotika på krogen i Stockholm senaste året. Vidare

Krogar Mot Knark

Logotypen är framtagen av de medverkande KmK-krogarna.

Genom skyltar uppsatta på KmK-krogar kommuniceras budskap till gästerna.

uppgav 60 procent av deltagarna i studien att de hade missbrukat narkotika någon gång. Av de svarande hade 56 procent använt hasch/marijuana, 27 procent kokain, 22 procent amfetamin och 17 procent ecstasy (Gripenberg 2002a). Enligt de intervjuade förekom narkotika på alla typer av krogar, men framför allt på trendiga nattklubbar med sena öppettider (Gripenberg 2002b).

Lokalsamhällets mottaglighet till förändring, ”community readiness”, bedömdes som god. Denna bedömning baserades dels på resultatet från de två kartläggande studierna som inkluderade en behovs-

TABELL 2. *Olika aktörers motiv för att delta i aktionsgruppen*

Aktörer	Motiv för att delta
Landstinget	Folkhälsorelaterade problem
Tillståndsenheten	Efterlevnad av alkohollagen, det vill säga att narkotikapåverkade personer inte får vistas på krogen
Polisen	Efterlevnad av relevant lagstiftning, till exempel narkotikastrafflagen
Statens folkhälsoinstitut	Folkhälsorelaterade problem
Länsstyrelsen	Efterlevnad av alkohollagen, det vill säga att narkotikapåverkade personer inte får vistas på krogen
SHR och enskilda krögare	God relation till myndigheter, och att ha ett gott rykte som bransch gentemot befolkningen
Fackliga organisationer	Arbetstagarnas arbetsmiljö

analys, dels uppvaktning från olika myndigheter och branschrepresentanter som kontaktat STAD och uttryckt en oro över narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö. En inventering av pågående insatser och viktiga aktörer i Stockholm, såsom organisationer och nyckelpersoner, genomfördes. Ett möjligt hinder att ta hänsyn till var krögarnas eventuella bristande intresse av att engagera sig i frågan.

Sökningar i forskningslitteraturen efter utvecklade och testade arbetsmetoder för att förebygga narkotikarelaterade problem på krogen visade att detta område var relativt outforskat.

2. Målformulering och planering.

För projektets räkning hade en lokal samordnare tillsatts av landstinget. Den lokala samordnaren tog i detta skede initiativ till att bilda en aktionsgrupp. De viktiga nyckelpersonerna i Stockholm som rekryterades som aktörer i gruppen representerade, förutom landstinget, olika myndigheter (Polisen, Tillståndsenheten, Länsstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut) och restaurangbranschen (Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare, SHR, Hotell- och Restaurangfacket, HRF, krögarrepresentanter). Aktionsgruppen enades om ett övergripande mål: att minska förekomsten av narkotika på Stockholms krogar både bland gäster och personal.

Aktörernas olika motiv för att medverka i ett aktivt arbete identifierades och diskuterades (tabell 2).

För att skapa opinion, engagemang och uppmuntra till delaktighet både hos befolkningen och hos viktiga nyckelgrupper genomfördes i detta skede mediaaktiviteter. Dessa fick stor genomslagskraft både i lokal och nationell press, vilket resulterade i att problemen med narkotika i krogmiljö belystes, offentliggjordes och diskuterades på olika nivåer i samhället.

3. Utformning av handlingsplan/genomförande

Nästa steg i processen var för aktörerna i aktionsgruppen att välja vilka aktiviteter som borde ingå i satsningen för att nå målet. De förslag på åtgärder som framkommit under kartläggningsarbetet låg till grund för planeringen av interventionsaktiviteterna. Eftersom man inte fann några studier i forskningslitteraturen där man arbetat för att minska narkotikaförekomst på krogen kunde man inte dra lärdom från andras erfarenheter. Däremot hade STAD tidigare haft goda effekter av att förebygga alkoholrelaterade problem i krogmiljö utifrån en systemmodell för miljöförändring. Därför ville man testa och satsa på ett liknande upplägg för att förebygga narkotikaproblem på krogen (Wallin 2004). Relevanta målgrupper för insatserna identifierades till: krögare, vakter, annan krogpersonal, kroggäster och även ungdomar som är potentiella blivande kroggäster. Strategin som projektet utgår från är att göra miljöförändringar på flera plan. Då svensk narkotikalagstiftning är tydlig med att all hantering av narkotika är olaglig så gav den bra förutsättningar för att kunna arbeta med många olika komponenter, inte minst polisens tillsynsarbete.

Den 80 kvm stora vepan uppsatt på Stureplan i Stockholm ingick i en media- och PR-satsning.

De komponenter som ingår i projektet är: förändringar i den fysiska krogmiljön, policyförändring inom enskilda krogar, branschorganisationer och myndigheter, ökad polisiär

närvaro, narkotikautbildningar för olika målgrupper, förbättrat samarbete mellan berörda myndigheter och krogbranschen samt media och PR-arbete.

Utvärdering av projektinsatserna planerades utifrån specifika frågeställningar:

a. Hur kan viktiga målgrupper mobiliseras för att arbeta aktivt för att minska förekomsten av narkotika i krogmiljö?
b. Kan miljöinriktade förändringar på krogar minska förekomsten av narkotika?
c. Kan PR och mediaaktiviteter öka medvetenheten om narkotikasituationen i krogmiljö och öka stödet för miljöinriktade strategier bland viktiga målgrupper?
d. Kan en miljöinriktad interventionsmodell påverka vakters hantering av narkotikapåverkade gäster i krogmiljö?
e. I vilken utsträckning kan en miljöinriktad interventionsmodell bli permanentad i reguljär verksamhet?

För att följa och utvärdera insatserna och dess effekter upprättades ett monitoringsystem. Både kvantitativa och kvalitativa mätningar planerades för att studera såväl processer som effekter.

För att sammanställa projektets processer insamlades protokoll och dokumentation från alla olika möten, aktiviteter och studier. Samtliga utbildningsinsatser utvärderades och deltagarstatistik insamlades. Även mediabevakning ingick, vilket innebar insamlande av alla tv- och radioinslag och tidningsartiklar rörande satsningen. För att utvärdera projektets effekter planerades olika typer av studier såsom observationsstudier, enkätundersökningar, krogmiljöstudier och intervjustudier.

Ett flertal mediaaktiviteter genomfördes även under denna fas för att öka stödet för projektet och de planerade insatserna. Ytterligare strategier för att skapa delaktighet bland nyckelgrupperna nyttjades. Till exempel bildades flera olika arbetsgrupper, där nyckelpersoner fick jobba aktivt med att ta fram förslag på åtgärder, policydokument, media- och PR-strategier samt produktion av ett utbildningspaket, bestående av utbildningsfilmen *Den Välklädde Knarkaren* med tillhörande diskussionsmaterial.

4. Vidmakthållande

Aktionsgruppen och samordnaren har haft viktiga uppgifter för att vidmakthålla projektet. Detta har inkluderat att hålla engagemanget för projektet uppe, att följa hur de olika insatserna fungerar och vidareutveckla arbetet. Resultat från olika mätningar har presenterats för att hålla aktionsgruppen informerad om processer och effekter av satsningen. Till exempel presenterades observationsstudier där ordningsvakters hantering av narkotikapåverkade gäster utforskats. Detta är en metod som STAD utvecklat där skådespelare agerar tydligt narkotikapåverkade för att studera hur de blir bemötta av vakter på krogen (Gripenberg m.fl. 2007). Våren 2003 genomfördes en baslinjestudie innan narkotikautbildning av vaktpersonal startade. I tre av 40 försök blev skådespelarna nekade att komma in på krogen. Vid en uppföljande studie 2004, efter att en utbildningsomgång för vakter genomförts, agerade vakterna i enlighet med KmK:s instruktioner i 13 av 48 försök, de nekade skådespelarna inträde och/eller ringde polisen. Skillnaderna mellan mätningarna är statistiskt signifikanta. Resultaten av observationsstudierna presenterades för media med syfte att vidmakthålla lokalsamhällets intresse för frågan.

Flera av insatserna har ändrats och utvecklats under projektets gång. Till exempel har utformningen av narkotikautbildningarna förbättrats utifrån deltagarnas skriftliga kommentarer i kursutvärderingarna. En återkommande diskussion har varit svårigheterna i att upptäcka narkotikamissbruk bland de kroganställda och problem med att hitta målgruppsanpassad behandling/rehabilitering för krogpersonal. Baserat på detta har policyträning för nyckelpersoner i krogbranschen utformats och ett samarbete för att utveckla målgruppsanpassad behandling påbörjats i samarbete med Beroendecentrum Stockholm.

Var försiktig med spridning av metoder innan effekterna är kända.

Vidmakthållandefasen har många utmaningar som måste hanteras för att projektet ska leva vidare (Wallin m.fl. 2004). Det krävs ett engagemang från de olika berörda aktörerna och ofta prioriteringar av resurser för att möjliggöra ett vidmakthållande. Aktionsgruppen är år 2008 inne i ett skede där former för hur man ska permanenta verksamheten diskuteras.

5. Spridning och uppföljning

Eftersom Krogar mot Knark-arbetet i ett tidigt skede fick stor medial uppmärksamhet, inte bara lokalt utan också nationellt, så kom förfrågningar om spridning upp innan projektet egentligen var inne i en

spridningsfas. Det är viktigt att vara medveten om att vara försiktig med att sprida projekt innan man har vetskap om att det har positiva effekter. Det finns exempel på program som spridits som inte har uppvisat några effekter eller till och med visat sig ha negativa effekter på ungdomars narkotikaexperimenterande (Lyman m.fl. 1999). Därför påbörjades inte spridningen av KmK till andra krogar i Stockholm förrän den första effektmätningen genomförts med positiva resultat.

Utvärdering av projektets effekter pågår fortlöpande. Vad som vidare vore värdefullt att genomföra är hälsoekonomiska studier av Krogar mot Knark-insatserna. Hälsoekonomiska utvärderingar av Ansvarsfull alkoholservering i Stockholm har visat på stora samhällsekonomiska kostnadsbesparingar. Varje satsad krona motsvarades av besparingar för samhället (polis, hälso- och sjukvård med mera) på 39 kronor. Dessutom resulterade insatsen i en förlängning av så kallade kvalitetsjusterade levnadsår (QALY*) på 3–4 år med normal hälsa (Månsdotter m.fl. 2007).

Tålamod, strategiskt tänkande och resurser behövs för en framgångsrik prevention.

Krogar mot Knark-arbetet har spridits till många kommuner i Sverige. Den enkät som togs fram i det kartläggande steget har använts runt om i landet. Även interventionsmetoderna har spridits och en nationell handbok om hur man arbetar förebyggande med narkotika i krogmiljö har producerats (Lööf 2006). Projektet har även väckt internationell uppmärksamhet (UNODC 2007).

Diskussion

Litteraturgenomgången av multikomponentprogram på narkotikaområdet visar att det finns åtskilligt som är outforskat. Därför finns det en potential att vidareutveckla forskning om multikomponentprogram som en preventionsstrategi och därmed öka kunskap som stöd för ett effektivare narkotikaförebyggande arbete. Det finns intressanta studier som har fokuserat på enskilda komponenter som skulle kunna kopplas ihop i multikomponentprogram. Erfarenheter kan också med fördel dras från andra preventionsområden, till exempel från forskning om prevention rörande alkohol- och kriminologiområdet. Dock är, som på många områden, en stor del av de vetenskapligt publicerade

*QALY, så kallade kvalitetsjusterade levnadsår används som utfallsmått i hälsoekonomiska analyser. Mätsystemet tar inte bara hänsyn till livslängd utan även till kvaliteten på den extra livslängd som en hälsoinsats medför.

utvärderingarna från Nordamerika vilket resulterar i att erfarenheterna kanske måste anpassas efter lokal kultur och kontext. Det är även av vikt att identifiera olika arenor genom vilka man kan nå relevanta målgrupper. Dessutom är det centralt att utveckla effektiva metoder som kan användas i praktiskt folkhälsoarbete. Mycket tyder på att metoder som enbart förlitar sig på utbildning och medvetandehöjande insatser har begränsade möjligheter att påverka narkotikarelaterade problem. Istället indikerar forskningslitteraturen att det förmodligen krävs metoder som begränsar tillgänglighet och försvårar all hantering av narkotika, i kombination med insatser för lokal mobilisering, för att få effekter på narkotikarelaterade problem (Giesbrecht & Haydon 2006).

Värt att notera är att det krävs såväl resurser som relevant kunskap för att initiera, genomföra och utvärdera multikomponentprogram. Det är många olika intressen i ett lokalsamhälle som behöver hanteras. Det krävs både tålamod, strategiskt tänkande och resurser för ett framgångsrikt preventionsarbete. Redan i planeringsfasen behöver man ta hänsyn till tidsfaktorn, att preventionsprogram tar tid att genomföra innan man kan se effekter.

Det här kapitlet har uteslutande baserats på vetenskapligt publicerade utvärderingar. Med det i beaktan vill vi nämna att det mycket väl kan finnas intressanta lokala satsningar för att förebygga narkotikarelaterade problem som inte återfinns i forskningslitteraturen. En sammanställning av den så kallade grå litteraturen på området skulle kunna öka kunskapen om lokala narkotikaförebyggande satsningar.

Ett dilemma som är aktuellt när forskning och praktik ska mötas, till exempel i ett lokalt förebyggande program, är hur lokala önskemål och uppfattningar ska vägas mot kunskap om vad forskningen säger om effektiva metoder. Satsningar som enbart bygger på utbildning och information har begränsade möjligheter att påverka narkotikarelaterade problem, men är många gånger populära metoder. En förklaring kan vara att den typen av metoder inte uppfattas som hotfulla och utmanar den lokala maktbalansen. Det kan därför vara en utmaning att balansera mellan lokalsamhällets önskemål och uppfattningar, kontra vilka metoder som ger störst effekter. En intressant frågeställning blir då i vilken utsträckning man med krafter utifrån kan/ska försöka påverka och styra lokala förhållanden.

En framtida fråga för både forskning och praktik är hur man ska planera, utforma och utvärdera lokala satsningar för att förebygga narkotikarelaterade problem. Vad är mest lovande? Ska man tänka universellt eller specifikt? Ska få eller många komponenter ingå? Enligt rekommendationer från Hallfors och medarbetare (2002), bör alltför

stora mål undvikas för att inte tappa fokus. Men samtidigt borde det kunna finnas samordningsfördelar med att arbeta kombinerat med alkohol- och narkotikafrågor, inte minst för att dessa problemområden till stora delar berör samma lokala aktörer. Dock finns det en gräns för hur mycket ett lokalsamhälle kan hantera samtidigt. Därför är det viktigt att satsningar utgår från lokala behov och problem för att kunna fokusera och välja insatser. En lokal förankring är även av betydande vikt. Det är också nödvändigt att metoderna som används faktiskt har en potential att kunna integreras löpande i verksamheter för att kunna överleva. Metoder som är oerhört kostsamma och kräver stora externa resurser har mycket små möjligheter att kunna överleva, vilket försvårar möjligheterna till långtidseffekter.

Narkotikaområdet tycks, till skillnad från alkoholområdet, vara än mer kopplat till ideologiska uppfattningar. En etisk fråga att lyfta fram i detta sammanhang är att satsningar för att förebygga narkotikarelaterade problem bör utgå från etablerade samband mellan narkotika och olika problem (hälso- och sociala). Utan en sådan kunskap är det etiskt tveksamt att motivera satsningar för att påverka människors levnadsvanor. Som företrädare för folkhälsoområdet menar vi att det är hälso- och sociala aspekter som ska vara utgångspunkten för narkotikaförebyggande insatser och inte moraliska motiv. Det är också av vikt att fundera över val av interventionsmetoder. En ständig etisk diskussion bör vara att avväga respekt för individens frihet och samhällsintressen.

Satsa tvärvetenskapligt på forskning om multikomponentprogram.

För att forskning om potentialen i multikomponentprogram på det narkotikaförebyggande området ska kunna utvecklas fordras tvärvetenskapliga satsningar. Det finns mycket att vinna på att olika vetenskapliga discipliner möts och utvecklar interventionsforskning tillsammans. Interventionssatsningar av den här omfattningen är många gånger resurskrävande. Därför krävs prioriteringar från forskningsfonder och liknande för att öka kunskapen om effektiva metoder, inte minst multikomponentsatsningar. På så sätt kan forskningen bidra till ett bättre underlag som stöd för lokalt folkhälsoarbete. En annan angelägen forskningsuppgift är att utveckla hälsoekonomiska studier som väger kostnaden mot nyttan av olika utvärderade narkotikasatsningar och relaterade problem. I och med att resurserna är begränsade behövs även den här typen av studier som stöd för till exempel lokala politiker och andra nyckelaktörer för att kunna prioritera mellan olika insatser.

Mycket återstår också för att bättre koppla ihop forskning och praktik. Kommunikationen mellan dessa kan förbättras. Det krävs en res-

pektfull ömsesidighet mellan forskare och praktiker för att möjliggöra en bättre utveckling och spridning av effektiva metoder på narkotikaområdet.

Litteratur

En komplett referenslista kan rekvireras från info@fhi.se.

Bracht, N. (red.) (1990). *Health Promotion at the Community Level.* Newbury Park, California:. Sage Publications, Inc.

Edwards, R.W., Jumper-Thurman, P., Plested, B.A., Oetting, E.R. & Swanson, L. (2000). "Community readiness: research to practice." *Journal of Community Psychology* 28:291–307.

Giesbrecht, N. & Greenfield, T.K. (1999). "Public opinion on alcohol issues: A comparison of American and Canadian surveys." *Addiction*, 94, 521–531.

Giesbrecht, N. & Haydon, E. (2006) "Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications." *Drug and Alcohol Review*, 25, 633–646.

Gorman, D.M., Gruenewald, P.J., Hanlon, P.J., Mezic, I., Waller, L.A., Castillo-Chavez, C., Bradley, E. & Mezic, J. (2004). "Implications of systems dynamic models and control theory for environmental approaches to the prevention of alcohol- and other drug use-related problems." *Substance Use and Misuse*, 39, 1713–1750.

Gripenberg, J., Wallin, E. & Andréasson, S. (2007). "Effects of a community-based drug-use prevention program targeting licensed premises." *Substance Use and Misuse*,42,1883–1898.

Hallfors, D., Cho, H., Livert, D. & Kadushin, C. (2002). "Fighting back against substance abuse – are community coalitions winning?" *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 237–245.

Holder, H.D. (1998). *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention.* Cambridge: Cambridge University Press.

Lyman, D.R., Milich, R., Zimmerman, R., Novak, S.P., Logan, T.K., Martin, C., Leukefeld, D. & Clayton, R. (1999). "Project DARE: no effects at 10-year follow-up." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, No.4, 590–593.

Mair, J.S. & Mair, M. (2003). "Violence prevention and control through environmental modifications." *Annu Rev Public Health*. 24:209–225.

Mazzerole, L.G., Price, J.F. & Roehl, J. (2000). "Civil remedies and drug control. A randomized field trial in Oakland, California." *Evaluation Review*, 24, 212–241.

Månsdotter, A., Rydberg, M., Wallin, E., Lindholm, L. & Andréasson S. (2007). "A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises." *Eur J Public Health*; 17(6): 618–623.

Tones, K. & Green, J. (2004). *Health Promotion. Planning and Strategies.* London: Sage Publications Ltd.

Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. & Themba, M. (1993). *Media advocacy and public health – power for prevention.* Newbury Park, CA: Sage Publications.

Wallin, E (2004). *Responsible beverage service. Effects of a community action project.* Doktorsavhandling. Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Weisburd, D. & Green, L. (1995). ”Policing drug hot spots: the Jersey City drug market analyses experiment.” *Justice Quarterly*, 12, 711–735.
Wu, Z., Detels, R., Zhang, J., Li, V. & Li, J. (2002) ”Community-based trial to prevent drug use among youths in Yunnan, China.” *American J of Public Health*, 92 (12), 1952–1957.

Policy för prevention

Sven Andréasson och Helena Löfgren

HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Tillgängligheten till narkotika spelar stor roll för narkotikaanvändningen.
- Restriktiv lagstiftning som begränsar tillgängligheten minskar narkotikaanvändningen.
- Behandling är effektiv om den genomförs med hög kvalitet, men leder inte i sig till en minskning av narkotikaproblemen i samhället.
- Narkotikaprevention bör ses i ett folkhälsoperspektiv där kontrollåtgärder kombineras med insatser för att begränsa efterfrågan, exempelvis insatser för att påverka attityder och normer.
- Effektivt lokalt förebyggande arbete kräver att man arbetar med effektiva metoder, att dessa integreras i den reguljära organisationen, och stöds av den politiska ledningen.

Sammanfattning

Det finns god evidens för att tillgängligheten påverkar narkotikaanvändningen. Restriktiv lagstiftning reducerar kraftigt antalet personer som använder narkotika. Evidensen är stark för att kriminalisera de kommersiella delarna i narkotikahanteringen: produktion och försäljning, men svagare för kriminalisering av innehav och bruk av narkotika.

För att en restriktiv lagstiftning ska vara effektiv krävs också effektiva kontrollåtgärder. Den internationella forskningen visar att en ensidig satsning på kontrollåtgärder i form av fler poliser, längre straff, etc. ger begränsade effekter på narkotikabruk och -problem. Den svenska erfarenheten är dock att om insatser mot efterfrågan, bland annat åtgärder på familje-, skol-, fritids-, arbetslivs- och trafikområ-

dena, liksom insatser för att påverka normer och attityder till narkotika, kombineras med ökade kontrollåtgärder ses goda effekter på minskat narkotikabruk bland unga människor.

Behandling för narkotikaproblem är effektiv när den genomförs med evidensbaserad metodik. Behandling i sig leder dock inte till en minskning av narkotikaproblemen i samhället. I Sverige har skadereducerande insatser som substitutionsbehandling för opiatberoende och sprututbytesprogram varit kontroversiella. Frågan har fått en pragmatisk lösning genom att de skadereducerande programmen beskrivits som medicinsk verksamhet och därmed kunnat undantas från det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle.

Preventionsinsatser tar ofta lång tid innan resultaten syns, långsiktig finansiering är därför nödvändig för att få effekter.

Policyfrågan för beslutsfattare på lokal, regional och nationell nivå gäller hur det förebyggande arbetet ska organiseras, och vilka resurser som ska tilldelas det. Exempel på organisatoriska frågor är antagande av policydokument i beslutande församlingar, styrning och samordning av det förebyggande arbetet, uppdrag till nämnder och förvaltningar, beslut om ekonomiska ramar och inrättande av tjänster. Preventionsinsatser tar ofta lång tid innan resultaten syns, långsiktig finansiering är därför nödvändig för att få effekter.

Inledning

Detta avsnitt handlar om hur man med policy kan förebygga problem med narkotika. Denna policydiskussion utgår från den teoretiska modell som beskrivs i inledningskapitlet, där ett antal centrala faktorer beskrivs som både ökar och minskar bruket av narkotika.

Få frågor debatteras lika häftigt som med vilken narkotikapolitik man bäst kan förebygga narkotikaproblem i ett samhälle. Detta motsvaras dock inte av kunskapsunderlagets omfattning – detta är mycket begränsat. Om man gör sökningar i några relevanta databaser, exempelvis Embase eller Medline, med sökorden ”illicit drugs” och ”policy”, finner man visserligen hundratals artiklar som på olika sätt behandlar drogpolicies runt om i världen. Flertalet bland dessa är dock rent deskriptiva arbeten, även om några också rapporterar effekter av olika policyinslag. Som vetenskapliga underlag hamnar dessa dock långt ner på vår evidensskala, då de i princip kan beskrivas som fallstudier. Lägger man exempelvis till sökbegreppet ”controlled study” får man

En av Amsterdams första coffee shops i gamla stan nära Oede Kerk. I coffee shops förekommer försäljning av cannabis, vilket tolereras av myndigheterna.

(inte överraskande) inga träffar alls. Narkotikaområdet skiljer sig därmed kraftigt från alkoholområdet, där det finns gott om kontrollerade studier av policyinslag, till exempel effekten av olika åldersgränser för inköp av alkohol, effekten av olika skattenivåer, effekten av olika stängningstider på restauranger, etc.

Det är därför inte överraskande att det finns betydligt fler frågor – även på den mest grundläggande nivån – än tillförlitliga svar på detta område. Är det exempelvis effektivt att förbjuda narkotikaklassade substanser? Får man lika goda effekter på sociala och medicinska problem om man istället reglerar produktion, distribution och detaljhandel som man gör på alkoholområdet? Varierar effekterna från substans till substans? Är det rimligt att sammanföra en rad olika substanser, med vitt skilda egenskaper, effekter och skadeverkningar och behandla dem på samma sätt i lagstiftningen? Ingen kan kräva att politiska beslut enbart ska baseras på vetenskapliga studier, men det är slående i vilken liten utsträckning narkotikapolitiken gör det, jämfört med exempelvis alkoholpolitiken.

Avsaknaden av kontrollerad forskning inom narkotikaområdet gör

att osäkerheten om vilka åtgärder som bör vidtas ökar. Likväl måste policybeslut tas. Dessa måste byggas på det bästa tillgängliga underlaget. När det gäller de frågor som är specifika för narkotikaområdet, exempelvis frågan om kriminalisering, består underlaget således främst av fallstudier där erfarenheter från olika länder och regioner redovisas. Dessa fallstudier har dock begränsad generaliserbarhet. Varje land och region har sina egna, unika förhållanden vad avser kultur, ekonomi, rättstradition, konflikter etc., som försvårar eller underlättar olika lösningar. Evidensen för vilka strategier som är effektivast är därför begränsad.

Den svenska narkotikapolitiken har som övergripande mål att uppnå ett narkotikafritt samhälle och vilar på tre principer: minska tillgången, minska efterfrågan och ge god behandling. I andra länder nämns ibland skadereduktion som en fjärde princip. Denna vållar problem i Sverige eftersom den är svår att förena med det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle. Med skadereduktion menas oftast insatser som syftar till att minska riskerna för personer som ändå använder narkotika. Uppenbart handlar det här om principiellt oförenliga mål. I praktiken godtas dock vissa skadereducerande inslag i Sverige, exempelvis substitutionsbehandling för opiatberoende personer och även sprututbytesprogram, även om de senare är mer omstridda.

Den svenska narkotikapolitiska modellen

Narkotikaepidemiologin beskrivs i inledningsavsnittet som ett område med stora kunskapsluckor. Ett annat underdimensionerat forskningsområde är interventionsforskningen. Som framgår ovan bygger narkotikapolitiken i Sverige på en kombination av åtgärder mot utbudet, åtgärder mot efterfrågan och behandling av personer med narkotikaproblem. Hur den optimala kombinationen av dessa åtgärder ser ut är dock okänt, beroende på bristande kunskap både om problemförekomsten och om effektiviteten i de enskilda åtgärder som är tänkbara.

Effekter av tillgänglighetsbegränsande insatser

Tillgänglighet kan grovt delas in i ekonomisk och fysisk tillgänglighet. Att begränsa tillgängligheten sker genom att ingripa mot så många länkar som möjligt i kedjan från produktion till bruk. Detta innefattar

insatser riktade mot produktion, partihandel, detaljhandel, innehav och konsumtion, även marknadsföring behöver regleras. I en översikt av Orvar Olsson från 1995 av studier om hur förändringar i tillgänglighet påverkar narkotikabruket framgår att om tillgången på narkotika ökar, så ökar också antalet personer som använder narkotika (Olsson 1995). Hur en ökad tillgång på narkotika följs av ett ökat narkotikabruk påvisas bland annat i undersökningar om amfetaminförskrivningen i Sverige under 1940-talet som visar att mellan 70 och 80 procent av svenska studenter då hade prövat amfetamin vid ett eller flera tillfällen. Även andra empiriska erfarenheter från exempelvis amerikanska Vietnamsoldaters narkotikabruk och legalförskrivningen av narkotika i Sverige under 1960-talet visar på samma förhållande (Olsson 1995). Ett mer aktuellt exempel på tillgänglighetens betydelse kan ses i en studie av den kraftigt minskade tillgången på heroin som inträffade i Australien och delar av Nordamerika under 2001. Under detta år sågs en kraftigt minskad heroindödlighet, en minskning som varierade mellan 40 procent och 85 procent i olika delar av Australien (Degenhardt m.fl. 2005).

Om tillgången på narkotika ökar, så ökar också antalet personer som använder narkotika.

Vad gäller pris står det på en allmän nivå klart att bruket även av illegala substanser följer ekonomins lagar där priset styr efterfrågan. Ett antal studier rapporterar således konsekvent priseffekter för olika typer av narkotika, där ökat pris leder till minskad konsumtion. Detta gäller exempelvis cannabis (DeSimone m.fl. 2001), kokain (Caulkins 1995) och heroin (Saffer m.fl. 1999).

Kriminalisering, legalisering och avkriminalisering

Sverige utmärker sig genom en långtgående restriktiv politik, där förutom kriminalisering av produktion, försäljning och innehav även bruket av narkotika är kriminaliserat. Därtill har lagstiftningen understötts av en i internationell jämförelse ovanligt stark satsning på polisiära insatser. En viktig fråga är i vilken utsträckning denna restriktiva politik bidragit till att narkotikabruket, åtminstone det experimentella bruket, i ett internationellt perspektiv är lågt i Sverige. Ett dramatiskt exempel på effekten av restriktiv lagstiftning sågs under efterkrigstiden i Sverige, då amfetaminbruket som tidigare hade varit oreglerat kriminaliserades och antalet brukare minskade från drygt

300 000 till ca 10 000 (Lenke & Olsson 1998). Med dessa och liknande åtgärder kunde relativt snabbt narkotikaanvändningen i de breda folklagren elimineras. Att den restriktiva politiken har effekt på det allmänna narkotikabruket är uppenbart och att den har stöd i den allmänna opinionen står också klart.

Narkotikaanvändningen har genom den restriktiva politiken kommit att koncentreras till en mindre grupp individer som i stor utsträckning utmärks genom normbrytande och kriminellt beteende. Genom sin narkotikaanvändning utvecklar de ofta beroendetillstånd som försvårar försöken att förändra livsförloppen. Utmaningen för narkotikapolitiken idag handlar i stor utsträckning om hur problemen i denna grupp kan reduceras. Det är då viktigt att inte tappa bort det breda perspektivet som handlar om effekterna av restriktioner på den allmänna befolkningen.

Förbud och kriminalisering kan ses som samhällets mest radikala metod för att höja priset och begränsa tillgängligheten till narkotika. Kunskapsstödet för kriminalisering av all icke-medicinsk befattning med alla former av narkotikaklassade substanser är dock inte entydigt. Det är exempelvis oklart var brytpunkten går mellan den efterfrågedämpande effekt som uppnås genom reglering och beskattning och den som uppnås genom förbud. Flera alternativ kan tänkas, allt från total avreglering för alla preparat till selektiv avkriminalisering av bruk för vissa preparat.

I den omfattande litteraturen om legalisering av narkotika beskrivs en rad argument för legalisering. Flera handlar om att egendomsbrotten skulle minska eftersom legalisering skulle sänka priset på narkotika och därmed behovet av att begå brott för att ha råd med narkotikabruket. Kostnaderna för rättsväsendet skulle minska eftersom en stor del av de totala kostnaderna för poliskåren, domstolarna och kriminalvården uppkommer som en konsekvens av kriminaliseringen av narkotika. Dessa argument saknar dock vetenskaplig underbyggnad. Det är exempelvis tänkbart att de personer som använder narkotika är mer brottsbenägna vare sig de använder narkotika eller ej. Det är också möjligt att narkotikabruket i sig ger upphov till viss kriminalitet, exempelvis våldsbrott bland personer som använder centralstimulerande narkotika. Med ökat bruk skulle sannolikt sådan kriminalitet också öka.

Ett annat argument gäller att unga personer till följd av sin narkotikaanvändning hamnar i brottsregistret, med de konsekvenser detta har för social marginalisering och alienation från samhället. Frågan här gäller sambandet mellan restriktiv politik, negativ opinion mot

Beslagtagen amfetamin som smugglats i en ryggsäck visas upp av Tullverket vid en presskonferens under 2006.

narkotika och konsekvenserna av denna för dem som ändå använder narkotika. I en internationell jämförelse kan man notera att antalet personer som testar narkotika i Sverige är lågt men att å andra sidan antalet personer med tunga narkotikaproblem förefaller vara förhållandevis högt. Här måste dock en reservation göras för den stora osäkerhet som råder för statistiska jämförelser mellan olika länder på narkotikaområdet. Det är således inte klarlagt i vilken utsträckning höga prevalenstal eller höga dödlighetssiffror i Sverige beror på bättre register och bättre metodik än i andra länder, exempelvis högre obduktionsfrekvens, fler toxikologiska analyser vid dödsfall, etc.

En tänkbar effekt av den restriktiva svenska narkotikapolitiken skulle dock kunna vara ökad stigmatisering och ett svårare liv för personer med narkotikaberoende, i form av kriminalitet, prostitution och social misär. Dock saknas evidens för att legalisering skulle reducera dessa problem. Med det ökade bruk som en legalisering sannolikt skulle medföra är det tänkbart att fler människor skulle dras in i ett narkotikaberoende, och att detta i sig ökar risken för kriminalitet och andra sociala problem. Risken för stigmatisering är avhängig av utformningen av narkotikapolitiken i sin helhet. Restriktivitet kan exempelvis kombineras med god vård och behandling, vilket skulle dämpa de negativa konsekvenserna. Det finns dock en annan invändning mot alienationshypotesen som handlar om hur narkotikaberoende i sig påverkar livskvalitet och social funktion. Beroendetillstånd

innebär ett stort lidande för de som drabbas av det – oberoende av omgivningens grad av tolerans eller förståelse.

Ett annat argument handlar om att kvalitetskontrollen av de narkotiska preparaten skulle förbättras, därmed skulle en hel del dödlighet och sjuklighet som uppkommer som följd av förorenade beredningar och osäkra koncentrationer av de ingående substanserna kunna elimineras. Även här saknas evidens. Fastän dessa problem naturligtvis förekommer, är det möjligt att situationen här är densamma som på alkoholområdet. Även här finns illegala produkter, exempelvis hembränd sprit, där mycket uppmärksamhet givits åt giftiga tillsatser och föroreningar. På alkoholområdet står det dock klart att detta är marginella problem och att det helt dominerande problemet med hembränt är alkoholen i sig. Det finns goda skäl att tro att det förhåller sig på samma sätt på narkotikaområdet.

En fjärde typ av argument går ut på att det principiellt är fel av staten att reglera enskilda medborgares val av livsstil och konsumtionsvanor så länge detta inte påverkar någon annan. Problemet här är att bruket av psykoaktiva substanser ofta påverkar andra, exempelvis i trafiken, på arbetsplatser eller i familjer, där barn till narkotikabrukande föräldrar riskerar att fara illa. Narkotikabruk är lika lite som alkoholbruk helt den enskildes ensak.

Det främsta argumentet mot legalisering handlar om att den sannolikt skulle leda till ökat narkotikabruk, och därmed till ökade narkotikaskador. Med ökad total konsumtion av narkotika kommer antalet storkonsumenter, antalet beroende och mängden medicinska, sociala och ekonomiska problem att öka.

Det främsta argumentet mot legalisering handlar om att den sannolikt skulle leda till ökat narkotikabruk, och därmed till ökade narkotikaskador.

Det finns således såväl fördelar som nackdelar med legalisering som kan anföras för eller emot var och en av de narkotikaklassade substanserna, eller mot alla former av narkotika sammantaget. Många hypoteser kan göras på detta område. Empiriska studier där dessa testats vetenskapligt saknas dock. Policyuppgiften är likväl att väga dessa argument mot varandra. Ur folkhälsosynpunkt är det viktigt att notera att flertalet forskare hävdar att legalisering skulle leda till ökat narkotikabruk, och därmed till ökade skador. En effekt av legalisering skulle således vara att både öka den fysiska tillgängligheten och sänka priserna. Legalisering kan också förväntas sänka den psykologiska tröskel som kriminalisering skapar för de flesta medborgare. Detta sammanhänger dels med rädslan för upptäckt och straff, dels med den informella sociala kontroll som lagstiftning ger upphov till.

Lagstiftningen

För att kriminalisering effektivt ska kunna begränsa tillgängligheten krävs att en rad villkor på lagstiftningen är uppfyllda.

- Att lagstiftningen är normativt förankrad bland medborgarna.
- Att lagstiftningen är effektivt utformad för de olika delarna i narkotikahanteringen: produktion, distribution, detaljhandel, innehav och bruk.
- Att tillsyn och kontroll utövas effektivt.
- Att sanktionerna är effektiva.

Normer och attityder

I Sverige är narkotikapolitiken väl förankrad i befolkningen, ca 95 procent håller med om att all befattning med narkotika bör vara olaglig. En växelverkan kan ses mellan opinion och lagstiftning. I en jämförelse med utvecklingen i Holland, beskriver Tops hur den svenska utvecklingen på narkotikaområdet präglats av stark statlig kontroll, med stort inflytande från nykterhetsrörelsen, som i sin tur hade en bred förankring i opinionen (Tops 2001). I Holland fanns en annan tradition, där beslut i högre grad överläts till den lokala nivån och i högre grad till organisationer och individer, med mindre inflytande från nykterhetsrörelsen. Här åberopas forskning som talar för att narkotikalagstiftning i sig inte har så stor betydelse för narkotikabruket utan att det snarare är de underliggande sociala normerna som påverkar konsumtionen (Reinarman m.fl. 2004). Jämförelser mellan olika länder talar för att narkotikakonsumtionen inte påverkas i någon större grad av vilka resurser som läggs på upprätthållandet av lagen. Således har narkotikakonsumtionen i USA ökat under perioder då kraftiga satsningar gjorts på narkotikabekämpning. Dock kvarstår frågan vilka effekterna blivit utan dessa satsningar.

Effektivt utformad lagstiftning

Även hur en restriktiv lagstiftning ska vara utformad för att mest effektivt begränsa tillgängligheten är omtvistat. Huvudfrågan är huruvida alla delar i narkotikahanteringen ska vara kriminaliserade, även innehav och bruk. Frågan är om de samhälleliga vinsterna av ett förbud mot bruk och innehav väger tyngre än de negativa konsekvenserna för individen. En mellanväg mellan kriminalisering och legalisering utgörs av att mildra de straffrättsliga konsekvenserna av innehav

och bruk utan att legalisera narkotika. Man bör observera den rättsliga skillnaden mellan bruk och innehav. Kriminalisering av innehav är påbjuden av de internationella narkotikakonventionerna. Huvudmotivet för detta är att öka möjligheterna att intervenera mot den illegala handeln. En legalisering av innehavet antas försvåra möjligheterna att störa och hindra handeln. Däremot står det nationerna fritt att avgöra om bruket av narkotika ska vara kriminaliserat.

Mildring av de straffrättsliga konsekvenserna av innehav och bruk av cannabis har prövats i några länder utan att man där kunnat påvisa att cannabisbruk eller cannabisrelaterade problem ökat (Sutton & Hawks 2005). I Holland antogs 1976 en policy om att innehav eller försäljning av max 30 gram cannabis inte skulle beivras. Policyn har sedan utvecklats till att i allt högre grad tillåta en kommersialiserad försäljning med mer aggressiv marknadsföring. Forskning visar att prevalensen av cannabisbruk sju år efter den initiala policyförändringen inte hade ökat i relation till de andra länder som ingick i studierna. Däremot ökade prevalensen kraftigt under ”legaliseringsperioden” 1984–1996 då antalet coffee shops ökade markant och försäljningen blev allt mer kommersialiserad (MacCoun & Reuter 2001). Liknande resultat har också kunnat påvisas i Italien. Slutsatsen av dessa studier är att mildrade straffrättsliga konsekvenser av innehav av cannabis inte ökar prevalensen men däremot ökar narkotikakonsumtionen av en legaliserad produktion och försäljning. Den senare slutsatsen understöds av de svenska erfarenheterna av reglering och kriminalisering av amfetamin (Lenke & Olsson 1998), beskrivna ovan.

Effektiv tillsyn och kontroll

Om ett förbud inte kan genomdrivas fullt ut uppstår en illegal marknad. Prisnivån på denna kan vara både högre och lägre än på den legala marknaden. Å ena sidan förekommer ingen beskattning vilket sänker priset, å andra sidan begränsas utbudet genom insatser från tull och polis vilket höjer priset. I detta avseende har dock utvecklingen i Sverige, liksom i en rad andra länder, varit oroande. Trots förbud har prisnivån på narkotika sjunkit markant under de gångna decennierna (CAN 2006). Antalet personer med tunga narkotikaproblem (ej nödvändigtvis kända inom behandlingssystemet eller rättssystemet) förefaller också ha ökat sedan 1980-talet. Sammantaget talar detta för att insatserna från tull och polis varit otillräckliga för att begränsa tillgången. Samtidigt är det svårt att med ledning av forskning och internationella erfarenheter se hur tull och polis på något avgörande sätt

skulle kunna effektivisera sitt arbetssätt. Om effektivare metoder fanns tillgängliga borde dessa ha beskrivits och prövats under de gångna 40 årens intensiva narkotikabekämpning runt om i världen (Birckmayer m.fl. 2008 för en genomgång av polisiära strategier och metoder för att kontrollera narkotika). Stora delar av de statliga satsningarna på narkotikaområdet runt om i världen satsas på polis- och tullinsatser för att begränsa den illegala marknaden. Detta trots att evidensen för detta arbetssätt är begränsad. Exempelvis fann en kanadensisk studie att ett av landets största heroinbeslag som gjordes år 2000 inte hade några effekter alls på narkotikabruket (Wood m.fl. 2003). Som framgår av Johannes Knutssons kapitel i denna bok står det klart att den svenska restriktiva lagstiftningen, med kriminalisering också av bruket av narkotika, i kombination med ökade polisiära resurser för upptäckt och gripande, resulterat i en väsentligt lägre förekomst av narkotikabruk bland unga människor i Sverige. Detta ska dock ses i ett sammanhang av kraftig satsning också på opinionsbildning, preventionsinsatser och behandlingsinsatser. Flera forskare konstaterar att trots att betydligt större resurser satsats på kontroll och tillsyn inom narkotikaområdet under de senaste decennierna i USA har priserna sjunkit betydligt under samma tidsperiod (Caulkins m.fl. 2006). Slutsatsen av detta är således att kontrollinsatserna är viktiga, men att de som isolerad strategi inte är effektiva. Framför allt måste insatser på utbudssidan kompletteras med insatser på efterfrågesidan (Birckmayer m.fl. 2008).

Framför allt måste insatser på utbudssidan kompletteras med insatser på efterfrågesidan.

Den bristande effektiviteten av kontrollpolitiken är dock inte tillräckligt argument för att legalisera och beskatta narkotika. Det finns uppenbara risker för att den beskattning som legaliseringen skulle införa i sin tur skulle skapa utrymme för en illegal marknad med narkotika till lägre priser, på samma sätt som på alkoholområdet. Den totala effekten skulle därför kunna bli negativ. Dels skulle det sociala priset sänkas genom legalisering, den fysiska tillgängligheten skulle öka och prisnivån skulle sannolikt sänkas under den nuvarande genom att en del av marknaden skulle undandras beskattning.

Däremot finns det anledning att överväga nya metoder för att öka upptäcktsrisken. För presumptiva narkotikaanvändare räcker inte kriminalisering som åtgärd om det inte samtidigt finns en trovärdig risk för att bli ertappad och straffad. Sedvanligt polisiärt spaningsarbete är här otillräckligt. Avgörande är istället att risken för upptäckt ökar i de miljöer som är av störst betydelse för personer som är socialt intakta: arbetsplatsen, skolan, trafiken, krogen. Detta är grundtanken med den

miljöinriktade preventionen: samhällsmiljön arrangeras på sådant sätt att det blir svårt eller oattraktivt att använda narkotika; man vill inte riskera sin anställning, sin utbildning, sitt körkort – eller sitt sociala anseende. För den enskilde narkotikabrukaren som inte utvecklat ett tungt beroende kan dessa omständigheter räcka för att få det mentala beslutsmaskineriet att väga över mot att inte använda eller att upphöra med att använda narkotika. Ett exempel på miljöinriktad prevention är det i Sverige 1999 införda förbudet mot att köra bil med narkotika i blodet. Lagen kan nu tillämpas oavsett om föraren uppvisar tecken eller symptom på att vara påverkad av drogen. Eftersom bevisbördan nu är mindre krävande har detta motiverat polisen att i högre grad omhänderta och åtala misstänkta förare. Sedan den nya lagen infördes har antalet upptäckta fall ökat tiofalt. Dock återstår att visa att den nya lagen lett till någon minskning av narkotikaanvändningen.

En annan form av miljöinriktad prevention är att försvåra narkotikaanvändning på krogar och klubbar. Lovande försök i denna riktning har genomförts av STAD i Stockholm (Gripenberg m.fl. 2007).

Effektiva sanktioner

För att en kriminalisering av narkotika ska fungera tillgänglighetsbegränsande krävs effektiva sanktioner. Kunskapen om hur sanktioner fungerar är dock tvetydig. I USA beslutar delstaterna själva om brottspåföljderna och studier har därför kunnat göras där för att jämföra narkotikakonsumtionen i stater med olika straffnivåer. I en undersökning från 1970-talet delades delstaterna in i tre olika böteskategorier och jämfördes sinsemellan. Resultaten visade att skillnader i påföljd inte verkar ha så stor inverkan på konsumtionen (Olsson 1995). Däremot finns andra exempel på studier från exempelvis Japan och försäljningen av centralstimulerande medel under 1940- och 1950-talen som visar på en kraftigt hämmande verkan på lagöverträdelserna.

Effekter av efterfrågebegränsande insatser

En rad bestämningsfaktorer bedöms styra efterfrågan på narkotika. Dessa innefattar en rad faktorer på gruppnivå, som familje-, skol-, fritids- och arbetslivsfaktorer, liksom faktorer på individnivå som genetiska/fysiologiska faktorer och psykobiologiska faktorer. Ytterligare en viktig bestämningsfaktor utgörs av normer och attityder till narkotika.

Evidensen för åtgärder inom dessa områden avhandlas i de föregående kapitlen i denna bok.

Att begränsa efterfrågan på narkotika handlar till stor del om att skapa och upprätthålla sociala normer och attityder mot narkotika. Arbetet med att begränsa efterfrågan handlar i stor utsträckning om att nå fram till och engagera de personer som spelar störst roll för människors attityder. I hög grad är detta närstående personer som föräldrar, lärare och vänner. Detta talar för att attitydpåverkan främst sker på lokal nivå. På nationell nivå är kampanjarbete ett alternativ för att skapa och upprätthålla negativa attityder till narkotika. Genom åren har också ett flertal nationella informationsinsatser genomförts i Sverige av nationella myndigheter (se Gunilla Jarlbros kapitel) både riktade mot en bred allmänhet men också mot avgränsade målgrupper. En nyligen genomförd marijuanakampanj i USA som riktade sig till en specifik målgrupp i ”högsensationssökande” ungdomar har enligt en utvärdering haft god effekt i att minska narkotikabruket. Däremot har kampanjen inte påverkat övriga ungdomar som inte ingick i målgruppen.

Att begränsa efterfrågan på narkotika handlar till stor del om att skapa och upprätthålla sociala normer och attityder mot narkotika.

Flertalet kontrollerade studier av skolbaserade förebyggande program har rapporterat små eller inga effekter på narkotikaanvändning. Trots detta avstår den stora majoriteten av svenska ungdomar ändå från att prova narkotika. En förklaring till detta är att den dominerande normen är starkt avståndstagande mot narkotika i Sverige, och att denna norm förstärks av den rådande restriktiva lagstiftningen. Att därtill investera i breda sociala policies som stärker det sociala kapitalet och därmed den sociala kontrollen och riktar sig mot narkotikabrukets bestämningsfaktorer kan ytterligare förstärka den restriktiva normen.

Effekter av behandling

Generellt ses goda resultat av behandling för narkotikaberoende när sådan genomförs med evidensbaserad metodik (SBU 2001). Hälsoekonomiska studier talar dessutom för att sådana behandlingsinsatser är kostnadseffektiva. Detta sammanhänger bland annat med de höga kostnaderna för kriminalitet, brottsoffer och kriminalvård som narkotikaberoende genererar, förutom de höga kostnaderna relaterade till sjuklighet och dödlighet. Ur socialmedicinsk synpunkt finns det där-

för mycket goda argument för en större satsning på vård och behandling. Huruvida vård och behandling har någon effekt på den allmänna narkotikakonsumtionen i en nation är dock tveksamt. Som framgår ovan är det oklart hur stor andel av all narkotika som konsumeras av de beroende brukarna på den lägsta nivån i den epidemiologiska tratten (se figur 2 på sidan 15). Oberoende av detta hävdar dock vissa forskare att det är de narkotikaberoende som står för rekryteringen av nya brukare för att kunna sälja narkotika till dessa och finansiera sitt eget beroende.

Detta motsägs dock av annan forskning som menar att de som debuterar som narkotikaanvändare i allmänhet blir bjudna på narkotika av någon i bekantskapskretsen som har ett regelbundet narkotikabruk men som inte hör till gruppen nedgångna knarkare. Dessa personer är svåra att nå med behandling eftersom de inte drabbats av några större problem till följd av sina narkotikavanor. Ur beroendemedicinsk synpunkt är behandling oftast heller inte motiverad, eftersom vare sig någon större grad av beroende eller motivation till förändring föreligger. I ett samhällsperspektiv är det alltså osannolikt att behandlingsinsatser, även om de är kostnadseffektiva, kan innebära någon större minskning av narkotikaproblemet i sin helhet. Om inte åtgärder vidtas för att komma åt de mekanismer som genererar nya fall, är det troligt att de personer som behandlats och rehabiliterats ersätts av nya behandlingskrävande personer.

Skadereduktion/harm reduction

Den första policyfrågan vad gäller behandlingsinsatser är om personer som fått problem till följd av sitt narkotikabruk ska straffas/rehabiliteras inom kriminalvården eller tas om hand inom behandlingssystemet. I någon mening är all form av behandling inom narkotikaområdet en form av skaderektion, *harm reduction*. Skadereduktionsperspektivet har stor tyngd i den narkotikapolitiska debatten. Flera forskare ser detta som den huvudsakliga strategin inom narkotikapolitiken. Huvuduppgiften här ses som att minska narkotikaproblemen – inte nödvändigtvis att minska bruket. Begreppet skadereduktion är dock inte entydigt. Även förbudslinjen kan ses som skadereduktion – men då med utgångspunkten att förbud är den effektivaste strategin just för att minska problemen. Alla ser dock inte förbud och skadereduktion som motstridiga begrepp. Det skadereducerande perspektivet förs också fram som ett komplement till en restriktiv politik. Inte minst från behandlare åberopas vetenskaplig evidens för att olika skaderedu-

cerande inslag minskar skador och räddar liv. En viktig policyfråga är således om man ska acceptera åtgärder vars syfte är att begränsa skadorna av narkotikabruk – inte att förhindra allt narkotikabruk. De viktigaste exemplen på sådana åtgärder är i Sverige substitutionsbehandling för opiatberoende med metadon, subutex och liknande läkemedel och sprututbytesprogram, där personer som injicerar narkotika kan byta använda sprutor och kanyler mot nya. Internationellt diskuteras dock flera alternativ på detta tema: bland annat sprutrum för säker injicering och heroinförskrivning.

En fråga här är om dessa åtgärder ökar eller minskar det totala opiatbruket. En målkonflikt skulle uppstå om dessa program leder till ökat bruk, om de samtidigt minskar skadorna av bruket. Metadonunderhållsbehandling skulle kunna leda till ökat bruk om människor som annars skulle ha upphört med opiatanvändning nu kan fortsätta, eller om det lagligt distribuerade metadonet säljs vidare på den illegala marknaden och når fler användare. På samma sätt kan sprututbytesprogram innebära en målkonflikt om de å ena sidan reducerar spridningen av HIV och hepatit, och å andra sidan underlättar fortsatt bruk. Evidensen för effekterna av dessa olika åtgärder varierar. Att substitutionsbehandling för opiatberoende är effektivt vad avser överlevnad och social rehabilitering finns det god evidens för (National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction 1998). Dock måste substitutionsprogrammen vara väl kontrollerade för att undvika läckage av opiater till marknaden, och de risker för sjuklighet och dödlighet som ett sådant läckage är förenat med. För sprututbytesprogram är evidensen mer begränsad. Som framgår av en färsk litteraturöversikt och en utvärdering av det svenska sprututbytesprogrammet i Malmö, ses varken belägg för att detta minskat HIV och hepatit, eller att det skulle ha lett till större narkotikaanvändning (Stenström 2008).

Huvudfrågan är dock om de skadereducerande åtgärderna är förenliga med en restriktiv politik, där all icke-medicinsk befattning med narkotika är straffbar. Även om det här rör sig om principiellt oförenliga storheter visar dock tillämpningen i praktiken att vissa skadereducerande inslag har gått att förena med en långt driven restriktiv politik. I huvudsak har detta lösts genom att förlägga dessa inslag till behandlingssektorn. Definitionsmässigt är det ju bara den icke-medicinska befattningen med narkotika som är olaglig.

Narkotikaprevention i lokalsamhället

Några studier som specifikt undersökt effekterna av att organisera det lokalt narkotikaförebyggande arbetet på olika sätt har vi inte kunnat hitta. Däremot finns det ett antal studier som behandlar frågan om lokala förebyggande insatser mer generellt. Detta återspeglar att man på lokalsamhällesnivå ofta integrerat det förebyggande arbetet för respektive preparat i en gemensam organisation. Frågan om vilken evidens som finns för det lokalt narkotikaförebyggande arbetet vidgas därför i detta avsnitt till det alkohol-, narkotika- och tobaksförebyggande arbetet.

Trots att narkotikaproblemen i flera avseenden skiljer sig från alkohol- och tobaksproblem, finns det i det förebyggande arbetet en rad gemensamma nämnare. Den för alla dessa preparat gemensamma policyfrågan är hur det förebyggande arbetet ska organiseras, och vilka resurser som ska tilldelas det. Exempel på organisatoriska frågor är antagande av policydokument i beslutande församlingar, styrning och samordning av det förebyggande arbetet, uppdrag till nämnder och förvaltningar, beslut om ekonomiska ramar och inrättande av tjänster.

Folkhälsoperspektivet

Narkotikafrågan ses ofta ur ett kontrollperspektiv. Med detta menas att all icke-medicinsk befattning med narkotika är olaglig, och att narkotikaprevention därför handlar om en effektiv tillämpning av lagstiftningen. Narkotikafrågan kan dock ses även ur ett socialt och kulturellt perspektiv, där huvudfrågan är hur normer och attityder till narkotika kan påverkas. Ett tredje perspektiv är behandlingsperspektivet, där huvudfrågan är hur beroendetillstånd av narkotiska preparat kan behandlas. Dessa och andra perspektiv på narkotikaproblemet tar ofta sin utgångspunkt i olika delar av den systemmodell som beskrivits i inledningen till denna bok.

De övergripande målen uppnås bäst då dessa olika perspektiv kombineras i en sammanhållen modell.

En viktig iakttagelse är dock att de övergripande målen bäst uppnås då dessa olika perspektiv kombineras i en sammanhållen modell. I utformningen av förebyggande åtgärder visar preventionsforskningen att ju fler risk- och skyddsfaktorer på individ-, grupp- och samhällsnivå som kan påverkas desto större blir den förebyggande effekten. Det är därför viktigt att ha kunskap om vilka de viktigaste risk- och

skyddsfaktorerna för narkotikaproblem är och hur dessa ska kunna motverkas respektive främjas (se Knut Sundells kapitel).

På alkoholområdet talar forskningen för värdet av att integrera tillsynsarbetet med det förebyggande arbetet (Wallin 2004). Här har denna insikt också nått centrala beslutsfattare och formuleras i regeringens regleringsbrev till olika myndigheter. Betydande evidens talar för samma synsätt inom narkotikaområdet. I den ovan citerade litteraturen om effekter av kontrollåtgärder konstateras att trots att dessa ökat kraftigt under många år ses små eller inga effekter på konsumtionsindikatorer; i vissa fall ses tvärtom motsatsen, med sjunkande priser på narkotika. Detta är resultat som talar för att ensidiga satsningar på kontrollåtgärder har begränsad effekt såvida dessa inte åtföljs av insatser mot efterfrågan.

Ur ett folkhälsoperspektiv är huvudfrågan hur narkotikaproblemen kan reduceras på befolkningsnivå, inte på individnivå. Även om behandling är en viktig del i systemet, kan behandling inte ses som det främsta alternativet för att uppnå ett minskat narkotikabruk i samhället, eftersom behandling i sig inte påverkar de underliggande mekanismer som genererar nya behandlingskrävande individer. På samma sätt är de normpåverkande inslagen viktiga, men i sig själva otillräckliga. Som framgår av exempelvis Sven Brembergs kapitel i denna bok om insatser inom skolan, är det svårt att påvisa effekter av sådana insatser i sig själva. Slutsatsen är att de olika perspektiven behöver kombineras. Detta har hög relevans för arbetet på lokal nivå. Här tenderar ofta begränsade perspektiv ta överhanden. Det är exempelvis vanligt att det förebyggande arbetet ses som synonymt med arbete riktat till barn och ungdom. Det är också vanligt att man på lokal nivå inte ser tillgänglighetsbegränsande insatser som sitt ansvar, med hänvisning till att besluten på detta område tas på den nationella nivån.

Lokal organisation

Många av de beslut som påverkar medborgarnas vardag fattas på kommunal nivå. Det finns därför goda förutsättningar för att skapa en bred bas för det narkotikaförebyggande arbetet lokalt. I lokalsamhället blir också de kostnader och problem som orsakas av narkotikaanvändning mer kännbara och ofta har kommunala beslutsfattare och tjänstemän stora kunskaper om vilka behov som finns i kommunen. Dock är kommunala beslutsfattare i stor utsträckning påverkade av nationell lag-

stiftning, policy och finansiellt stöd. Särskilt är finansieringen av det lokalt förebyggande arbetet ofta ett problem. Forskningen visar att det krävs långsiktighet i arbetet för att nå resultat och det kan ofta ta mellan fem och tio år innan nya idéer leder till ny verksamhet som gett resultat (Giesbrecht & Haydon 2006, Wallin 2003). Detta innebär en utmaning eftersom det förebyggande arbetet i hög grad vilat på kortsiktiga satsningar, ofta i form av tidsbegränsade projekt. För att få den önskade långsiktigheten behöver det förebyggande arbetet byggas in i den reguljära verksamheten. Detta innebär att man på ledningsnivå fattar beslut om tjänster, budget, organisation, etc. på detta område på samma sätt som inom andra kommunala verksamhetsområden.

För att tydliggöra det preventiva arbetet och skapa en god struktur för arbetet på lokal nivå är det viktigt att formulera ett alkohol- och narkotikapolitiskt program som antas av kommunens politiska ledning. I planen bör följande inslag ingå:

- Övergripande mål och delmål för det förebyggande arbetet.
- Den huvudsakliga inriktningen för det förebyggande arbetet.
- Budgetbeslut och specifika uppdrag till berörda nämnder och förvaltningar.
- Former för uppföljning och redovisning.

Hur policyinterventioner för att minska droganvändningen på kommunal nivå är utformade påverkas i hög grad av den nationella policyn. Som framgått ovan är evidensen för det narkotikaförebyggande arbetet på lokal nivå ofta outvecklad. Dessa insatser är sällan utvärderade och har ibland kritiserats för att till och med göra mer skada än nytta (Giesbrecht & Haydon 2006). Däremot finns kunskap om att ett starkt engagemang och intresse från kommunens och beslutsfattarnas sida är av största vikt för att program och policies ska kunna implementeras effektivt (Kvillemo m.fl. 2008). Alkohol- och narkotikafrågan griper över många samhällsområden, vilket ställer stora krav på samordningen av de kommunala insatserna, liksom på samverkan med andra myndigheter, organisationer och företag. Samordnarfunktionen är därför av central betydelse.

Förutom en bra organisation för lokalt baserad prevention krävs också att man arbetar med effektiva metoder. Med detta menar vi metoder för vilka det finns vetenskapligt stöd. Flertalet studier har konstaterat att det är svårt att förändra individers hälsobeteenden enbart med informationsinsatser, däremot kan de ha stor betydelse för att på-

verka attityder och normer till narkotika. För en överblick om vilka evidensbaserade metoder som finns att tillgå inom olika delar av det narkotikaförebyggande arbetet, hänvisas till Christina Kadesjös kapitel om prevention i familjen, Sven Brembergs kapitel om prevention i skolan, Ulric Hermanssons kapitel om prevention i arbetslivet samt Gunilla Jarlbros kapitel om informationskampanjer.

Internationell forskning talar för att tillgänglighetsbegränsande insatser har god effekt för att begränsa narkotikans skadeverkningar men att den typen av åtgärder måste kompletteras med efterfrågebegränsande insatser. Som framgår av den ovanstående diskussionen om effekter av kriminalisering, talar forskningen för att en kombination av olika åtgärder är nödvändig. Denna slutsats har avgörande betydelse även i det lokala arbetet.

Miljöinriktad prevention

Lokalt finns goda förutsättningar för att kartlägga var narkotika säljs och konsumeras. Detta förutsätter dock god lokal kännedom och samarbete med olika grupper: lokala myndigheter, organisationer, föreningar, liksom med en rad nyckelpersoner – formella liksom informella. Särskilt intressant på den lokala nivån är den miljöinriktade preventionen, det vill säga försöken att förändra miljön så att försäljning och konsumtion försvåras. Besluten ligger här i hög grad på lokal nivå. Den lokala polismyndigheten kan besluta att prioritera den lokala narkotikahandeln och försvåra denna. Man kan också prioritera drogtester i trafiken och därmed höja den upplevda upptäcktsrisken för alla bilförare. Såväl krögare som lokala tillsynsmyndigheter kan prioritera arbete mot narkotika på krogar, på samma sätt som arbetsgivare kan prioritera en drogpolicy där drogtester kan ingå. Alla dessa exempel förutsätter dock en samhällelig acceptans för en restriktiv drogpolitik.

Litteratur

Birckmayer, J., Fisher, D.A., Holder, H.D. & Yacoubian, G.S. (2008). ”Prevention of Methamphetamine Abuse: Can Existing Evidence Inform Community Prevention?” *Journal of Drug Education* (in press).

CAN (2006). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2006* . CAN-rapport nr 102.

Caulkins, J.P. (1995). ”Domestic geographic variation in illicit drug prices.” *Journal of Urban Economics* 37(1):38–56.

Caulkins, J.P., Reuter, P. & Taylor, L.J. (2006). ”Can supply restrictions lower price? Violence, drug dealing and positional advantage.” *Contributions to Economic Analysis & Policy*, *5*, 1–18.

Degenhardt, L., Day, C., Dietze, P., Pointer, S., Conroy, E., Collins, L., & Hall, W. (2005). ”Effects of a sustained heroin shortage in three Australian States.” *Addiction.* 100(7):908–920.

DeSimone, J. & Farrelly, M.C.. (2001). ”Price and enforcement effects on cocaine and marijuana demand.” *Economic Inquiry* 41: 98–115.

Giesbrecht, N. & Haydon, E. (2006). ”Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications.” *Drug Alcohol Rev.* 2006 Nov:25(6):633–646. Review.

Gripenberg J., Wallin, E. & Andréasson, S. (2007). ”Drug Prevention at Licensed Premises: Effects of a Community-based Drug Prevention Program in Stockholm, Sweden”. *Substance Use & Misuse*, 42:1883–1998.

Kvillemo P., Andréasson, S., Bränström, R., El Khouri, B. & Karlsson, L. (2008). *Sex försökskommuner: Utveckling av kommunernas alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Resultat från utvecklingarbetet i sex kommuner i samverkan med Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Lenke, L. & Olsson, B. (1998). ”Drugs on prescription – the Swedish experiment of 1965–67 in retrospect.” *Eur Addict Res.* 4(4): 183–189.

MacCoun, R. & Reuter, P. (2001). ”Evaluating alternative cannabis regimes.” *Br J Psychiatry* 178:123–128. Review.

National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998). ”Effective medical treatment of opiate addiction.” JAMA 280(22): 1936–1943.

Olsson, O. (1995). *Liberalisering av narkotikapolitiken: en översikt av forskning och undersökningar om en restriktiv narkotikapolitik.* 1. uppl. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut: Centralförb. för alkohol- och narkotikaupplysning.

Reinarman, C., Cohen, P.D. & Kaal, H.L. (2004). ”The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco.” *Am J Public Health* 2004; 94(5): 836–842.

Saffer, H. & Chaloupka, F. (1999). ”The demand for illicit drugs.” *Economic Inquiry* 37(3): 401–411.

SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Rapport 156.

Stenström, N. (2008*). Sprutbyte vid intravenöst narkotikamissbruk: en longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö.* Östersund: Mittuniversitetet, Institutionen för socialt arbete.

Sutton, A. & Hawks, D. (2005). ”The Cannabis Infringement Notice scheme in Western Australia: a review of policy, police and judicial perspectives.” *Drug Alcohol Rev.* 24(4):3331–336.

Tops, D. (2001). *A society With or Without Drugs. Continuity and change in Drug Policies in Sweden and the Netherlands*. Lund: Dissertation in Social Work.

Wallin, E. (2003). ”Lokalt folkhälsoarbete.” Avsnitt i: Sven Andréasson (red.) *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt.* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut och Gothia förlag.

Wallin, E. (2004). *Responsible beverage service – effects of a community action program.* Akademisk avhandling, Karolinska institutet.

Wood, E., Tyndall, M.W., Spittal, P.M., Li, K., Anis, A.H., Hogg, R.S., Montaner, J.S., O'Shaughnessy, M.V. & Schechter, M.T. (2003). "Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure." *CMAJ*. 168(2):165–169.

Introduction and summary

THE MAIN POINTS IN THIS CHAPTER

- Drug problems should be seen in a systems perspective, where the most important driving forces behind the use of drugs are economic and physical availability, norms and attitudes and drug dependency.
- Important theories for drug prevention are presented.
- The epidemiological basis for the drug problem.
- Development of the drug situation in Sweden since the 1950's.
- Summaries of book chapters.

The aim of this book is to present an up-to-date scientific overview of the prevention literature in the field of drugs. The target group for the book is primarily decision-makers and public servants on the local, regional and national level, but also preventive practitioners, for example alcohol and drug coordinators, health advisers, youth leaders, students and the mass media.

Prevention research in the field of alcohol and other drugs is still in its infancy. Many questions remain unanswered, both regarding the cause of the problems, as well as the measures which are effective in order to limit them. This is especially the case in the drug field, where few preventive efforts have been the object of scientific studies. This means that a great deal of the investments which are made in order to prevent drug problems, are carried out blindly without any real knowledge of the effects which can be expected.

A positive conclusion of the research literature is, however, that some programmes to prevent problems related alcohol and other drugs do work. These positive reports come mainly from the alcohol and tobacco fields. It seems reasonable to believe that the basic principles of these initiatives also apply to the drug field. In certain cases, however it is apparent that the drug problem is of a different nature, largely because all non-medical dealing with drugs is illegal in Sweden. In the field there is now a growing science which can inform us

about which components are the most important in successful programmes. In this book these are described by a group of leading prevention researchers in Sweden.

Prevention science, theories and models

The aim of prevention is to forestall or limit problems. This is best achieved by eliminating or reducing the causes of the problems. By definition, prevention is carried out before problems arise. Prevention science is engaged with systematic studies of the conditions or factors which cause problems or can limit problems. These factors are called risk factors or protective factors. Effective prevention of drug problems requires a theoretic base in order to guide the decisions on where, when and how investments should be carried out. In order to prevent, we must know which conditions and factors lie behind the problem which we wish to forestall – and how they can be changed.

Which underlying causes of drug problems can be affected by different preventive programmes? And in what way can this be achieved? The answers to such questions constitute theories of prevention.

Prevention theories use basic concepts from a multitude of different theories and models of health behaviour and social processes and how these can be affected. The most important theories within the field of alcohol and other drugs prevention are the health belief model, self-efficacy theory, the theory of reasoned action, the community organisation model and the diffusion of innovation theory. More about these theories can be found in *Den svenska supen i det nya Europa* (Swedish drinking in the new Europe), a publication which the Swedish Institute of Public health published in 2002 (Andréasson 2002) with the same aim as this book but directed to the field of alcohol.

In order to discuss the prevention of drug problems a theoretical model of how these problems arise is required. In 1998 the American prevention researcher Harold Holder developed a systems model for alcohol prevention (Holder 1998). Together with co-workers he has since extended the model to a general model for psycho-active substances (Birckmayer et al. 2008). We show below a modified application of the model to drugs. In the model the central factors which both increase and reduce the use of drugs are identified. It is these factors which must be affected in order to reduce drug-related harm.

The model identifies four principal factors as determinants of drug

Causal model of drug use and problems

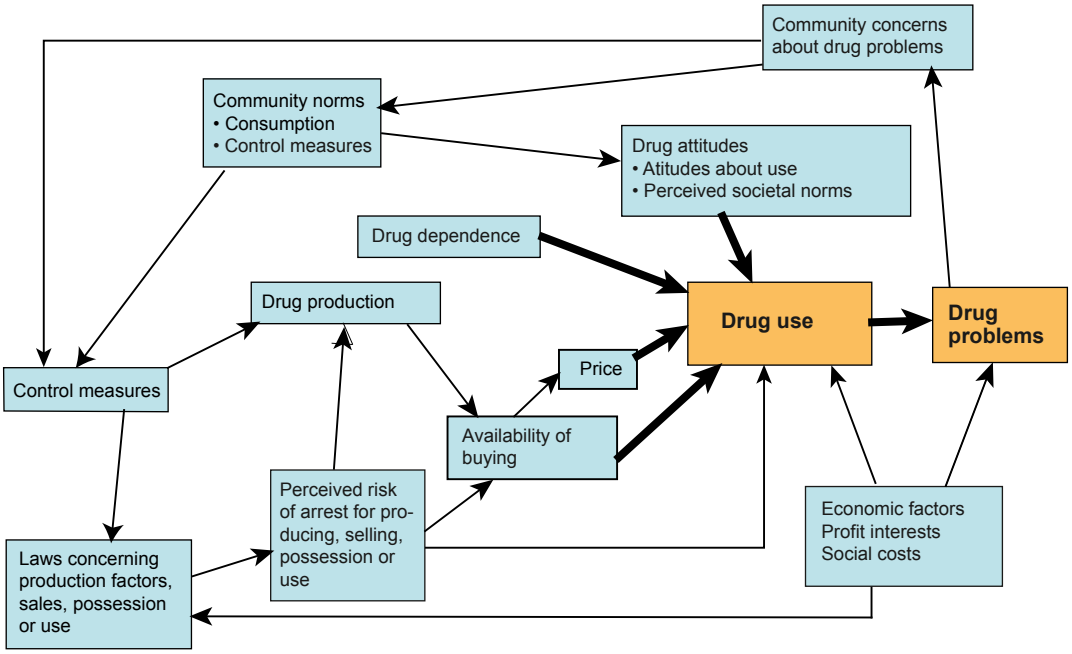


Figure 1. A causal model of drug problems and drug prevention. Modified model based on Holder (1998) and Birckmayer (2008).

use; price, availability, norms, and dependence. Also, there is a considerable interplay between these factors. Price, for example, is affected to a high degree by availability. Availability in its turn is influenced by societal norms, which, amongst other things, decide how the laws should be shaped and enforced. The number of dependent individuals is determined by the number of drug users. Care and treatment can also be added as further factors to this model as developed below.

Risk and Protective factors

It is seldom possible to identify a single cause for drug problems. On the contrary drug problems are almost always multi-factorial. The American researcher Hawkins has suggested a division of risk and protective factors into three groups, individual factors, group factors including family and school and community factors. (Hawkins et al. 1992). Among the individual factors are biological and psychological

factors such as genetic factors, the central nervous systems functioning, early extrovert behaviour, a sensation-seeking personality, and self-efficacy. Among the group factors are relationships in the nearest social context, such as family structure and family support, parental childrearing practices and attitudes to drugs, friends, school environment, study results, and access to prosocial leisure activities. Among the community factors are national and local rules and laws which regulate availability as well as control measures to enforce the laws. Here also are efforts on the community level to influence norms and attitudes to drug problems.

Risk and protective factors are parts of a disparate field, including everything from genetics to societal organisation. In combination, these factors result in large increases or decreases in problem levels. A clear dose-response relationship exists. With an increase in the number of risk factors, regardless of which, an increase in risk is found.

In prevention it is especially important to understand what protective factors are. What makes a factor, such as the family, school or a sports club, protective is firstly if it strengthens the bond between people and secondly if it creates clear rules for behaviour. When the bond between people is strengthened it creates a sense of belonging. This is valid for all levels, in the family, between friends, in the city council, and in the community. With an increased sense of belonging, the risk is reduced for maladjustment in every field; crime, drug misuse, sexual behaviour, bullying and so on.

The bond between people can be strengthened mainly in three ways: through opportunities to contribute with one's own efforts; through increased ability and through encouragement and reinforcement after appropriate behaviour.

In addition rules are required. People need to know which rules apply, that the rules will be enforced and what the consequences will be if one follows, or alternatively breaks, the rules. When we say that something is a protective factor against drug problems this means that one or both of these two mechanisms – increased sense of belonging and clear rules – are present.

Combining theory and practice

The literature which describes the effects of prevention in the field of drugs is limited. This highlights the difficulties of putting theory into practice in this field. To draw conclusions of effects it is not sufficient to have etiological studies of causes. Action research is also required; that is to say, research into which type of intervention can prevent development of the problem, when resources should be set in and how this should be done. Successful prevention demands a working relation between theory and practice. Theoretical models give us the tools for prevention planning. To carry out these models in the real world requires practitioners. The experiences and conclusions that such applications give rise to, is decisive for the theories to develop and be adjusted to reality.

At the same time there are few things which are so practical as a good theory. Effective prevention cannot be carried out with the help of a cookbook; new recipes need to be continually developed as the conditions demand. A prevention practitioner who works without theoretical ground is like an untrained worker. A professional practitioner, on the other hand, who has the knowledge of theory and research can independently shape and adjust an intervention. A foundation of knowledge of socialisation theory, for example, increases the likelihood of success with a prevention programme directed towards the family, knowledge of different models for behaviour change make it easier to work with secondary prevention of alcohol problems in primary care and so on.

For theory and practice to be integrated it is necessary to create a respectful relation between researchers and practitioners. It is not possible to develop, spread and make permanent new prevention methods unless the receivers themselves have been involved in all parts of the process. Theory, practical application and evaluation are all necessary elements in prevention science to develop.

Supply and Demand

Prevention research can be divided into two main directions. The first is the supply side. Here the focus has been upon availability regulated through legislation.

The other main direction is towards the demand, that is to say the

TABLE 1. *Certainty in studies with different designs*

Type of study	Certainty of conclusions
Experiment with control and experimental groups with random allocation to groups	Very high
Experiment with control and experimental groups without random allocation to groups	High
Cohort studies with repeated measures in same group of individuals	Moderate
Case-control studies where a control group is chosen to a study group and comparisons made	Moderate
Cross-sectional studies, which means that all measurements are made at the same point of time	Low
Case studies	Low

factors on the part of the individual and groups which drive a certain kind of behaviour. The preventive efforts here have been directed towards information, opinion-building and education, with an emphasis on individual and inter-personal risk factors. The majority of studies have derived from school-based projects. There are also studies on family interventions. Attempts to influence norms through mass media campaigns have also been described.

The scientific support for the effectiveness of these different attempts is varied. Research on school based education is the most comprehensive. With few exceptions the message is disheartening (see Sven Bremberg's chapter in this book). The result from studies of programmes directed at parents is more encouraging (see Christina Kadesjö's chapter). The effects of information campaigns in themselves appear very limited (see Gunilla Jarlbro's chapter on mass-communication).

Methodological aspects

The conclusions in this book build on comprehensive literature reviews. In these reviews studies of very variable design and quality are found. The evidence base for the conclusions therefore vary. In health care research a system has emerged to classify the evidence for diffe-

rent conclusions. If experiments are conducted with random allocation between experimental and control groups it is likely that a demonstrated association really is a causal association. If, on the other hand, an association is found in a study where all the information was collected at one occasion – a so-called cross-sectional study, then it is not nearly so likely that the association is causal. The studies in this book have been classified according to table 1.

Epidemiological basis

In order to discuss causes and interventions within the field of drugs, solid epidemiological knowledge is required of the problems extent and character. One part requires descriptive studies which answer the question of how extensive the use of drugs is, how large a proportion of users that develop dependence or misuse, how great the need for treatment is and what characterizes those who use drugs. Another part requires analytical studies which answer questions regarding social and medical consequences of using drugs and which factors correlate with drug use. Are these different for those who only experiment with drugs a few times compared with those who progress to regular use?

Narcotic substances vary considerably. In almost every country cannabis is the most used illicit drug. This is also the case in Sweden where more than 90 per cent of all who report drug use have used cannabis. The principal problem with cannabis is its effect on the central nervous system. Few substances have as strong effects on the brain and its different functions as cannabis. A number of studies find that cannabis contributes significantly to the burden of psychiatric illness and also to reduced productivity. Opiates, with heroin as the foremost drug, have a completely different profile. Here there are considerably fewer users but, on the other hand, these run a much higher risk of deadly complications, mainly in the form of overdoses. Stimulants of the central nervous system, with amphetamine and cocaine as the leading examples, make up a third category. The harms here are dominated by antisocial behaviour, risk-taking and violence, but also health problems due to infectious illnesses such as hepatitis. These different consequences for mental health, physical health, social harms, including crime, have still not led to any larger degree of differentiation in drug policies.

What is also unknown is how large a proportion of all users the problematic drug users are, that is to say, those whose drug problem meet

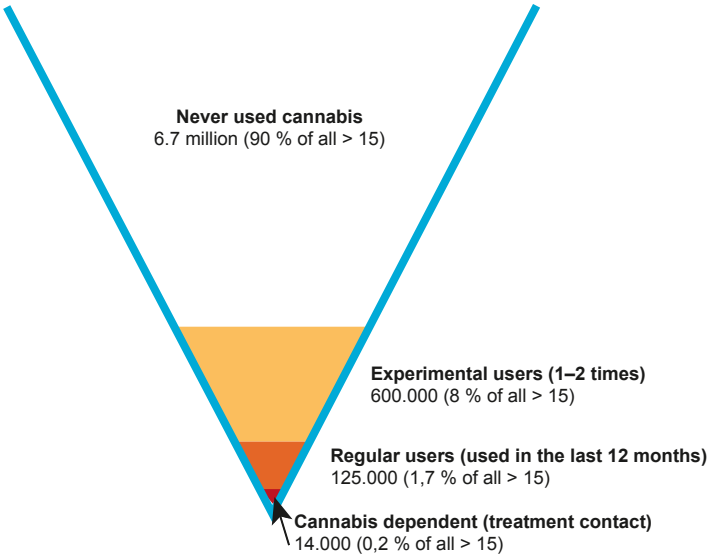


Figure 2. Cannabis at different levels. The presented figures are approximate estimates and build upon data from the Swedish Public Health Institute annual national public health questionnaire and the Hospital Discharge Register maintained by the Centre for Epidemiology, National Board of Health and Welfare

the criteria for harmful use or dependence. Even though the knowledge base is weaker in the drugs field compared to the alcohol field, it is likely that the rules of total consumption apply. This means that a small proportion of all users develop problems and a still smaller proportion dependence, but that these proportions follow the total consumption. In order to reduce the number of people with drug problems it is necessary to affect total consumption. In the same way as in the alcohol field, ordinary citizens' habits need to be targeted – not only the marginalised misusers. An important task for epidemiological research is to clarify how large a share of all drug problems in the nation arise at the different levels: sporadic use, regular but not problematic use, harmful use and dependence.

In figure 2 this concept is illustrated for cannabis which is the most used drug. This figure presents an estimate of the total number of the Swedish population who use cannabis at different levels. Similar diagrams could be drawn for heroin, cocaine, amphetamine etc – with considerably less certainty regarding the proportions at different levels. With the guidance of this epidemiological model five levels can be identified with different consequences for policy.

A. At the first two levels all those who have never used cannabis at all or have only tested once or twice, can be found. Here 98 per cent of the total population is found. The consequences of drug use at the experimental level are, in general, very limited even if there are reports of severe psychiatric reactions even after a single intake of different forms of drugs. The aim for public health at this level is primary prevention, that is to say, to prevent the occurrence of drug problems at all. In terms of policy this means national legislation, which limits availability of cannabis, in combination with programmes of information and advocacy. On the local level a number of programmes directed to strategic targets: parents, schools, workplaces can be carried out.

B. At the third level those who are regular users of cannabis but have not become dependent can be found. The task here is secondary prevention; that is to say, to identify these persons and motivate them to give up their drug use. This implies effective control measures for enforcement and sanctions within the legal system. But also to increase the risk of detection in the environments which are most important for these persons: work-places, traffic, nightclubs etc.

C. On the fourth level those who have developed cannabis dependence and other cannabis related problems are found. The task here is tertiary prevention or treatment. Many of these persons also have criminal records. The costs to society from their criminality are considerably higher than the treatment costs in the health care system.

For a number of health problems an epidemiological paradox is found. It is the large group of people with a moderately elevated level of consumption of, for example fat, alcohol, etc. who are responsible for the greater part of the problem or social costs – and not the small group with the very highest consumption. This is valid even though the increase in risk for the individual with increasing consumption can be very large. In the absence of confirmed data about drugs it is unclear to what extent this paradox applies to the drug field. The prevention paradox has an important implication for policy. If the small group with severe dependence is responsible for the greatest part of the problem, then there is very good reason to focus society's efforts there. On the other hand, if the greater part of the problem arises from the larger group with more limited problems, then the measures have to be wi-

dened towards the larger group. In the same way as within alcohol policy, a choice arises between general efforts which aim to reduce alcohol consumption, against selective measures directed to a smaller problem group.

An argument for general efforts within the drug field is the so-called gateway hypothesis. What this means is that most individuals who develop drug dependence have passed through a drug career (Ferguson et al. 2006). Different variants of this can be found described, but the principal steps involve a beginning with the legal drugs alcohol and tobacco, stepping up to cannabis, and continuing from there to stimulants or opiates. Within drug policy many divide drug substances into hard drugs and soft drugs, where cannabis is the most important drug among the softer drugs. This division can be questioned on several grounds, amongst others that cannabis creates a number of serious, but for the general public less apparent, harms. Apart from that, it appears that cannabis functions as an important gateway to a progressive drug career, in which case there is a more strategic reason to act decisively against cannabis.

Illicit drugs can also be seen from a life course perspective. This has been developed by Hser and fellow workers (Hser et al. 2007). From the standpoint of other disciplines, criminology, psychopathology and chronic diseases, the life course perspective is described as trajectories whose path is influenced by critical events or turning points. Common concepts in these different disciplines are, for example initiation, acceleration, maintenance, relapse, cessation.The likenesses, rather than the differences, are striking between drug problems and chronic somatic problems such as asthma, diabetes and hypertension when heredity, etiology, physiology and response to treatment are concerned. For all of these, there are effective measures which can be taken, but the readiness to accept them is not higher for chronic somatic illnesses than for dependency conditions (McLellan et al. 2000). There are also large similarities between the course of criminal behaviour and drug use, with a peak for these behaviours in early adulthood and then successive reduction in intensity. Many criminologists consider drug dependence as a sub-group within illegal behaviour. Amongst biologically orientated dependency researchers dependency is seen to a high degree as a brain illness, with a strong genetic loading. Research in cognitive behaviour psychology and neuropsychology at the same time report that behind the most difficult behaviour problems a common psycho-biological ground for impulsivity and weak inhibition can be found.

Significant differences are seen from the life course perspective between the different drug substances (Hser et al. 2007). In the USA a successive reduction in the use of cannabis is seen among adults, from a peak in the 20's age group. Comparative data is lacking for Sweden. For heroin, on the other hand, a gradual increase of use can be noted among those who have become users. Different paths can however be noted among different sub-groups. For the largest group, 59 per cent of all, a continual high consumption is noted, for a middle group 32 per cent of all, a successive stepping up of use after 10 years is noted, whilst a smaller group, 9 per cent of all, shows a relatively quick cessation of consumption. Even this latter case still takes place over a process of about ten years.

For prevention research the decisive question in this context is which turning points shape the life course in the different cases. Examples of such turning points are moving from home, marriage, parenthood, new employment, change of housing. The primary question is how initiation of drug use should be prevented, but it is also important as to which measures can change the course from continued usage to cessation. For example heroin and cocaine cause persistent changes in the physiology of the brain. This condition is an important explanation for the repeated relapses into drug use despite a wish to cease using. It is clear here that prevention in the first hand must be directed towards obstructing initiation. Of equal importance however is to understand how an individual who nevertheless has developed the dependent condition, can be supported to as good a life as possible. Here the longitudinal follow-up of treatment groups give important answers on the significance of long-term support systems for drug dependent individuals.

The tendency to test drugs, to continue further and develop dependency, varies over time and between different countries. The comprehensive policy question is how these life courses and the turning-points which steer them can be influenced by society. Here clear evidence is lacking, even though some studies have been made following changes that have taken place in drug policy. A problem is that these studies are often culture specific which limit their generalisability.

Another key term in this context is social capital, that is, the formal and informal resources individuals have in their social networks. Social capital is coupled with social control; with increasing social capital the willingness to risk this through drug use is reduced (Sampson & Laub 1993). This observation can be seen as an argument for a general welfare policy as a strategy to prevent drug problems. Many studies

report that drug users to a high degree have weak social networks and many risk factors. Two main strategies can be described for how initiation into drug use can be prevented in these vulnerable groups. The first consists of general social policy measures in order to improve the conditions of life for such disadvantaged groups. The second consists of measures to reduce availability. The latter strategy builds upon a total consumption model where high availability leads to increased consumption generally in society, but especially in disadvantaged groups. In principle, there is no reason why both of these strategies should not be use together with greater effect. An objection to a long-term availability policy is that such a policy can have unforeseen side effects in the form of stigmatising and social exclusion of the group that still become drug dependent. This is discussed further in Sven Andréasson's och Helena Löfgren's chapter on policy.

Drug Development in Sweden since the 1950's

If the drug problem is judged in terms of the share of the population which at some time have tried drugs, then in Sweden we have a small problem compared internationally. Even so the drug question takes a special position in our country. Few questions unite the population to such a high degree – three-quarters of the population consider that work against drugs are more or less as important as education or health care for a better society. Opposition against drugs is found also among the young and includes even cannabis, which in many other countries in Europe is considered a relatively harmless substance.

How can the strong opposition to drugs in Sweden be understood? One explanation is believably that drug policy comes out of the same traditional ideas which saturate alcohol policy and which are characterised by a societal concern over damaging effects and a determination to fight the problem with all means possible.

Swedish drug policy is usually, in an international perspective, designated as restrictive. This reflects, amongst other things, that all non-medicinal dealing with drugs is forbidden, which includes production, distribution, sales, possession and also use. But it has not always been so. From the 1960's onwards we have had a policy which for some periods has been permissive and in other periods, restrictive.

In the middle of the 1950's the number of drug users in Sweden was estimated at a few hundred persons. But it should be borne in mind

that different definitions of drug misuse lead to different pictures of the width of use. Amphetamines and other central nervous system stimulants were classified as drugs at the end of the 1950's. At that time hundreds of thousands of Swedes had used amphetamines without being classified as misusers (Linton 2002). The stricter view meant that the number of users sank dramatically. We can therefore assert that stricter rules and information on the damaging effects of drugs can be important tools for the prevention of drug use. But for a smaller group, who both misused drugs and were criminally active, the new legislation had no effect (Lenke & Olsson 1998).

During the following years the 'new' drug misuse, which was characterised by social marginalising, increased manifestly and was judged in the beginning of the 1960's to reach a thousand or more people (Swedish Public Health Institute 1993). The society reacted, above all, through the legal system and if care ever came into the question it was without exception medical – specific drug care did not exist at this time. The new societal problem and the misusers situation gained very much more notice in the media. Amongst other things, police interventions were being questioned and it was alleged that misusers did not dare seek help for fear of being arrested. A growing opinion also demanded care and treatment alternatives suited to misusers.

Prescribing drugs to misusers

Partly as a reaction to the protests and following an English model, the medicinal board introduced in 1965 an experiment with the prescribing of drugs to misusers. The aim was to decriminalise drug use and through free allocation, to make the crime from drug related possession unnecessary. Through this effort misusers would also be less stigmatised and health and social conditions improved. The experiment was therefore aimed at improving the situation for the individual misuser and also for the society. The total participants increased very quickly from initially about ten to several hundred. The whole thing was broken off abruptly in may 1967 when a young woman died from an overdose of a legally prescribed drug. When the experiment was evaluated later it was shown that every participant on average was prescribed between 50 and 100 doses of amphetamine per day and between 15 and 30 doses of opiates daily (Bejerot 1975). Certain researchers allege that legal prescribing contributed strongly to the increase in injection misusers and criminality in Stockholm whilst others contend that the effect was at most marginal (Lenke & Olsson 1998).

Methadone maintenance programme

During the same period as the legal prescribing experiment was introduced Ulleråker Hospital started a Methadone maintenance programme based on an American model. Here opiate dependent misusers were offered a replacement drug together with social rehabilitation efforts. Both the legal prescribing programme and the methadone maintenance programme were examples of what would today be described as harm-reduction influenced efforts. The aim is not primarily that the misusers shall become drug-free, but rather that the drug use would take place with less damaging effects. It is noteworthy that these interventions were set up during a period when drug policy in Sweden was classified as permissive. It can be shown statistically that the total number of drug misusers increased during the period 1965–1969 (CAN 1999).

10-point programme

Towards the end of the 1960's a struggle emerged about who should be responsible for the drug question in Sweden. Until then it had been the medical field which had dominated but now social workers and voluntary organisations made stronger demands on the hegemony when it concerned explanation models and remedies. Towards the end of the 1960's the government launched a 10-point programme which denoted a clear stiffening up of drug policy. The customs and the police were given increased funding, the scope for compulsory care of misusers was extended and the penalties for drug crime were increased. But also the voluntary drug care, social care and health care, received increased resources. The government also funded comprehensive information campaigns to spread enlightenment about the damaging effects of drugs. This laid the ground for the Swedish drug policy – a combination between preventive measures (for example information campaigns) control and sanction measures (customs and judicial system) and treatment measures for misusers.

The National Organisation for Help to Drug and Medicine Misusers (RHFL)

The tougher policy was immediately strongly criticised, amongst others by the National Organisation for Help to Drug and Medicine Misusers. (RFHL). During the 1970's a lightening of the rules took place. During a succession of years a greater amount of drugs for own

use was successively accepted without any other action than decisions not to prosecute. This policy change, in combination with some other liberalising, resulted in a reduction of the total number of registered drug crimes from 44 000 during 1969 to between 17 000–20 000 during the period 1970–1979 (Swedish Public Health Institute 1993).

Drug-free society

At the end of the 1970's the government formulated the goal that Sweden should be a drug-free society and again the pendulum swung back in the restrictive direction. The national prosecuting authority gave out new instructions that decisions not to prosecute for possession could now only be allowed for a very small amount of, above all, cannabis. Against this background the police increased their efforts to take legal action against street selling, which led to more than a trebling of drug crimes during the first years of the 1980's compared with the 1970's. Even the penalties were revised and successively strengthened. In 1988 drug use itself, but also consumption, was criminalised. Initially the crimes resulted in only fines but 1993 the penalty was strengthened and consumption could give prison sentences of a maximum of 6 months. The changes were brought in to give the police the right to take blood- and urine samples when suspecting usage. Critics of the "Swedish model" maintained that too much focus was directed upon the individual user whilst the policy in other countries aimed at eliminating the larger distributors and financiers.

HIV

During the autumn of 1985 142 positive HIV injection misusers were discovered in Sweden and in the following year a further 204 cases. Several authorities feared that a large-scale HIV epidemic could be on the way. Against this background the discussion of the content and goal of drug policy sped up again. Certain debaters maintained that it is now high time to give up a dogmatic policy and adjust investment to reduce the negative effects of drug use instead of spending enormous sums of money on a campaign for a drug-free society, a campaign that is in any case lost. A little pointedly it can be said that the watershed was between viewing an approaching HIV epidemic as a greater threat than drug misuse in itself. The government and the parliament considered that the restrictive drug policy should hold fast. Actions against HIV should be seen as equally pressing as actions against drug misuse

and a restrictive policy was seen to facilitate actions to limit the spreading of HIV (Swedish Public Health Institute 1993). An eventual epidemic should be prevented by seeking out all injection misusers and offering detoxification and treatment. Drug care was judged accordingly, in Sweden, to be the most effective way to combat the HIV threat. This standpoint resulted in an historic extension of care and treatment within the Swedish drug care between 1986 and the beginning of the 1990's. The total number of drug misusers was also reduced in the statistics during the 1980's (Swedish Government Office 2000).

Syringe exchange programme

Despite the government's directive the HIV threat gave origin to several local initiatives outside the traditional borders of drug care. Lund and Malmö started a syringe exchange programme for injection misusers in their infection clinics 1985 and 1987 respectively. The aim was to prevent the spreading of infection by giving out clean injection tools and eliminating second hand tools from circulation. The initiative gave rise to a wide and partisan debate where above all health care and especially infection doctors and drug users themselves were pleaders while social workers, politicians and a number of drug policy organisations were opposers. After many turns of face the Swedish Health Board recognised the syringe exchange programmes in Skåne, but only as limited experimental work for a limited period.

Savings

During the 1990's the Swedish economy deteriorated which affected also drug care which was forced to undertake comprehensive savings. The number of care places reduced noticeably during the whole of the 1990's at the same time as the management comprehensively went over from public to private interests. These changes take place during a period when drug misuse in Sweden increased. The increase was especially noticeable amongst young people and was valid for the occasional as well as the regular misuse. Many feared that Sweden's closer association to Europe and especially membership of the European Union would lead to what was understood as a weakening of the Swedish policy (see Håkan Leifmans's chapter in this book).

Gathering of power

In 2001 the drug policy commission set up by the government comments that the problem has worsened and that the question is given a lower priority on the political agenda. It alleges as well that the three cornerstones of the Swedish policy, control measures (to reduce access to drugs) together with care and treatment – have come out of balance. Control has begun to dominate while preventive measures such as care and treatment have been lowered in priority. The commission recommends a gathering of power with the aim to strengthen drug policy through, amongst other things, appointing a coordinator of national drug policy. During 2002 the government decides in accordance with the commission's suggestion and a special office – Mobilising against Drugs – is established with the principal task of developing cooperation between authorities, communes, county councils, and voluntary organisations.

Treatment plan

In January new instructions for pharmacologically assisted maintenance treatment with opiate dependents begin to come into force which simplifies methadone treatment at the same time as prescriptions for Buprenorphine (Subutex) is regulated more strictly. During 2006 the parliament decides to allow the county councils in Sweden to start regular syringe exchange programmes with the aim of preventing the spread of blood-borne infections. The programmes in Lund and Malmö can thus, after twenty years as experimental work, be made permanent. Still two years after the change in legislation no new syringe exchange programmes have been started in Sweden. During 2005 the government puts forward a new alcohol and drug action plan for the period 2006–2010. The comprehensive aim of a drug-free society, just as the three sub-goals to reduce recruitment, to persuade people with misuse problems to give up their misuse, together with reducing availability, all remain. In the plan the Swedish Public Health Institute is given the task of following up the goals in the treatment plan and to present an evaluation at the latest 1 januari 2010.

How can the development from the end of the 1950's up until today be summarised? A clear change, of course, is that drug misuse is established as a significant societal problem and that the number of socially marginalised misusers has increased very markedly. Society's reactions have also changed. Initially the problem was regarded as legal and

misusers were, above all, objects of repressive measures. Then followed periods of more care and treatment orientation, where responsibility swung between health care and social services. Involvement of organisations and private enterprises in the care and treatment arena has increased at the same time as the traditional public work has retreated under the pressure of reduced budgets and failing legitimacy.

An important factor – probably the most important – in order to understand the drug policy in Sweden is to regard it as a part of the general welfare policy. Here all the political parties – perhaps with different perspectives – have been in agreement to oppose segregation and social exclusion through active drug policy efforts. There has always been a relatively similar view around the policy at the same time as opposing views about the choice of the way to reach the goal, have occasionally been hard. Possibly the choice of the path in the future is made easier because the efforts which are made today in limiting availability and demand, as well as within care and treatment, to a growing extent proceed from an evidence-based practice.

Definitions

To define drugs and drug consumers is necessary in order to know what and which we speak about. The concept of drugs alludes in general to the legal definition which is to be found in the eighth paragraph of the drug penalty law. Here it is said that drugs are medicines or hazardous substances with dependency inducing, or euphoria creating qualities.(By euphoria creating is meant inducing a strong feeling of happiness and well-being.) Because many substances are – or can be – dependency inducing and/or euphoria creating it has been added that the substances should be included in one of the international drug conventions that Sweden has signed, or be on the list which the Medical Products Agency maintains of substances which the government has declared as narcotic drugs. In the drug penalty law all non-medicinal dealing with drugs is criminalised.

To find definitions of drug use and drug users is more difficult, amongst other things because consumption and use is viewed very differently in different jurisdictions.

Examples of concepts associated with consumption are use, hazardous use, problematic use, abuse, drug addiction and dependence. The terms reflect, to some extent, the pattern of consumption, that is how

often, how much, and in what way the drug is consumed, but also the consequences of the use. Dependence is mainly a medical term and reflects, as a rule the consequences of heavy drug consumption. In the chapter on narcotic substances and neurobiology by Jenny Häggkvist an exhaustive definition of drug abuse and dependence can be found.

Drug users are often called abusers, which can have legal and/or medical origins. Because consumption involves a criminalised substance according to the drug penalty law the legal coupling is obvious. The medical coupling connects to the system for classifying patients with drug related diagnoses. This is also discussed in the above mentioned chapter. During the last years the term drug user has become more and more common, above all in the international context. There are several reasons for this change, but that which most often is offered is the need for a concept removed from coupling to the legal aspects. In this book we have continually tried to use the terms use and harmful use. Sometimes it has not been possible because all the chapters build on comprehensive research where the original authors have used different terms.

Summaries of book chapters

The drug situation in Sweden during the last 15–20 years

Håkan Leifman

The main aim of the first chapter of the book is to describe the drug situation in Sweden and also make comparisons with the rest of Europe. Swedish drug policy has strong popular support.

Comparisons between Sweden and other European countries have mainly been conducted for young people between 15–16 years of age. The number of young Swedes who tried drugs declined somewhat between 1999 and 2003, whilst the development for the other countries went in the opposite direction. The number of students and young adults who reported use of cannabis was also compared. In Sweden both regular and occasional consumption decreased whilst in other countries consumption remained stable or increased. It was further shown amongst the Swedish participants the proportion who found it easy to obtain drugs had dropped whilst it had increased in other countries. The figures for heavy drug use also are lower in Sweden compared to the rest of Europe, although here the differences are smaller. In a report which is partly based on these data the United Nations

Office on Drugs and Crime concludes that Sweden has a considerably better drug situation than the rest of Europe. Despite a more uniform and globalised world, especially as far as Europe is concerned, drug use levels in Sweden have not approached those of other European countries, rather the opposite. A remaining problem however seems to be that despite low levels of experimental drug use in Sweden, the proportion with problematic use is relatively large. We appear to be good at preventing use of drugs but less good at preventing experimental use from accelerating to problematic use.

Narcotic drugs and biological markers for drug dependence

Jenny Häggkvist

This chapter defines different terms which are often used to categorise drug consumption, namely use, abuse and dependency. Use is often associated with an initiating phase, abuse and dependency come later. Manuals which are used to classify illnesses differentiate clearly between abuse and dependency, where dependency takes longer to develop and requires greater efforts to resolve.

Then follows a description of different drugs, cannabis, opiates, stimulants, hallucinogens, benzodiazepines and analgesics. Health effects and harms are described. All drugs initially produce a feeling of well-being. The euphoric sensation of using drugs is considerably stronger during the initial phase than that of other activities that stimulate the brain, for example sex. As time passes, the positive effects decline and it becomes increasingly difficult to attain the euphoria which motivated consumption early on. The reward system of the brain is blunted, leading to a reduced effect of natural pleasurable experiences, which may explain why misusers often think that life feels grey without drugs.

The chapter concludes with a discussion around what can be done to prevent drug misuse. The fact that misuse and dependence can be inherited suggests that in the future it should be possible to find measurable biological markers indicative of an increased risk of developing the illness. Research indicates, however, that the development of drug dependency is determined by an interaction between heredity and environment. Possibly it is easier to affect the environmental factors than the inherited genetic factors.

Risk and protective factors for drug use

Knut Sundell

The chapter discusses the factors which contribute to an increase or a decrease of the risk of drug misuse. Such factors have been identified on different levels and can be connected to the individual, family, friends, school, neighbourhood and nation. Research has shown that risk and protective factors seem to have about the same effect independently of sex, ethnicity, cultural or social background. It also appears to be, to a large extent, the same factors which determine the risk of drug misuse, criminality or acts of violence.

Examples of risk factors in the family are un-involved or absent parents; among friends, the use of drugs; in the school, poor performance and truancy; in the neighbourhood, access to drugs. At national level, factors related to increased availability are seen as risk factors. On the individual level personality characteristics such as impulsiveness and aggressiveness – which are also noted in the chapter on early problem behaviour – are considered to contribute to increased risk of misuse, as can also a positive attitude to drugs. Protective factors include exposure to positive role models and clear norms against antisocial behaviour.

Single risk factors result in small increases in risk, while exposure to many factors bears a very significant risk. The number of risk factors as a prognostic instrument does not perform well on the individual level however. Therefore preventive work is directed towards groups with multiple risk factors rather than individuals. Criteria for effective preventive work are that it focuses on established risk or protective factors. In prevention it is important that information activities are combined with skills training and that the programs which are offered are developmentally and socio-culturally appropriate.

Early problem behaviour

Britt af Klinteberg

Over recent years there has been increasing interest in the role of impulsiveness and aggression in the development of misuse and/or dependence of different drugs, which often are coupled with other forms of psycho-social problems. Despite large research efforts, many of the associations which have been found between these personality characteristics and personality disorders, alcohol/drug misuse and violent behaviour, are still controversial. A relevant question concerns the interplay between impulsivity and aggression and their interaction with

other externalised behaviour such as sensation-seeking and strong need of change. Another controversial question is the identification of biological and neuro/psychological markers or indicators of impulsivity or aggression in order to get a more objective measure of these personality characteristics than those obtained from self-assessment. With these observations as a starting point, the intention of this chapter is to highlight the implications and consequences of impulsiveness for different types of psycho-social disorders, such as misuse, dependence, criminality and violence. The focus is on the developmental aspects, possible underlying mechanisms and attitudes, which can be especially relevant from a perspective of forensic psychiatry and prevention.

Use of drugs: is it masculine? Sex differences and gender construction in drug misuse

Gunnel Hensing

In this chapter it is primarily the importance of gender identity for the harmful consumption of drugs which is discussed. Men test and use drugs to a greater extent than women, both in Sweden and other European countries. It is also, in general, men who introduce new forms of drugs. Misuse of legal drugs, such as sleeping pills and tranquillisers, is more common among women however. Sex differences in drug use are generally small among young people but increase with age. Women are estimated to constitute about 25 per cent of all with extensive and harmful drug consumption.

Up to the 1970's, studies in the drug field were directed towards men and special aspects such as sexual assaults, pregnancies and parenthood were hardly ever mentioned in connection with drug use. With a gender perspective on drug consumption, sexual differences are questioned beyond the purely biological and also include the social and cultural aspects associated with sex. A gender identity can be described as an individual's own experience of him/her self as man or woman and therewith the connected masculine or feminine possibilities for expression.

Interviews with female and male drug users show that men are considered to manage drugs better than women on the grounds that they have control, are unafraid and are not so prone to be harmed as women – characteristics traditionally associated with masculinity. Traditional conceptions are more forgiving towards men's consumption. A negative attitude to women's consumption provided protection for

women against both trying and using drugs regularly. But it also led to the consequence that women who use drugs were marginalised more manifestly and quickly than men in comparable situations.

In prevention or treatment, a gender perspective provides a basis for making women conscious of how social circumstances lead to subordination and how these can be made visible and be challenged. But increased gender awareness can also contribute to increased motivation for change in men as, for example, the importance of being a good father. Reflections around gender can thus help us to see mechanisms in society which protect against, or alternatively, increase the risk of harmful use of drugs both for men and women.

The importance of parents for use and harmful use of drugs in children and young people

Christina Kadesjö

This chapter can be summarised in two sentences – parents have great significance and preventive efforts must involve parents.

Many parents consider it irksome and conflict-creating to have clear rules that children should not use alcohol or drugs. Modern research shows that it is worth while – parents' actions have great significance for whether or not children come to use drugs. But factors and relationships in the family can also contribute to increase the risk for future drug misuse. To the protective factors belong, for example, that parents are involved, available, and can interpret the signals of the children, have patience with shrieks and protests and can balance conflicts with positive family togetherness. It has also been shown to be of great importance if parents clearly take a stand against drugs. If qualities of this type are missing in parenthood the risk increases of an undesirable development. These observations support the conclusions of Knut Sundell in his chapter on risk and protective factors.

Christina Kadesjö reviews research which shows that children who early express aggression and frustration are often rejected by well-adjusted children and that rejected children tend to attach themselves to other children who have been rejected. The problem around children's aggression is discussed also in Britt af Klinteberg's chapter on problem behaviour. One conclusion is, that if no functioning family is present as an opposing force, the risk is that negative friendship groups provide belongingness and a new meaning in an environment which is based on anti-social activities and drug misuse. Efforts for prevention

must begin early in order to strengthen the protective factors and lessen the risk.

The chapter finishes with short descriptions of prevention programmes which in different ways engage parents.

Drug prevention in school

Sven Bremberg

A long tradition exists in Swedish schools of offering education about alcohol, drugs and tobacco. The aim is naturally to reduce the tendency of students to use drugs both during school years and later in life. Yet research has shown that school based education about drugs is not likely to have any lasting effect, whether traditional teaching methods or methods based on modern behavioural science are used.

The role of the school in drug prevention should instead be to carry out its primary task effectively – that is to ensure that all youngsters complete their education competently and thereby develop all their abilities. A well-developed all round competence has been shown to provide increased resistance to the use of drugs. The most important contribution that the school can make to prevention is to offer a good education with clear goals, high expectations and close feedback to the students about what has been achieved.

Drug problems, prevention and working life

Ulric Hermansson

Early detection of drug misuse at the working-place is important to prevent accidents and ill-health, but knowledge of the extent of drug misuse in the working-place is lacking in Sweden. To measure the extent of misuse of drugs at work is also quite difficult, partly because use is criminalised and, as a rule, seen as a violation of norms. To identify people who use drugs sporadically is not easy either, experience-wise many years can pass before clear signs of misuse appear – which can mean that efforts of rehabilitation are often offered too late.

Studies in Sweden based on urine samples show that between one and six per cent of employees had used drugs relatively recently. In an interview study of restaurant employees more than a quarter reported use of drugs during the previous year. In international comparisons it appears that the use of drugs in the work-place is less wide-spread in Sweden than in many other countries. Cannabis is the dominating substance in both national and international studies. In the work-place

this is worrying because cannabis is shown to affect coordination and reaction ability as well as perception, even with limited consumption.

Finally, three methods to prevent drugs at the work place are presented: health-promoting programmes which contribute to a healthier life-style: advice-giving programmes which include diagnosis and treatment and lastly, drug-testing – which, apart from verifying the use of drugs, also can have preventive effects. Unfortunately the knowledge about the effectiveness of specific preventive methods is limited. Studies suggest a need for a combination of efforts to achieve an effect.

Youth culture, norms and drugs

Philip Lalander

An overwhelming number of young people in Sweden reject the use of drugs. None the less, in youth oriented media the use of drugs is often associated with positive experiences. Drug use is viewed as providing identity, togetherness and meaning in life – often in sharp contrast to the norms of established society. Drug use can be seen as a type of rebellion often associated with a romantic view of social outsiders. But the relation between drugs and youth culture is complex, and also contains criticism of these idealised images of drug use.

Even though drug use involves chemical processes in the body – which is dealt with in Jenny Häggvist's chapter – social norms and meeting-places where drug use takes place, have great importance. For example, drug taking increases in an environment where consumption is accepted and where traditional social control fails. Visits abroad and music festivals constitute examples. Norms around drugs are also clearly different depending on the drug in question. Even if every one knows that cannabis is illegal about four out of ten students questioned can consider trying it, while more than nine out of ten state that they would never try heroin.

Cannabis is considered easier to justify because consumption is not associated with loss of control and social marginalisation in the same way as with heroin.

The way to hazardous use of drugs is almost always social. Curiosity is awakened among friends and social contacts are necessary to access the substance. Consumption takes place in social interaction, where lack of near and trustful relations, money and sensible activities increase the risk that testing progresses to misuse. Preventive efforts directed to young people must convey believable messages

about the risks associated with drug use, but above all convey good reasons for young people to believe that they are welcome into the community.

Information programs for drug prevention

Gunilla Jarlbro

The chapter deals with preventing drug consumption through information campaigns. Since a large majority in Sweden support the goal of a drug-free society one could wonder if we need opinion-building efforts against drug use. The answer from this writer is still a clear 'yes' – mainly because a restrictive drug policy requires popular support and campaigning is needed to achieve such support in the long term.

The strategy concerning drug campaigns as a rule is based on working against a known behaviour, in this case the use of drugs. This is different compared with commercial campaigns which usually encourage people to do something – often to consume. Otherwise, the same selling principles are applicable. The most effective method to build or strengthen an opinion is mass-communication via, for example, TV or newspaper advertisements. Yet inter-personal communication – that is in the family, and among friends and work-mates is more effective in achieving behaviour change.

Preventive effects of police efforts against drugs

Johannes Knutsson

In Sweden drugs began to be perceived as a social problem during the last part of the 1960's. From that time the law and practices regarding drug control have changed considerably. We can differentiate phases with restrictive, or alternatively, permissive policies. A restrictive policy can be associated with more resources for the police, leading to increased risk of detection and more prosecuted cases. A preventive effect can be achieved if the drug, thereby, is more difficult to access and the life style with drugs is seen to be less attractive. In Sweden, as a consequence of a more restrictive policy, the proportion of youth who use drugs has declined, while at the same time the risk of detection has increased. International comparisons show that Swedish young people have lower access to drugs – which believably is an effect of the applied policy with extensive police efforts – and a reasonable explanation for the much lower consumption among Swedish young people.

How can drug problems be prevented in the community?

Eva Wallin and Johanna Gripenberg

This chapter discusses how drug problems can be prevented locally by different types of cooperative projects. Experience from work with alcohol problems shows that there are many factors which affect the extent and seriousness in a local misuse problem. Therefore a number of coordinated efforts are necessary to combat the problem. In the case of alcohol there is considerable research on the effects of preventive programmes, but in the drug field little is known about what is effective and why. Experiences from both alcohol and crime prevention programmes can, however, be used as an inspiration and knowledge base.

Principally, efforts to prevent drug related problems in the community can be divided into five steps. First, an analysis of to what extent change is possible and which methods can be used. Next, identification of the key persons who should be involved in the project and in the choice of goals. In the third stage action to achieve the goal should be planned and a timetable drawn up. Once the work has started experience shows that it is important to have some system to follow-up the effects of the effort – maybe something needs to be changed. Finally, it is necessary to decide if the programme should be made permanent and applied wider. In the chapter these five stages are exemplified by a Swedish programme 'Clubs against Drugs'.

Evaluation of local drug prevention shows that programmes which mainly build on educational efforts are not able to reduce problems to any great extent – it is necessary to have measures limiting availability in combination with mobilisation of local efforts. Another important experience is that this sort of work demands a great deal of resources, economic as well as competence, but perhaps above all, of patience – it takes time to see the effects of local drug prevention.

Policy for Prevention

Sven Andréasson and Helena Löfgren

There is good evidence that availability influences drug use. Restrictive legislation strongly reduces the number of people who use drugs. Evidence is strong for the criminalisation of the commercial part of drug transactions: production and sales, but weaker for criminalisation of possession and use of drugs.

Effective enforcement is necessary for restrictive legislation to be effective. A one-sided application of control measures in the form of

more police, longer penalties etc. give, however, limited effects on drug use and the drug problem. For effective results, demand reducing measures are also needed, where efforts on the family, school, leisure-time, work and traffic sectors are important.

Treatment for drug problems are effective when they are carried out with evidence-based methods. Treatment in itself, however, does not lead to a reduction of the drug problem in society. In Sweden harm reduction measures such as Methadone maintenance programs for opiate dependence and syringe exchange programmes have been controversial. The question has been resolved pragmatically by designating harm reduction measures as medical treatment and thereby excepted from the primary goal of a drug-free society.

The policy question for decision-makers at the local, regional and national level is how prevention shall be organised and which resources should be allocated to it. Examples of organisational questions are; adoption of policy documents in local councils, decisions on budgets and appointments, assignments to agencies and departments and direction and coordination of prevention. As has been underlined in the preceding chapter, it often takes a long time before prevention produces results; therefore long-term financing is necessary.

Translation by Brian Ashley

Författarpresentationer

Sven Andréasson är chef för alkohol- och narkotikaavdelningen vid Statens folkhälsoinstitut, docent vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet och överläkare vid Beroendecentrum Stockholm. Hans forskning rör epidemiologi, prevention och behandling av alkohol- och narkotikaproblem.
sven.andreasson@fhi.se

Sven Bremberg är barnläkare och docent i socialmedicin. Han är chef för avdelningen för barns och ungas hälsa samt psykisk hälsa vid Statens folkhälsoinstitut och är lektor vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Hans vetenskapliga arbeten har rört hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, inkluderande prevention av alkoholproblem.
sven.bremberg@fhi.se

Johanna Gripenberg är doktorand vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Avhandlingen handlar om att studera processer och effekter av ett aktionsinriktat folkhälsoprojekt med syfte att minska narkotikarelaterade problem i krogmiljö. Hon arbetar som utvärderare på STAD-sektionen (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem) vid Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting.
johanna.gripenberg@stad.org

Gunnel Hensing är professor i socialmedicin vid Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet och leder en forskargrupp med inriktning mot ojämlikhet i hälsa och social trygghet ur ett genusperspektiv. Hennes forskningsområden är betydelsen av psykiska problem och alkoholkonsumtion/-problem för sjukfrånvaro, genusperspektiv på alkohol och kvinnors hälsa och sjukfrånvaro.
gunnel.hensing@socmed.gu.se

Ulric Hermansson är socionom, medicine doktor och adjungerad universitetslektor i alkoholsjukdomar/beroendeforskning vid Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap. Han är verksam inom Beroendecentrum i Stockholm och är projektledare i Statens folkhälsoinstituts nationella Riskbruksprojekt/FHV-Arbetslivet. Han har under flera år arbetat med forskning och utveckling av metoder att upptäcka och åtgärda alkohol- och narkotikaproblem i ett tidigt skede inom arbetslivet.
ulric@bahnhof.se

Jenny Häggkvist är magister i molekylärbiologi vid Umeå universitet och doktorand vid centrum för psykiatriforskning, Stockholm. Hon bedriver forskning kring neurobiologiska mekanismer bakom återfall, med sikte på utveckling av återfallsförebyggande läkemedel. Hon undervisar även inom området för beroendelära på bland annat läkarprogrammet vid Karolinska institutet.
jenny.haggkvist@ki.se

Gunilla Jarlbro är professor vid Enheten för Medie- och kommunikationsvetenskap vid Lunds universitet. Hon har bedrivit forskning kring hälso- och riskkommunikation sedan mitten av 1980-talet.
gunilla.jarlbro@mkj.lu.se

Christina Kadesjö, socionom och medicine doktor i barn- och ungdomspsykiatri har arbetat många år som kliniker och handledare i olika metodutvecklingsprojekt om barn och unga med beteendeproblem. Hon arbear inom projektet Psykisk hälsa hos barn och unga på Sveriges Kommuner och Landsting och är även anställd inom Primärvården och Socialtjänsten i Göteborg för att utveckla insatser till barn och unga och deras familjer med skolan som bas.
christina.kadesjo@vgregion.se

Britt G E af Klinteberg, filosofie doktor, professor i psykologi vid Stockholms universitet och affilierad till Institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Karolinska Institutet. Hon har bedrivit forskning på psykobiologisk vulnerabilitet för utveckling av livsstilar som är skadliga för hälsan och har inriktat sig särskilt på bristande impulskontroll, vanligt förekommande vid ätstörningar, antisocialt beteende, missbruk och våld.
bkg@psychology.su.se

Johannes Knutsson är professor i polisforskning vid Politihøgskolen i Oslo, men är även verksam vid Polishögskolan i Solna. Han föreläser även vid en rad utländska universitet. Vid sidan av polisverksamhet rent generellt har hans främsta forskningsintresse rört sig om brottsprevention och då framför allt vilka metoder polisen bör använda för att förebygga brott.
johannes.knutsson@phs.no

Philip Lalander är professor i socialpsykologi vid Växjö universitet. Han har skrivit flera böcker om ungdomskultur, narkotika och alkohol med hjälp av deltagande observationer och kvalitativa intervjuer. För närvarande studerar han gatukultur och etnicitet i relation till narkotikaanvändande och -försäljning.
philip.lalander@vxu.se

Håkan Leifman är doktor i sociologi och sedan hösten 2006 chef för STAD (STockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem) och arbetar där med metodutveckling och forskning inom området alkohol- och narkotikaprevention.
hakan.leifman@sll.se

Helena Löfgren är magister i statsvetenskap. Hon arbetar som utredare på Avdelningen för alkohol och narkotika på Statens folkhälsoinstitut.
helena.lofgren@fhi.se

Nils Stenström är socionom och filosofie doktor i socialt arbete. Hans forskning har framför allt berört injektionsmissbrukare och interventioner för att förebygga smittspridning. Han arbetar som enhetschef på Statens folkhälsoinstitut.
nils.stenstrom@fhi.se

Knut Sundell är docent i psykologi och chef för Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen. Han var mellan 1990 och 2006 forskningsledare på Stockholms stads Forsknings- och utvecklingsenhet där han framför allt arbetade med att utvärdera socialtjänstens verksamheter.
knut.sundell@socialstyrelsen.se

Eva Wallin, är medicine doktor i folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Huvudinriktningen för hennes forskning har varit interventionsforskning på alkoholområdet med fokus på lokalt folkhälsoarbete. Hon arbetar som chef för en utvärderingsenhet på Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa.
eva.bi.wallin@sll.se

Fotografer och tecknare

sidan	
12	Johan Wingborg/Scanpix
25	Drago Prvulovic/Scanpix
78	Jenny Häggkvist
79	Erland Törngren
98	Peter Ekblom/Scanpix
100	Anja Caleus/Scanpix
109	Lennart Rehnman/Scanpix
114	Claudio Bresciani/Scanpix
119	Mikael Karlin/Scanpix
125	Mikael Karlin/Scanpix
135	Tobias Lundgren/Scanpix
144	Anders Tukler/GREATSHOTS
152	Lena Peterson/TIOFOTO
161	Mikael Andersson/MIRA
178	Stefan Ek/MIRA
187	Lena Peterson/TIOFOTO
190	Mikael Andersson/MIRA
199	Scanpix
203	Göran Billeson/Scanpix
205	Ulric Hermanson
208	Marja Ario/Scanpix
218	Ola Bergman/Scanpix
223	Jens Assur/Scanpix
227	Claudio Bresciani/Scanpix
241	Janerik Henriksson/Scanpix
247	Janerik Henrikson/Scanpix
251	Urban Jörén/Scanpix
261	Paul Hansen/Scanpix
267	Gisela Svedberg/Scanpix
290	Krogar mot Knark
291	Krogar mot knark
293	Krogar mot knark
303	Rolf Adlercreutz/Scanpix
307	Bertil Ericson/Scanpix

De flesta svenskar tar avstånd från allt vad narkotika heter. I internationell jämförelse är den svenska narkotikalagstiftningen också ovanligt restriktiv. Ändå drabbas många människor av narkotikaproblem, egna eller närståendes.

Preventionsforskningen inom narkotikaområdet är fortfarande en ung verksamhet. Många frågor är obesvarade om vilka åtgärder som är effektiva för att begränsa narkotikaproblemen. Detta betyder att en hel del av de satsningar som görs för att förebygga narkotikaproblem sker i blindo, utan någon riktig vetskap om vilka effekter som kan förväntas.

Den fråga som denna bok försöker besvara är hur man ska förhindra att människor utvecklar narkotikaproblem. I boken, skriven av ett dussintal forskare, sammanfattas kunskapsläget inom en rad områden, allt från hur de narkotiska preparaten fungerar och hur vanligt förekommande de är, till hur problemen ska kunna förebyggas inom samhällets olika sektorer.

Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
fhi@strd.se
www.fhi.se

R 2008:23
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-573-8