



# LUND UNIVERSITY

## En ny generation heroinmissbrukare i Malmö

("Det finns inget rökheroin"). En beskrivning av unga heroinister med svensk och utländsk bakgrund

Tops, Dolf; Silow, Marianne

1997

*Document Version:*

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Tops, D., & Silow, M. (1997). *En ny generation heroinmissbrukare i Malmö: ("Det finns inget rökheroin"). En beskrivning av unga heroinister med svensk och utländsk bakgrund*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1997, Nr. 10), (Research Reports in Social Work; Vol. 1997, Nr. 10). Socialhögskolan, Lunds universitet.

*Total number of authors:*

2

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# **MEDDELANDEN FRÅN SOCIALHÖG- SKOLAN**

Dolf Tops  
Marianne Silow

## **EN NY GENERATION HEROINMISSBRUKARE I MALMÖ**

**("Det finns inget rökheroin")**

**En beskrivning av unga heroinister  
med svensk och utländsk bakgrund**

**1997:10**



# **En ny generation heroinmissbrukare i Malmö**

**(”Det finns inget rökheroin”)**

**En beskrivning av unga heroinister med svensk och utländsk bakgrund.**

**Dolf Tops, Marianne Silow**



## Förord

Författarna har sedan slutet av 1970-talet arbetat inom narkomanvården i Lund och i Malmö och genom åren mött hundratals människor som haft problem med bl.a. missbruk av narkotika.

En ledande utgångspunkt i vårt arbete har alltid varit att missbrukare också är människor och ska behandlas därefter, dvs med respekt. Följaktligen anser vi att det är knarket som ska bekämpas, inte missbrukaren. Intresset för människan - även om hon/han missbrukar - är även orsak till att föreliggande rapport har kommit till stånd.

En annan utgångspunkt är att det ofta krävs en långvarig förändringsprocess för att kunna sluta missbruka. Under denna tid behöver en person med missbruksproblem stöd och hjälp som bygger på insikt och förståelse. Insikt i en människas historia och förståelse av en mångfald av problem av vilka droger blott är ett.

En annan anledning till rapporten är att det under hela 1980-talet regelbundet har förkunnats att den ena drogen efter den andra hotade att förstöra generation efter generation. Det märkliga är att vi som arbetar med avgiftning av narkomaner knappast märkte någonting av dessa alarmerande bilder. Inte förrän de senaste två/tre åren har det i Malmö observerats en kraftig ökning av missbruk bland ungdomar. Att det är missbruk av heroin som har ökat är mycket oroväckande eftersom det är just heroinmissbrukare som har svårast att sluta samt har den högsta dödligheten.

En målsättning för denna rapport är därför att i ett tidigt stadium av denna utveckling samla kunskap om den nya generationen heroinister med förhoppningen att både ungdomarna och vården kan utnyttja dessa kunskaper.

Undersökningen har kunnat genomföras tack vara stöd från Socialstyrelsen och Alkohol - och Narkotikakliniken, Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Författarna ansvarar för innehållet av rapporten.

Vi vill speciellt tacka alla ungdomar som har gett oss insyn i deras liv och hoppas att vi har handskats med deras berättelser på ett sätt som de förtjänar. Även många äldre heroinister har gett oss värdefulla synpunkter på de ungas missbruk.

Vi tackar också Mats Fridell för hans goda råd och stöd. Bengt Svensson, Sune Sunesson och Ulf Löfgren har tålmodigt läst manuskriptet och kommit med synpunkter samt förslag till ändringar. Sist men inte minst har Lars Kindberg varit vår guide i datorvärldens hemligheter.

Malmö i juni 1997

Dolf Tops, Marianne Silow

<b>INLEDNING</b>	<b>4</b>
BAKGRUND	4
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	5
DISPOSITION	6
<b>1. UTVECKLINGEN I MALMÖ</b>	<b>8</b>
OLIKA KÄLLOR	8
TILLFÄLLIGT/EXPERIMENTELLT MISSBRUK BLAND UNGDOMAR.	9
TUNGT MISSBRUK	13
HEROINMISSBRUK I MALMÖ	16
UNGA MISSBRUKARE BLAND AVGIFTNINGENS PATIENTER	21
INVANDRARBAGGRUND	23
ANDRA GENERATIONENS INVANDRARE	25
SAMMANFATTNING AV UTVECKLINGEN I MALMÖ	32
<b>2. NARKOMANVÅRDEN</b>	<b>33</b>
EN SAMMANFATTANDE TILLBAKABLICK	33
NARKOMANVÅRDEN I MALMÖ - EN KORT HISTORIK	34
AVDELNINGENS STRUKTUR, RUTINER OCH ARBETSSÄTT	35
<b>3. METOD</b>	<b>38</b>
URVAL	38
DATAINSAMLING	38
ETISKA ASPEKTER	41
<b>4. SOCIAL BAKGRUND</b>	<b>43</b>
FAMILJEN	44
SKOLAN	47
DROGDEBUT	48
HÖGSTADIET	50
REAKTIONER HEMMA	52
ATT PROVA HEROIN FÖRSTA GÅNGEN	54
ANNAN LIVSSTIL	56
KRIMINALITET	57



SAMMANFATTNING AV SOCIAL BAKGRUND	60
<b>5. SOCIALA SITUATIONEN VID FÖRSTA VÅRDTILLFÄLLET</b>	<b>61</b>
FÖRSÖRJNINGSSÄTT	62
TIDIGARE VÅRD FÖR MISSBRUK	65
SAMMANFATTNING AV SOCIAL SITUATION	69
<b>6. MISSBRUKSITUATIONEN VID FÖRSTA VÅRDTILLFÄLLET</b>	<b>70</b>
MISSBRUKSFAS	70
DOSERING AV HEROIN	71
RÖKNING/INJEKTION	72
ATT RÖKA HEROIN	73
ATT BÖRJA INJICERA ÄR EN MILSTOLPE	75
STICKMÄRKEN	78
HIV, HEPATIT B OCH HEPATIT C	79
ÖVERDOS	80
SAMMANFATTNING AV MISSBRUKSITUATION	84
<b>7. SITUATIONEN DECEMBER 1996</b>	<b>85</b>
SOCIAL SITUATION 1996	86
KRIMINALITET 1996	86
PROSTITUTION 1996	87
FRÅN RÖKNING TILL INJEKTION?	88
STICKMÄRKEN 1996	90
HEPATIT 1996	91
MÄNGD HEROIN I DECEMBER 1996	96
NY TYP AV BLANDMISSBRUK	98
ROHYPNOL	99
ANDELEN MED LVM - VÅRD DECEMBER 1996	103
SAMMANFATTNING DECEMBER 1996	104
<b>8. VÅRDEN</b>	<b>105</b>
ANTAL DAGAR I VÅRD	105
ATT BLI DÅLIG	107
ANLEDNINGAR TILL ATT SÖKA VÅRD	109
HUR HAR DET GÅTT?	113
SAMMANFATTNING VÅRDEN	114

**9. VÄGEN UT UR MISSBRUKET** **115**

---

VÄGEN UT UR MISSBRUKET	117
FRAMTIDEN	118

**10. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER** **120**

---

REKOMMENDATIONER	129
REFERENSER	134

## Inledning

Föreliggande rapport är en beskrivning av en grupp på 50 unga heroinmissbrukare som har sökt vård på Avgiftningsavdelningen på Alkohol - och Narkotikakliniken Universitetssjukhuset MAS i Malmö mellan januari 1993 och december 1996.

Undersökningen har godkänts av Forskningsetikommittén vid Lunds universitet i maj 1996 samt Datainspektionen i Stockholm i december 1996.

### BAKGRUND

Andelen ungdomar i Sverige som testar droger har under åttiotalet varit förhållandevis låg. Undersökningar på nittioalet har dock visat att andelen ungdomar som prövat narkotika åter har ökat och nu ligger på samma nivå som i början av 80-talet. Även attityden mot droger har ändrats och fler har uppgett att ha lust att pröva narkotika. Dessutom har andelen ungdomar som säger sig känna till var man kan köpa narkotika ökat. Några anledningar som nämnts för denna nya trend är bland andra minskat gränsskydd, nya ungdomskulturer (t.ex. house-musik och raveparties) samt tillgång till andra informationskanaler (Internet och satalit-TV). Även liberaliseringsdebatter på kontinenten anges ibland som en orsak till varför den tidigare negativa inställningen bland ungdomar till narkotika kanske håller på att luckras upp. (Nationell handlingsplan 1995)

Denna utveckling är inte unik för Sverige. Även i Norge (St.Meld nr 16), Danmark (Nationell rapport, 1996) och Finland (Nationell rapport, 1996) har myndigheterna konstaterat samma utveckling.

Från flera håll i Sverige har sedan flera år framhållits att invandrare utgör en särskild problemgrupp med speciella behov. Man har bl.a. konstaterat att invandrare med missbruksproblem i liten utsträckning söker vård för sitt missbruk. De senaste åren har även narkotika-missbruk bland invandrarungdomar alltmer presenterats som ett

växande problem.<sup>1</sup> Speciellt har en ökad spridning av ”rökheroin” uppmärksammats bland ungdomar med invandrarbakgrund.

På avgiftningsavdelningen hos Alkohol - och Narkotikakliniken i Malmö har man under senare år observerat en kraftig ökning av ungdomar som söker vård för heroinmissbruk. Ökningen var störst bland heroinmissbrukare med utländsk bakgrund, men även de med svensk bakgrund söker i stigande antal. På Avgiftningen har man också intrycket av att ungdomarna med utländsk bakgrund har svårast att genomföra en avgiftning. Denna utveckling anses framförallt vara oroande eftersom erfarenheter från narkomanvården visar att just heroinmissbrukare har svårast att sluta med sitt missbruk. Mot bakgrunden av detta ansöktes om anslag hos Socialstyrelsen för att mera systematiskt studera denna snabbt växande grupp unga heroinmissbrukare.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

För att kunna erbjuda effektiv vård är det för narkomanvården, i såväl socialtjänstens som sjukvårdens regi, av avgörande betydelse att få insikt i hur missbruket förändras i regionen. Viktigt är att få kvalitativ information om den nya generationens sätt att leva och använda droger, samt deras syn på bruk och missbruk.

Ett syfte med undersökningen är därför att inhämta kunskaper om gruppen unga heroinmissbrukare som kan bidra till att förstå deras situation. Ett annat syfte är att utöka kunskapen om situationen i Malmö när det gäller utvecklingen av heroinmissbruk samt heroinmarknaden. Vi hoppas med detta kunna bidra till nya kunskaper som kan leda till att situationen för de heroinmissbrukande ungdomar förbättras. Resultaten av projektet kan också få betydelse för utformningen av preventiva insatser.

---

<sup>1</sup> Anna Wiström. Ungdomar och droger - en översikt. 1996

Den övergripande frågeställningen är hur de unga heroinmissbrukarnas situation ser ut i Malmö. Denna frågeställning kan delas in i flera delfrågor;

- finns det skillnader mellan svenska ungdomar och ungdomar av andra generationens invandrare när det gäller missbruk och har dessa i så fall betydelse för vårdutfallet?
- på vilket sätt och under vilka omständigheter debuterade de i heroinmissbruk?
- gäller fortfarande antagandet om att nästan alla missbrukare börjar med hasch för att sedan övergå till andra droger?
- hur reagerade viktiga vuxna kring debuten?
- hur ser övergången ut mellan oralt och intravenöst missbruk och vilka konsekvenser har detta för missbrukaren?
- hur ser ungdomarna själva på sitt missbruk?
- hur ser "missbrukskarriären" ut på nittioalet?
- vilka erfarenheter har ungdomarna av narkomanvården och vad tycker de om denna?
- vilken hjälp tycker ungdomarna sig behöva för att kunna avhålla sig från missbruk?

## DISPOSITION

I **kapitel 1** beskrivs utvecklingen i Malmö ingående med fokus på heroin. Det har tidigare saknats aktuella siffror om utvecklingen i Malmö när det gäller heroinmissbruk. De undersökningar som finns handlar om skolungdomar upp till 18 år. Om drogmissbruk bland äldre ungdomar samt de som hoppar av gymnasiet finns inga systematiskt insamlade data och därmed lämnas fältet fritt för rykten. Efter nedläggningen av en stadsövergripande narkomanvård inom socialtjänstens regi har det blivit problematiskt att ens få ett intryck av trenderna i drogmissbruk bland ungdomar. Kvar finns sjukvården som kan följa utvecklingen i hela Malmö, men då med reservationen att det bara gäller de som söker vård. I detta kapitel redovisas därför utvecklingen när det gäller könsfördelning, missbrukspreparat, ursprung samt inläggningar bland de som har kontaktat Avgiftningen från

januari 1993 till och med december 1996. För att få en inblick hur läget är bland ungdomar redovisas denna kategori för sig.

I **kapitel 2** ges en kort presentation av Avgiftningens historia, struktur, arbetssätt och kontakter med övriga sjukvården och socialtjänsten.

För att få svar på våra frågor har vi använt oss av kvantitativa - och kvalitativa data. De metoder som har använts redovisas i **kapitel 3**. Här redovisas också de etiska problem som har uppkommit i samband med undersökningen och vårt sätt att hitta en tillfredsställande lösning.

Ungdomarnas sociala bakgrund redovisas i **kapitel 4**.

Deras sociala - och missbrukssituation vid första vårdtillfället beskrivs i **kapitel 5** och **kapitel 6**.

I **kapitel 7** beskrivs hur ungdomarnas sociala - och missbrukssituation har ändrats under den tiden som de har haft kontakt med avdelningen fram till december 1996.

Hur det har gått för ungdomarna i deras försök att avgifta sig redovisas i **kapitel 8**.

I **kapitel 9** ger ungdomarna sin syn på missbruk samt svårigheterna att ta sig ur missbruket.

Resultaten av rapporten diskuteras i **kapitel 10** som avslutas med några rekommendationer till åtgärder som kan leda till att minska problemen som uppstår till följd av heroinmissbruk.

# 1. Utvecklingen i Malmö

I detta kapitel beskrivs utvecklingen av narkotikamissbruk och speciellt missbruk av heroin i Malmö under nittioalet.

En engelsk forskare lär ha sagt att det är enklare att räkna myror än narkomaner eftersom de förstnämnda inte kan maskera att de är myror. Narkotikahandlingens illegalitet gör det svårt att få kunskaper om det exakta antalet missbrukare. Det finns dock källor och metoder som gör det möjligt att avläsa trender i utvecklingen kring narkotika. Några av dessa används här för att beskriva trender i Malmö samt jämföra dessa med övriga Sverige.<sup>2</sup>

## OLIKA KÄLLOR

För att beskriva utvecklingen av narkotikamissbruket refereras ofta undersökningar som görs bland skolungdomar med frågan om de någon gång har provat narkotika. Att testa narkotika är dock något helt annat än att missbruka narkotika. I undersökningarna om skolungdomarnas drogvanor skiljer man därför mellan tillfälligt/experimentellt och tungt missbruk.<sup>3</sup>

För att följa utvecklingen av tillfälligt - experimentellt missbruk genomför Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) varje år undersökningar om skolungdomars drogvanor. Ett problem hos dessa undersökningar är att uppgifter saknas om ungdomar äldre än 16 år. För att få kunskap om situationen bland äldre ungdomar är man beroende av lokala undersökningar eller

---

<sup>2</sup> För en mer utförlig diskussion om svårigheter med att bedöma utvecklingen av narkotikamissbruk se kapitel

2, Metodproblem och tillförlitlighet, Rapport nr 4. CAN och Folkhälsoinstitut. 1996

<sup>3</sup> Denna tudelning används av CAN för att ange den grupp som en eller några gånger har använt narkotika. Om en "mellangrupp" som i olika omfattning använder narkotika under "kontrollerade former" så att de inte kommer i kontakt med myndigheter saknas forskning. CAN Rapportserie, nr 40 sid 88. 1994. Vi har valt att använda denna oklara definition för att kunna jämföra Malmö's siffror med CANs.

undersökningar bland pojkar som vid mönstringen (18-årsåldern) svarar på frågor om sina drogvanor.

En annan metod är landsomfattande - eller regionala case-finding undersökningar där olika myndigheter rapporterar de hos dem kända missbrukare.<sup>4</sup> Här finns också uppgifter om tungt missbruk. Problemet här att de går många år mellan undersökningarna vilket gör det svårt att avläsa trender.

En tredje, lokal, källa som används är uppgifter om förändringar i gruppen missbrukare som har sökt vård på Avgiftningen sedan 1993. En begränsning är att det enbart berör personer som har sökt vård. Vi vet inte om denna grupp är representativ för hela gruppen narkotika-missbrukare i Malmö

En fjärde källa är antalet beslag från polis och tull i Malmöregionen. Dessa siffror är problematiska. T ex så antar man att Malmö (och för den delen hela Skåne) är en viktig inkörsport för illegala droger och det är osäkert hur mycket av de beslagtagna drogerna som var tänkta att säljas i Malmö. Vi redovisar därför enbart beslagstatistik om heroin som är gjort av malmöpolisen.

Vi har lagt till en femte sällan använd källa, nämligen missbrukarna själva. Vi har talat med några personer som är heroinmissbrukare sedan början på åttiotalet och som borde ha en mycket god insyn i utvecklingen.

Vi hoppas med hjälp av dessa fem källor kunna ge en någorlunda verklighetstrogen bild av utvecklingen i Malmö på nittioalet.

## **TILLFÄLLIGT/EXPERIMENTELLT MISSBRUK BLAND UNGDOMAR.**

Uppgifter om det tillfälliga eller experimentella missbruket bland ungdomar bygger huvudsakligen på enkätundersökningar bland

---

<sup>4</sup>Case-finding betyder enkelt uttryckt att man tar reda på hur många fall (cases) det finns.



slumpmässigt utvalda skolungdomar. Sedan 1971 har årliga undersökningar genomförts av skolungdomars alkohol -, narkotika -, tobaks - och sniffningsvanor i årskurs 9 samt vartannat år i årskurs 6. I CAN-rapporten för 1995 redovisas att den högsta andelen bland pojkar (14%) och flickor (11%) i årskurs 9 som har prövat narkotika finns i Malmö storstadsområdet (Malmö, Lund, Trelleborg). Även när det gäller hembränt och användning av sömn/lugnande medel ligger Malmöregionen högst.<sup>5</sup> Siffrorna för 1996 i Malmö är: 12% pojkar och 13% flickor.<sup>6</sup>

I CAN-rapporten redovisas inga uppgifter om Malmö stad. För sådana få vi vända oss till en lokal undersökning. Socialmedicinska avdelningen vid Malmö skolor har 1994 genomfört en totalundersökning om drogvanor bland skolungdomar i Malmö.<sup>7</sup> Det kan vara intressant att jämföra resultaten från denna undersökning med CANs årliga undersökningar.

Eleverna som har svarat på enkätfrågor kommer från årskurs 6 (N=1972), årskurs 9 (N=1734) och årskurs 2 på gymnasiet (N=2036).<sup>8</sup> Svaren jämförs med en undersökning i Malmö från 1988. Delvis har samma frågor används som i CANs landsomfattande undersökning för att kunna jämföra resultaten. Ett observandum är att undersökningen i Malmö genomfördes i september 1994 medan CAN undersökningen görs i mars månad.

När det gäller årsklass 6 fanns inga större skillnader mellan Malmö och övriga landet.

I årsklass 9 fanns det större skillnader.

På frågan: *Har du använt narkotika?* svarade eleverna i Malmö följande:

---

<sup>5</sup>Skolelevers drogvanor 1995. CAN 47

<sup>6</sup> Stockholmsområdet pojkar 11%, flickor 9%. Göteborg pojkar 11%, flickor 4%. Uppgifter från Barbro Andersson, CAN.

<sup>7</sup>Drogvanor bland Malmöelever. Hösten 1994

<sup>8</sup> N= antal

**Tabell: 1 - Har använt narkotika ÅK 9 (%)**

	Pojkar Åk 9					Flickor Åk 9			
	M-88	M-91	M-94	CAN -94		M-88	M-91	M-94	CAN -94
Ja	8	8.0	11.6	5	Ja	5	10.9	7.9	4
Nej	-	88.9	88.1	-	Nej	-	89.1	92.0	-
Ej svar	-	3.1	0.3	-	Ej svar	-	0	0.1	-
Totalt	-	100	100	-	Totalt	-	100	100	-

Hos pojkar kan en ökning konstateras mellan 1991 och 1994. För flickor gäller det motsatta. Vid en jämförelse mellan CAN och Malmö siffrorna ska man komma ihåg att siffrorna för storstadsområden alltid är högre än för landsbygden. Jämförelsevis kan nämnas att i CAN undersökningen 1993 i Stockholm 9% hade av eleverna i årskurs 9 prövat narkotika.<sup>9</sup>

I CAN undersökningen ingår inte elever i Gy2 och en jämförelse mellan Malmö och resten av landet låter sig därför inte göras. Det finns dock undersökningar bland gymnasieungdomar i Malmö som kan jämföras.

**Tabell: 2 - Har använt narkotika Gymnasieskolan klass 2 (%)**

	Pojkar Gy 2				Flickor Gy 2		
	M-88	M-91	M-94		M-88	M-91	M-94
Ja	16	16.9	22.6	Ja	10	14.3	14.6
Nej	-	83.1	77.2	Nej	-	84.4	85.4
Ej svar	-	0.0	0.2	Ej svar	-	1.3	0.0
Totalt	-	100	100	Totalt	-	100	100

Andelen pojkar som prövat narkotika har alltså ökat kraftigt från 1991 till 1994.

Ovanstående är siffror om ungdomar som går i gymnasiet. För att veta något om gruppen pojkar (18 år) i hela landet finns det årliga

<sup>9</sup>CAN Rapport 40, sid 101. Undersökningen i Stockholm görs vart tredje år.

undersökningar om drogvanor bland de som vid mönstringen har svarat på frågor om de har provat narkotika. Av de som mönstrade 1994 svarade 8.9% ja.<sup>10</sup> Vid mönstringen 1995 uppgav 28.5% av Malmöpojarna att de någon gång hade provat narkotika. För Stockholm var andelen 20.4% och i Göteborg 20.3%. För hela landet var siffran 12%.<sup>11</sup>

I Malmöundersökningen 1994 finns också uppgifter om debutåldern bland äldre ungdomar (ca.18 år) som är mycket intressanta eftersom även uppgifter om flickor ingår.

**Tabell: 3 - Debutåldern (%)**

Malmö1994	Åk 9			Åk 2 Gy	
	Pojkar	Flickor		Pojkar	Flickor
Yngre än 10 år	3.9	0.0	Yngre än 10 år	1.6	0.0
10-12 år	3.9	1.5	10-12 år	0.4	2.9
12-14 år	20.6	39.4	12-14 år	8.5	10.2
14-16	68.6	56.1	14-16	51.6	48.9
Äldre än 16 år	0.0	0.0	Äldre än 16 år	34.3	37.2
Ej svar	2.9	3.0	Ej svar	3.6	0.7
Totalt	100	100		100	100
Antal användare	102	66	Antal användare	248	137

Tyvärr finns inga uppgifter om debutdrogen men vi kan anta att det är hasch.

För såväl Åk 9 som Gy2 gäller att majoriteten har debuterat i åldern mellan 14 och 16.

<sup>10</sup>Rapport nr 4 1996, sid 210, tabell B53

<sup>11</sup> Uppgift av Ulf Guttormsson. CAN 1997.

Markant är den höga andelen som prövat narkotika för första gången efter grundskolan. Dvs i en ålder som i CANs årliga undersökningar är osynlig.

Tabellen visar också att andelen som har prövat i åldersintervallen 12-14 år för årsklass 9 är betydligt högre än för gymnasieelever. I Malmörapporten förklaras detta delvis genom att en del av Åk 9 inte går vidare till gymnasiet.

Frågan om debutåldern har också ställts i 1994 års CANs undersökning i årsklass 9 där 74% av pojkarna och 71% av flickorna av de som uppgett narkotikaanvändning debuterade i åldern 14-15.<sup>12</sup>

### TUNGT MISSBRUK

För att beskriva utvecklingen i Malmö när det gäller tungt missbruk av narkotika finns det olika källor att tillgå. Först behövs dock en definition av ordet *"tungt missbruk"*. För jämförelsens skull använder vi samma definition som i de två landsomfattande UNO-undersökningar; *"Allt injektionsmissbruk, oavsett medel, och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt"*.<sup>13</sup>

1977 genomfördes på uppdrag av Malmö socialförvaltning en case-finding undersökning för att kartlägga det tunga missbruket i staden. Ett resultat var att 722 personer regelbundet använde opiater (30%), centralstimulantia (50%) eller cannabis.<sup>14</sup> Någon mörkertalsberäkning gjordes inte i denna undersökning.

Den landsomfattande UNO undersökningen 1979 visade en ökning till 1100 - 1500 personer.<sup>15</sup>

En kartläggning från 1987 redovisade en ökning med ett hundratal sedan 1979.<sup>16</sup> I dessa siffror ingår ett uppskattat mörkertal.

<sup>12</sup>CAN Rapport 47, sid 143, tabell 29

<sup>13</sup> Alkohol- och Narkotikautveckling 1996, rapport nr 4, sid 115.

<sup>14</sup> Svensson B, Norén A. Tunga narkotikamissbrukare i Malmö 1977. Malmö socialförvaltning. Malmö 1977.

<sup>15</sup> Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1980. Tungt narkotikamissbruk - en totalundersökning 1979

I undersökningen 1992 (UNO 2) ingår en särredovisning för Malmö. Där uppges att mellan 1100 och 1300 av Malmös invånare kan betraktas som tunga missbrukare, således en liten minskning. Nästan alla var injektionsmissbrukare. Blandmissbruk var mycket vanligt, 87% uppgavs missbruka två eller flera preparat. Cannabis (79%), centralstimulantia (84%) och opiater (44%) användes mest.

I den för oss intressanta gruppen heroinmissbrukare (469 personer) injicerar 407 och röker 163 vilket betyder att en del gör både och. Tilläggsas kan att i Malmö var av det totala antalet inrapporterade personer med ett tungt missbruk 44% opiatmissbrukare medan siffran för hela landet var 34%. När det gäller könsfördelningen är det intressant att en högre andel kvinnor (54%) än män (41%) inrapporterats för opiatmissbruk. För hela gruppen tunga missbrukare (oavsett preparat) är siffrorna 79% män resp 21% kvinnor.<sup>17</sup>

För vår undersökning är det intressant att känna till åldersfördelningen i gruppen tungt missbruk i Malmö enligt UNO 2. Denna finns i nedanstående tabell.

**Tabell: 4 - Ålder och tungt missbruk**

Ålder	Antal	%
- 14 år	-	-
15-17 år	3	0
18-19 år	18	2
20-24 år	81	8
25-29 år	204	19
30-34 år	304	29
35-39 år	233	22
40-44 år	113	11
45-49 år	57	5
50- år	52	5
Totalt	1065	~100

<sup>16</sup>Alvar Norén. Narkotikamissbrukets omfattning i Malmö

<sup>17</sup>Olsson O, Byqvist S och Gomér G 1993. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992

Ovanstående siffror gäller personer med ett tungt missbruk som är kända hos myndigheter. Andelen under 25 år i Malmö är 10%.<sup>18</sup> I hela landet 9%.<sup>19</sup> Dessa siffror användes till att dra slutsatsen att nyrekryteringen bland ungdomar under 80-talet i stort sett hade upphört. Undersökningen genomfördes under 1992 och redan då förekom uppgifter om ett ökande missbruk bland ungdomar och då i synnerhet bland andra generationens invandrare. I ljuset av detta blir det intressant att veta om man på Avgiftningen har märkt någon förändring i patientgruppen när det gäller åldern.

### Vårdsökande i Malmö

Mellan 1993 och 1996 har 782 personer kontaktat avdelningen för att avtala en tid för ett informationssamtal på avdelningen ( för informationssamtal se kapitel 2).

**Tabell: 5 - Vårdsökandens ålder**

N= 733	1993	1994	1995	1996
genomsnitt	31.2	31.3	31.4	31.2
median	31	32	31	31

Om 49 personer saknas uppgifter.

Vid tolkning av data från Avgiftningen gäller restriktionen att det gäller personer som har sökt vård. Huruvida denna grupp är representativt för alla missbrukare i Malmö har vi ingen möjlighet att bedöma. På grund av gruppens storlek vill vi dock hävda att man kan ta trenderna i materialet på allvar.

Ovanstående tabell visar med all tydlighet att genomsnittsåldern/median bland de som har sökt vård i stort sett är detsamma genom åren. Eftersom en stigande genomsnittsålder allmänt anses vara ett tecken på att rekryteringen av ungdomar har minskat kan detta innebära att i Malmö har en sådan rekrytering ökat.<sup>20</sup>

<sup>18</sup>CAN Rapportserie nr 34, sid 115.

<sup>19</sup>CAN Rapportserie nr 28, sid 27.

<sup>20</sup>För hela Sverige var i 1992 genomsnittsåldern 32 år. CAN Rapport-serie nr 40, sid 100

## HEROINMISSBRUK I MALMÖ

En historisk tillbakablick visar att det i Sverige funnits två områden där opiatmissbruk har fått fotfäste, nämligen Stockholms - och Malmö/Lund/Helsingborgs området. Opiatmissbruk och från 1975 heroinmissbruk har aldrig varit dominerande i Sverige. När det gäller tunga droger var och är amfetamin svenskarnas illegala favoritdrog.

Det verkar dock som om amfetamin håller på att förlora sin position som dominerande drog i Sverige och ersätts av heroin.<sup>21</sup> I alla fall bland de missbrukare som är kända av myndigheterna. Mot bakgrund av uppgifter om ett tilltagande heroinmissbruk samt att vår undersökning handlar om heroinmissbruk är det intressant att titta på utvecklingen i Malmö när det gäller heroin.

### Tillgång

Med hjälp av de källor som står till buds ska vi nedan försöka forma oss en bild av utvecklingen när det gäller tillgång, priset på och kvalitet av heroin i Malmö.<sup>22</sup>

Redan på sjuttioalet rapporterades att handel med heroin i Malmö till största delen sköttes av utlänningar.<sup>23</sup> Anledningen till detta är att flera olika grupper har direkta kontakter med producentländer och storhandel utomlands. Kontakter som svenska langare endast i undantagsfall har haft innan. Situationen på nittioalet är att all handel i första och andra led numera sköts av utlänningar. Först i tredje eller fjärde led anlitas svenska återförsäljare. Om ett fenomen som förekom på åttiotalet, nämligen att missbrukarna organiserade sig för att handla i Köpenhamn eller organiserade inköpsresor till Amsterdam, har vi inte hört talas om på många år. Det är numera mindre riskabelt att köpa heroin i Malmö än att försöka smuggla själv.

<sup>21</sup>Kerstin Käll et al. Läkartidning, volym 93.nr 6. 1996.

<sup>22</sup>Denna delen av rapporten bygger huvudsakligen på information som lämnats av några personer som har lång

erfarenhet av och god insyn i heroinmarknaden i Malmö.

<sup>23</sup>Andersson et al. Sjuttioalets narkomaner, sid 34.

Handel med narkotika kan inte jämföras med ICA och Konsum. Narkotikalangarna konkurrerar inte med varandra på samma sätt som i den vita-ekonomin, t ex genom reklam och prissättning. Eftersom narkotikahandeln är illegal och sker bakom stängda dörrar gäller det för en langare att välja sina kunder med omsorg. Förutom att denna kan betala för varorna krävs att den också kan hålla tätt vid t ex ett polisförhör. En langare löper också risk att bli rånad och är därför försiktig med vem han släpper in. Det är därför inte så lätt att köpa heroin hos andra langare och ofta krävs rekommendationer från andra pålitliga personer.<sup>24</sup>

Detta kan förklara varför många unga heroinmissbrukare inte har någon kontakt med äldre missbrukare. De har helt enkelt (ännu) inte visat vad de går för och de flesta äldre langarna säljer av självbevarelsedrift inte till unga missbrukare. Detta bekräftas av att många äldre heroinister som läggs in på Avgiftningen inte känner de unga. Det verkar som om de unga heroinisterna har byggt upp sina egna försäljningsnät och att det finns relativt många s.k. "ett grams dealare".<sup>25</sup>

Dessa förhållanden har medfört att narkotikahandeln består av flera av varandra oberoende kretsar. Missbrukarna själva handlar oftast hos en eller två langare.

Tillgången verkar dessutom vara jämnt fördelad mellan flera olika grupper vilket betyder att tillslag som polis och tull ibland gör enbart har en marginell effekt på tillgången på heroin. En märkbar effekt blir det först vid tillslag högre upp i hierarkin och då hos olika grupper inom kort tid. Effekterna är dock aldrig varaktiga utan det beslagtagna heroinet och de fängslade langarna ersätts snabbt.

---

<sup>24</sup>Se också Bengt Svensson, 1996, 309 ff)

<sup>25</sup>Med detta menas att det finns många som när de har ett gram heroin försöker sälja en mindre del för att själv kunna finansiera sitt missbruk.



## Prisutveckling

I regel talar man om priset på gatan. Detta kan felaktigt ge intrycket av att handeln med heroin i Malmö pågår på gatorna. I motsats till t ex i Stockholm är det svårt att hitta någon på gatan i Malmö som säljer heroin. Handeln pågår i lägenheter. Detta är en konsekvens av polisens aktiviteter. Däremot kan man i vissa bostadsområden, på diskotek och kaféer komma i kontakt med personer som vet var man kan köpa heroin. Vi använder ordet gatunivå för att antyda försäljning till missbrukare.

En missbrukare köper oftast inte ett helt gram utan vill först och främst tillgodose sitt omedelbara behov av heroin. Priset anges då ofta inte i gram utan vad man betalar för en viss mängd, t ex en hatt (ca  $\frac{1}{4}$  dels gram). Detta innebär att det blir dyrare än om någon har råd att köpa ett helt gram eller flera gram på en gång (mängdrabatt). Våra källor hanterar grampriser och för tydlighetens skull anger vi grampriset. Vidare är priserna som nämns nedan ungefärliga. Det kan förekomma skillnader beroende på vilken försäljningskrets missbrukaren handlar av samt inköpsmängden.

1990 låg priset på gatunivå kring 1000-1200 per gram. Det var ovanligt att heroinet såldes gramvis till missbrukarna, det rörde sig i stället om mindre mängder (hattar). De flesta hade inte råd att köpa gram. Att sälja små mängder till många kunder är mera riskfyllt men ger också större vinst. I slutet av år 1990 blev det vanligare att langarna sålde ett eller fler gram åt gången. Detta kan bara förklaras av sjunkande priser och större tillgång. Heroin som såldes på redovisning kostade 900 per gram för 5 gram och 800 per gram för 10 gram.<sup>26</sup>

Om 5 eller 10 gram förr var mycket att sälja på en redovisning anger våra källor att kring 1994 kunde betydligt större mängder överlåtas utan större diskussioner. Inköpspriset per gram blir då ca 500 kr. 1996

<sup>26</sup>Eftersom myndigheter av förklarliga skäl har dålig insyn i heroinhandel bedöms ofta priserna som en indikator på tillgången på heroin. Härvid utgår man från marknadsprincipen att stor tillgång ger lägre priser och tvärtom. Om detta antagande stämmer borde slutsatsen bli att tillgången har ökat under nittiotalet.

låg priset på ett kilo heroin kring 300 000 kr. Priset per gram mellan 800 kr och 900 kr. Priset på heroin har alltså gått ner kraftigt på nittioalet. Något som Malmö inte är ensamt om. Samma fenomen har observerats runtom i Europa.<sup>27</sup>

En konsekvens av den ovan beskrivna marknadstrukturen är att det tar tid innan priset på heroin går ner i hela stan. Att sådant ändå har skett under 1994 förklaras av våra källor av kriget i Bosnien. Att det finns ett starkt samband mellan heroinhandel och olika krigssituationer är ett välkänt faktum. Så beslagtogs polisen 1996 i närheten av Malmö två kilo heroin hos langare med anknytning till PKK och Kurdistan.

### **Kvalitet**

Tyvärre finns det inga systematiskt insamlade uppgifter om renheten av heroin som polisen beslagtar eftersom detta inte har någon betydelse för rättegången. Goldstein uppger att Statens kriminaltekniska laboratorium bara gör analyser på heroinbeslag över fem gram (Goldstein 1993). Därför är det svårt att säga någonting om renheten av heroin som säljs till missbrukare i Sverige och vi måste helt lita till skattningar som våra källor gör. I Danmark däremot följer man systematiskt kvaliteten av heroin som säljs på gatunivå. Renheten i Köpenhamn varierade 1995 mellan 2% och 77%. (Kaa et al. 1996)

Kvalitén på heroin kan delas in i två klasser;

- vitt heroin från trakten kring Thailand (no 4) som kan lösas i vatten och kallas "vitt", "Thai" eller "Thaismack".
- det ibland gult färgade "Chinese Rocks" (no 3) eller "Brown sugar" som också kan rökas eller sniffas. Det är halvfärdigt heroin som kan beskrivas som heroinbas och som behöver värmas och lösas i vatten och citronsyra (askorbinsyra). Kallas "brunt heroin".

Heroin av klass 3 är det vanligast förekommande i Malmö och kan båda rökas och injiceras. Det är svårt att uppskatta styrkan utan laboratorieprover men våra källornas uppgifter varierar från mellan ca

---

<sup>27</sup>EMCDDA, Lissabon 1996

5% till 30%, en annan uppskattning ligger mellan 40% och 60%. Som ursprungsland nämns övervägande Turkiet. Med detta menas att Turkiet är den stora marknaden medan heroinet förutom i Turkiet också produceras i t ex. Afghanistan eller Pakistan.<sup>28</sup>

### Beslag

Vi har inledningsvis nämnt att beslagstatistik är problematisk att använda i detta sammanhang eftersom beslag av tull och polis kan vara avsedda för andra marknader än den i Malmö. Av den anledning redovisas bara för beslag som polisen har gjort i Malmö.

**Tabell: 6 - Beslag av heroin i Malmö (1990-1996)<sup>29</sup>**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
antal beslag	10	53	45	61	83	148	142
antal gram	175	1290	306	75	251	1233	1726

Det är främst det ökade antal beslag som är intressanta. Den kraftiga ökningen 1995 har förmodligen ett samband med en intensifiering av polisinsatserna (1994 blev gatulangnings-gruppen åter verksam, men var också ett år med en omfattande omorganisation av polisen) men vi tycker ändå att tabellen bekräftar den bilden som våra källor har förmedlat.

### Vårdsökande

Vi kan tillägga ytterliga en källa som kan säga någonting om utvecklingen på nittioalet, nämligen andelen heroinister bland personer som har sökt hos Avgiftningen. Endast personer som har sökt vård för första gången ingår i tabellen.

<sup>28</sup>Man kan också ange produktionsområden av "Thai" och "Chinese Rocks" som den "Gyllene Triangeln" medan för produktionsområden av turkiskt heroin namnet "den Gyllene Halvmånen" används.

<sup>29</sup>Uppgifter från Lennart Sverremo, länsnarkotikaroteln. 20-01-97

**Tabell: 7 - Preparat hos vårdsökanden (%)<sup>30</sup>**

N= 716	1993	1994	1995	1996
heroin	47.7	45	52.4	60.1
amfetamin	31.8	30	30.6	18
hasch	10.6	6.3	3.4	5.5
tabletter	1.8	2.5	0.7	1.6
alkohol	0.7	1.3	1.4	0
blandmissb	2.5	5.1	2.7	6.3
heroin/amf	1.4	5.7	3.4	1.6
hasch/amf	3.5	4.4	5.4	7.0
Totalt	100	100	100	100

Om 66 personer saknas uppgift.

Tabellen visar tydligt att andelen heroinister som har sökt har ökat med åren och speciellt under 1996 dominerar starkt. Visserligen är heroinmissbrukare den mest vårdkrävande gruppen men vi kan inte förklara uppgången på något annat sätt än genom ett tilltagande heroinmissbruk i Malmö.

### **UNGA MISSBRUKARE BLAND AVGIFTNINGENS PATIENTER**

Ovanstående gäller hela gruppen som har sökt. Hur är då utvecklingen bland unga missbrukare i Malmö?

Vi har tidigare redovisat vad som är känt om tillfälligt/experimentellt missbruk bland ungdomar som fortfarande går i skolan. För att få en bild av utvecklingen bland lite äldre ungdomar har vi ur gruppen på 782 personer lyft ur individer som är födda 1970 och senare. Vi har inga uppgifter om fördelningen första/andra generationens invandrare i denna grupp.

---

<sup>30</sup>Indelat efter dominerande preparat.

**Tabell: 8 - Preparat bland ungdomar (%)**

N=149	1993	1994	1995	1996
heroin	59	48.6	55.9	70.7
amfetamin	20.5	11.4	20.6	7.3
hasch	10.3	5.7	5.9	9.8
tabletter	-	5.7	-	-
alkohol	-	-	-	-
bland	2.6	11.4	2.9	2.4
heroin/amf	-	5.7	2.9	2.4
hasch/amf	7.7	11.4	11.8	7.3
Totalt	~100	~100	~100	~100

Om sex personer saknas uppgift.

Bland de ungdomar som har sökt är andelen heroinister ännu större än bland de äldre. Om vi jämför detta med tabell 8 om fördelningen av preparat i hela gruppen är det markant att amfetamin hos ungdomar verkar spela en ännu mindre roll som missbrukspreparat än hos de äldre missbrukarna och har blivit ersatt av heroin.

**Tabell: 9 - Ungdomarnas genomsnittsåldern**

N= 155	1993	1994	1995	1996
genomsnitt	20.8	21.5	22.5	22.3
median	21	22	23	22.5

Det har skett en långsam ökning som bryts i 1996 då genomsnittet är något lägre än året innan. Det är för tidigt att säga om denna nedgång är bestående. I klartext betyder detta att genom-snittsåldern bland de som sökt vård har sjunkit något.

Ett annat sätt att få en bild av utvecklingen av heroinmissbruk i Malmö är att undersöka under vilket år debuten har skett.

**Tabell 10 - Årtal för heroindebut**

N=50	antal	%	svensk	2:a gen
1985	1	2	-	1
1986	3	6	1	2
1987	2	4	-	2
1988	2	4	1	1
1989	5	10	2	3
1990	2	4	-	2
1991	9	18	5	4
1992	8	16	5	3
1993	10	20	6	4
1994	4	8	2	2
1995	4	8	3	1
Totalt	50	100	25	25

Det stora flertalet (70%) har debuterat på nittiotalet och framförallt 1991, 1992, 1993. Ovanstående tabell bekräftar utvecklingen som beskrivits ovan, nämligen att tillgången på heroin har ökat på nittiotalet. Tabellen visar också att debutåren hos andra generationens invandrare är jämnare fördelad över tid medan ungdomar med svensk bakgrund huvudsakligen har debuterat under nittiotalet.

### INVANDRARBAKGRUND

Utifrån vår frågeställning om det finns skillnader mellan svenska ungdomar och ungdomar av andra generationens invandrare är det viktigt att titta närmare på missbrukare med utländsk bakgrund i Malmö.

Innan vi börjar med att redovisa siffrorna om missbrukare med utländsk bakgrund är det viktigt att klargöra vad som menas med invandrare av första och andra generationen.

I en särredovisning från UNO-undersökningen 1992, "Narkotikamissbruk bland invandrare" definieras begreppen på följande sätt; "Första generationens invandrare är att "personen själv" kommer från annat land. Andra generationens invandrare

*innebär att "föräldrarna / någon av föräldrarna kommer från annat land" eller om "både personen själv och föräldrarna kommer från annat land".*<sup>31</sup>

Eftersom många av våra data kommer att jämföras med den ovan nämnda rapporten har vi valt att tillämpa denna breda definition.

Av de ungdomar med utländsk bakgrund som ingår i vår undersökning är flertalet antingen födda i Sverige eller har kommit till Sverige vid tidig ålder under sjuttioalet. Samtliga tillhör vad man kallar "andra generationens invandrare". Därför är det meningsfullt att kort beskriva under vilka förhållanden deras föräldrar flyttade till Sverige.

I "Den andra flykten" anger Stig Helling tre faser för att beskriva invandringen till Sverige efter andra världskrigets slut.<sup>32</sup>

□ Fram till sjuttioalets början behövde den svenska industrin arbetskraft som främst rekryterades från Finland, Italien, Jugoslavien och Grekland. Denna grupp betraktades som "gästarbetare". Nya bestämmelser 1972 medförde att denna typ av invandring nästan upphörde.

□ Nästa period varade till början av åttiotalet och bestod av en invandring av nära släktingar till de som hade invandrat tidigare, s.k. "anhöriginvandring". En annan grupp var människor som flydde undan kriser i olika delar av världen. T ex Ungernupproret 1956, militärkuppen i Grekland 1967, händelser i Polen och Tjeckoslovakien samt kuppen i Chile 1973.

□ Den tredje fasen från 1984 tills i dag domineras helt av gruppen asylsökande.

Eftersom de ungdomar som ingår i vår undersökninggrupp är födda på 70-talet och har gått i svensk grundskola betyder detta att föräldrarna

<sup>31</sup>CAN Rapport 41, sid 12

<sup>32</sup>Stig Helling, Den andra flykten, sid 9

till den nya generationens heroinmissbrukare med utländsk bakgrund rimligtvis tillhör de två första grupperna.

## **ANDRA GENERATIONENS INVANDRARE**

Vår undersökningsgrupp består uteslutande av andra generationens invandrare. Vad finns det för uppgifter om dessa på lokal- och riksnivå?

Vi kan börja med att konstatera att forskningen om andra generationens invandrare och narkotikamissbruk är ganska ringa. Detta trots att denna grupp ofta nämns i samband med ett ökat heroinmissbruk i Sverige. Vi har bara kunnat hitta en systematisk jämförelse mellan svenska och grekiska ungdomar.<sup>33</sup> Undersökningen är gjord i Stockholm 1987 av Joanna Giannopoulou. Studien kunde inte påvisa några skillnader när det gäller narkotikaanvändningen i de båda grupperna. Däremot fanns det skillnader angående vilka faktorer som påverkade användningen av droger (inkl. hög konsumtion av alkohol). De variabler som var relaterade till drogmissbruk hos grekiska ungdomarna var: låg självkänsla, social missanpassning, avsaknad av en stödjande omgivning och känslan av dubbelt främlingskap.

Hos svenska ungdomar kunde andra faktorer relateras till drogmissbruk: depressiva symtom, ångest, sömnlöshet, dåliga skolbetyg, skolk, missnöje med skolresultat.

Sammanfattningsvis kan sägas att hos grekiska ungdomar var den kulturella anpassningen ett problem medan psykiska faktorer för svenska ungdomar verkar spela en viktig roll.

Giannopoulous undersökning skiljer sig från vår i ett antal avseenden. Hennes undersöknings-grupp bestod av gymnasieelever vilket utgör en stark selektion. En stor del av vår undersökningsgrupp har inte klarat av grundskolan. Vidare består vår undersökningsgrupp av

---

<sup>33</sup> Joanna Giannopoulou. En jämförelse av drogvänor.



heroinmissbrukare varav åtminstone en del kan betraktas som tunga missbrukare. Undersökningen handlar om grekiska ungdomar medan i vår undersökning 13 nationaliteter är representerade.

I boken *Exil, Kultur och Drogmissbruk* skriver Riyadh Al-Baldawi om andra generationens invandrare att de lever ett dubbelt liv jämfört med svenska ungdomar. Hemma har de föräldrarnas kulturella identitet och i skolan en svensk identitet. Denna situation kan leda till inre konflikter som blir större om skillnaderna mellan kulturerna är större.<sup>34</sup>

Al-Baldawi redovisar också en studie om avgiftning av narkomaner på Sabbatsberg där uppgifter om invandrare ingår. Den lämpar sig dock inte som jämförelsematerial med vårt eftersom den behandlar perioden 1987 - 1991, alltså innan perioden där ökningen av heroinmissbruk tog fart. För det andra är huvuddelen av patientgruppen första generationens invandrare.

I Stig Hellings rapport "Den andra flykten" nämns flera faktorer som kan bidra till att andra generationens invandrare kan utveckla en låg självkänsla och social sårbarhet:

- Identitetsdilemmat. Att inte känna sig som riktiga svenskar men inte heller som riktiga greker, chilener, kroater etc.
- Utanförskapet. Att bli mobbad för sitt utseende, beteende eller namn kan leda till isolering från "vanliga ungdomar" och deltagande i andra utstötta avvikande gäng.
- Halvspråkighet. Ett handikapp som försvårar livet i skolan och på arbetsmarknaden.<sup>35</sup>

Flera författare har också framhållit att andra generationens invandrare anammar den svenska missbrukskulturen där alkohol och amfetamin

---

<sup>34</sup> Riyadh Al - Baldawi, 1994 , sidan 12 ff

<sup>35</sup> Den andra flykten. SoS-rapport 1995:6, sid 51

dominerar, samtidigt som de behåller de droger som används i deras egen etniska grupp.<sup>36</sup> Detta leder till ett utpräglat blandmissbruk.

Det finns självklart mycket mer att säga om andra generationens invandrare och deras situation. Vi vill dock i detta sammanhang begränsa oss till ovanstående punkter eftersom det i vår undersökning kommer att visa sig att just dessa har stor betydelse.

En annan fråga är hur länge någon ska fortsätta anses ha utländsk bakgrund och när han/hon får svensk bakgrund. En arbetsgrupp inom Invandrarverket har nyligen föreslagit en ny indelning av invandrare. I denna utsluts de som har en förälder med svensk bakgrund.<sup>37</sup> För vår undersökningsgrupp skulle den föreslagna indelningen inte innebära några stora förändringar. Endast två ungdomar med nordisk bakgrund har en svensk förälder. Resten har två föräldrar med utländsk bakgrund.

Viktigt är också att framhålla att undersökningar om missbruk bland invandrare är behäftade med speciella problem.

I rapporten ”Narkotikamissbruk bland invandrare” diskuteras några fallgropar. När det gäller jämförelser av statistiska uppgifter mellan svenskar och invandrare är det viktigt att komma ihåg att invandrare och flyktingar ofta är i åldern 20-40 år. Denna är också den största åldersgruppen med narkotikamissbruk. Andelen svenskar av normalbefolkningen är 52% i åldern 0-39 medan 80% av de utländska medborgarna finns i samma åldersintervall.

Dessutom är invandrare och flyktingar ofta ensamstående män, en grupp som löper större risk att bli missbrukare.<sup>38</sup>

En annan faktor av betydelse är att i UNO-undersökningen polisen rapporterade första generationens utomnordiska invandrare, flyktingar och andra generationens invandrare i långt större utsträckning än

<sup>36</sup> Al-Baldawi 1994, sid 15. Anders Hjern. Migrationsmedicinsk forskning, 1995, sid 32.

<sup>37</sup> Sydsvenska Dagbladet. 09-03-1997.

<sup>38</sup> CAN Rapport 41, sid 14

svenskar. De har en högre grad av ”synlighet” än svenskar hos samhällets kontrollorgan.<sup>39</sup> Med andra ord löper invandrare större risk att bli inrapporterade av myndigheter än personer med ett svenskt utseende.

### **Invandrare och tungt missbruk**

Vid tidpunkten då UNO 2 genomfördes (1992) uppskattades antalet personer med någon form av invandrarbakgrund till 16% av den totala befolkningen.<sup>40</sup> När det gäller kategorien tungt missbruk var andelen invandrare 18% som därmed var något överrepresenterad i förhållande till deras andel av den totala befolkningen.

Om man tar hänsyn till ålder gäller att första generationens utomnordiska invandrare över 25 år är underrepresenterade i gruppen vuxna missbrukare i förhållande till deras andel av befolkningen. För andra generationens invandrare under 25 år med såväl nordisk (Finland, Danmark, Island, Norge) som utomnordisk bakgrund gäller det motsatta.<sup>41</sup> Denna grupp är klart överrepresenterad. Av missbrukare under 25 år hade 9% svensk bakgrund, 16% nordisk bakgrund och 21% utomnordisk bakgrund.<sup>42</sup> Detta innebär att nyrekryteringen bland ungdomar med utomnordisk invandrarbakgrund ligger på en högre nivå än bland ungdomar med svensk - och nordisk bakgrund.

### **Situationen i Malmö**

När det gäller invånare med utländsk bakgrund (utländska medborgare eller utländsk härkomst) 1992 i Malmö tillhörde 22.3% denna grupp (genomsnittet för riket var 16%). Fördelningen inom gruppen med utländsk bakgrund visar stora skillnader mellan Malmö och övriga Sverige. Av Sveriges invånare med utländsk bakgrund hade 39% nordisk - och 61% utomnordisk bakgrund. I Malmö var 20.6% av nordisk och 79.4 % av utomnordisk härkomst.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> ibid, sid 37

<sup>40</sup> ibid, sid 13

<sup>41</sup> ibid, sid 36

<sup>42</sup> ibid, sid 24

<sup>43</sup> Malmö Stad. Stadskontoret, Henry Lindelöf

Fördelningen i Malmö på sjuttioalet mellan nordisk och utomnordisk härkomst är av betydelse för deltagarna i vår undersökningsgrupp, som är födda 1970 eller senare. Gruppen nordiska invandrare utgjorde då drygt en tredjedel av andelen utländska medborgare. Detsamma gäller för invandrare från öststaterna.<sup>44</sup> 1980 hade 26.6% av invandrarna i Malmö nordisk bakgrund medan de från öststaterna ökade till 41.4%. Utmärkande för Malmö är därmed den höga andelen utomnordiska invandrare. Detta är viktigt eftersom man kan anta att kulturskillnaderna är större hos denna grupp.

När det gäller andelen som har ett tungt missbruk och invandrabakgrund är denna högre i Malmö än i övriga landet. Av i Malmö inrapporterade tunga missbrukare har 307 personer (29%) utländsk bakgrund (hela landet 18%). Detta innebär att de är något överrepresenterade i förhållande till sin andel av Malmös befolkning (22.3%). Av de 307 personerna kom 102 från ett nordiskt (33%) och 204 från ett utomnordiskt land (66%). Hela landet 48.5% resp. 50%.<sup>45</sup>

Även andelen unga missbrukare med invandrabakgrund är överrepresenterad i förhållande till deras andel av den totala befolkningen. I UNO 2 var 55% andra generationens invandrare<sup>46</sup>, i Malmö 85.3%.<sup>47</sup>

Hittills har jämförelse mellan Malmö och övriga Sverige berört situationen under 1992. Frågan om utvecklingen i Malmö sedan dess kan delvis besvaras med uppgifter om missbrukspreparat och nationalitet inom gruppen (N= 782) som har sökt sig till Avgiftningen mellan 1993 och 1996. Vi har inga uppgifter om fördelningen första/andra generationen i denna grupp.

---

<sup>44</sup>Henry Lindelöf, Stadshuset, Malmö. Enbart utländska medborgare. Från 1990 används termen utländsk

bakgrund. I Malmö räknas barn till invandrare som utländsk bakgrund fram till att de fyller 18 år.

<sup>45</sup>CAN Rapport 34, sid 118

<sup>46</sup>ibid, sid 118

<sup>47</sup>ibid, sid 116, tabell 1280

**Tabell: 11 - Utländsk bakgrund hos vårdsökande (%)**

N= 778	1993	1994	1995	1996
Sverige	75.2	76.6	67.7	60.6
Norden	5.2	0.6	1.9	7.0
Västeuropa	1	1.7	1.9	1.4
Sydeuropa	2	5.1	0.6	-
Östeuropa	11.1	9.7	16.1	19.0
Afrika	0.7	0.6	1.3	1.4
Mellanöstern	3.3	2.9	4.5	2.8
Latinamerika	0.3	0.6	2.6	2.1
Nordamerika	-	-	1.3	-
okänd	1.3	2.3	1.9	5.6
Totalt	~100	~100	~100	~100
	N= 306	N= 175	N= 155	N= 142

Om fyra personer saknas uppgift. Endast personer som har sökt för första gången ingår i tabellen.

Tabellen visar tydligt hur sökanden med utländsk bakgrund sakta stiger. Detta ligger i linje med att den totala andelen med utländsk bakgrund i Malmö också har stigit sedan 1992 och under 1996 var 27.1%. Ändå kan man också här tala om en överrepresentation av missbrukare med utländsk bakgrund. Vi vet inte om detta beror på att missbruk oftare förekommer i den här kategorien eller om de söker vård oftare.

Det är också intressant att redovisa fördelningen när det gäller härkomst och preparat.

**Tabell: 12 - Bakgrund och preparat hos vårdsökande (%)**

	1993			1994			1995			1996	
	sv.	utl.		sv.	utl.		sv.	utl.		sv.	utl.
heroin	64.4	35.6	her	60.6	39.4	her	53.2	46.8	her	53.2	46.8
amf.	86.5	23.5	am	89.4	10.6	am	84.4	15.6	am	69.6	30.1
hasch	80	20	ha	100	0	ha	80	20	ha	85.7	14.3
	N= 282			N= 158			N= 147			N= 128	

N=715 Om 67 personer saknas uppgift.

Proportionellt finns det fler missbrukare med utländsk bakgrund än svensk som söker vård för heroinmissbruk. Det är trenden som är intressant och som visar att andelen heroinmissbrukare med utländsk bakgrund har stigit. Uppgången av amfetamin i 1996 bland utländska missbrukare kan förklaras av att det totala antalet amfetaminmissbrukare detta år sjönk drastiskt till 18% av hela gruppen.

Vi kan också se hur fördelningen är i gruppen ungdomar när det gäller utländsk bakgrund.

**Tabell: 13 - Utländsk bakgrund bland ungdomar (%)**

N= 155	1993	1994	1995	1996
Sverige	62.8	62.9	57.1	52.4
Norden	7.0	-	2.9	2.4
Västeuropa	-	-	-	-
Sydeuropa	11.6	14.3	-	-
Östeuropa	14.0	14.3	17.1	28.6
Afrika	-	-	2.9	2.4
Mellanöstern	-	2.9	5.7	4.8
Latinamerika	-	2.9	8.6	7.1
Nordamerika	-	-	2.9	-
okänd	4.7	2.9	2.9	2.4
Totalt	~100	~100	~100	~100

Trenden är att alltfler ungdomar med utländsk bakgrund söker vård. Ungdomar av östeuropeisk härkomst utgör den största gruppen. Detta överensstämmer med deras position som den största invandrargruppen i Malmö.

## **SAMMANFATTNING AV UTVECKLINGEN I MALMÖ**

En jämförelse av undersökningar om drogvanor bland ungdomar på riks - och Malmönivå visar att ungdomarna i Malmö har prövat narkotika i större utsträckning än på annat håll i Sverige. Visserligen testas ungdomar i storstadsområden narkotika i större utsträckning, men även om siffrorna för Malmö jämförs med Stockholm och Göteborg kvarstår skillnaden.

Även när det gäller det tunga missbruket avviker staden i negativ bemärkelse från övriga landet. Det finns fler personer med ett tungt missbruk och deras genomsnittsålder är lägre än i övriga Sverige. Genomsnittsåldern har dessutom varit stabil under åren 1993-1996 hos de som har sökt vård hos Avgiftningen. Detta kan tyda på att en nyrekrytering håller på att ske vilket kan innebära en föryngring i gruppen med tungt missbruk

När det gäller personer med utländsk bakgrund blir den övergripande bilden att Malmö har en större andel missbrukare med utländsk bakgrund från utomnordiska länder samt en mycket större andel andra generationens invandrare än i övriga Sverige.

Även andelen som har sökt vård för heroinmissbruk hos Avgiftningen samt andelen heroinmissbrukare med utländsk bakgrund har ökat år efter år. Denna trend förstärks i gruppen ungdomar födda 1970 och senare.

Tillgången på heroin har ökat kraftigt i Malmö under nittioalet samtidigt som priset har sjunkit.

## 2. Narkomanvården

### EN SAMMANFATTANDE TILLBAKABLICK <sup>48</sup>

Den etablerade narkomanvården har främst arbetat med de första generationerna missbrukare, dvs de födda på 1940-, 50-, och tidigt 60-tal. Trots en god tillgång på allehanda droger så har antalet missbrukare hållit sig ganska konstant under senare delen av 70- och större delen av 80-talet. Samhället kunde erbjuda rätt goda motåtgärder, nyrekryteringen av missbrukare var länge ganska låg och kom framförallt från socialt utsatta grupper. Det var "ute" att röka, dricka och droga sig på olika sätt.

Från och med slutet av 80-talet har det skett en attitydförändring. Konsekvensen kan ses i det ökade antal individer, födda i slutet av 1960-, 70-talen som har etablerat ett intravenöst missbruk av framförallt heroin. Ofta har de också ett stort inslag av läkemedelsmissbruk i form av bensodiazepiner. Det verkar som om detta tablettmissbruk i viss mån har ersatt hasch som debutdrog. Tabletter som i kombination med alkohol ger ett billigt och effektivt rus är idag lätta att få tag på. Det har även blivit modernt med LSD samt nya preparat som ecstasy. Fast att rykten gör gällande att vi har fått ett kokainmissbruk har det inte märkts någon större effekt när det gäller vårdsökande. Ytterst få uppger att de har använt kokain, vilket även kan bekräftas utifrån droganalyser. Troligtvis anses det för dyrt med tanke på den rikliga tillgången av billigt amfetamin.

Många av dem som vi har benämnt som första generationens missbrukare är idag medelålders. De har i vissa fall slutat med sitt missbruk, alternativt styrt över det till alkohol. En del av våra s.k. A-lagare, är före detta narkomaner. Många har dött till följd av sitt missbruk, antingen primärt p.g.a. överdoser och förgiftningar, eller sekundärt genom självmord, olyckor, offer för våldsbrott eller sjukdomar.

---

<sup>48</sup>Innehållet av detta kapitel är en sammanfattning av verksamhetsberättelsen från Avgiftningen 1993.



Oberoende av olika vårdformers innehåll så har de i alla fall hjälpt missbrukarna att överleva. En annan faktor av betydelse är att rehabiliteringsmöjligheterna tidigare var bättre. En bättre arbetsmarknad och bättre utbildningsmöjligheter gav missbrukarna en chans att återvända in i samhällsgemenskapen.

Den nya gruppen unga och tunga missbrukare får det förmodligen besvärligare på den punkten. Konkurrensen på arbetsmarknaden är hårdare idag och många missbrukare kommer ur gruppen som har det svårt att hävda sig även utan missbruk.

### **NARKOMANVÅRDEN I MALMÖ - EN KORT HISTORIK**

Under större delen av 70-talet kunde Malmö inte erbjuda sina narkomaner avgiftning inom den egna sjukvårdorganisationen. Det fanns några enstaka avgiftningsplatser på Psykiatriska kliniken men någon specifik narkomanvårdskompetens utvecklades inte. Från de sista åren på 70-talet köpte Malmö istället platser på avdelning 1F, S:t Lars sjukhus i Lund, och beträffande metadonpatienterna på Ulleråkers sjukhus i Uppsala.

1980 startade Samordnad vård i Malmö med en vårdkedja bestående av rådgivningsgruppen - en lättillgänglig mottagning i socialförvaltningens regi - och fortsatt tillgång till enstaka platser för avgiftning inom psykiatrin. Eftersom dessa roterade mellan avdelningarna utvecklades inte någon specifik narkomanvårdskompetens. Socialförvaltningen drev även två motivationsenheter, 89;an och Norda med fyra respektive sex platser. Rehabiliteringen/behandlingen på dessa enheter varade oftast ett par månader. Härifrån gick man vidare till behandlingshem, familjehem eller ut till eget boende.

1986 kompletterades vårdkedjan med en avgiftningsenhet med socialförvaltningen som huvudman och infektionskliniken som medicinsk konsult. Vården bedrevs utifrån SOL (socialtjänstlagen) och LVM. Narkomanvården sorterade då under vårdbyrån men kom efter decentraliseringen att tillhöra socialdistrikt Centrum.

1991 omorganiserades narkomanvården igen. Rådgivningsgruppen decentraliserades till varje socialdistrikt. 89;an och Norda lades ner, och man skar ner medel till externa placeringar. Under 1992 och 1993 har socialtjänsten byggt upp olika öppenvårdsprojekt och har mycket samarbete med Provita samt driver behandlingsinstitutionerna Avenboken och Sofia.

Årsskiftet 92/93 lämnades huvudmannaskapet för avgiftning över till sjukvården och sorterar nu under Alkohol - och Narkotikakliniken.

### **AVDELNINGENS STRUKTUR, RUTINER OCH ARBETSSÄTT**

Till skillnad mot när det fanns en mer utbyggd och långsiktigt syftande narkomanvård att tillgå, söker i dag många missbrukare själva hjälp för att avgiftas, oftast efter att ha försökt och misslyckats på egen hand.

Avgiftningen presenterar sin målsättning så här:

Vi vill betona att en bra genomförd avgiftning har betydelse för fortsatt rehabilitering och drogfrihet. Idag tror vi att de flesta insett att olika missbrukare inte fungerar likadant, det är ingen homogen grupp, därför finns det ingen patentrösning beträffande bemötande. Istället för att försöka anpassa missbrukaren till ett visst system, vill vi försöka anpassa vården efter de individuella behoven. Att det inte bara handlar om mediciner utan också mycket om ett psykiatriskt omvårdnadsarbete. En behandlingsprocess och ett förändringsarbete som pågår hela dygnet.

Vi vill försöka förmedla en människosyn, inte en metod, utan snarare ett förhållningssätt, att låta patienten ta del av ansvaret när det gäller behandlingen. Vi måste inse att det är en process som i bästa fall är inledningen på ett förändringsarbete över år.

Med tanke på nedskärningen av vårdinstanser för narkomaner som har skett de senaste åren är det viktigt att försöka öka vår kompetens för att arbeta med den stora grupp som går ut till eget boende efter

avgiftningen hos oss och hjälpa dem att knyta an efter vården på avgiftningen. Under dessa år av förändring är vårt samarbete med socialtjänsten av stor vikt.

Avgiftningen erbjuder avgiftning främst för tunga intravenösa missbrukare samt haschmissbrukare. När alkohol eller läkemedel är det primära missbruket så hänvisas patienten till Alkohol - och Narkotikaklinikens akutintag respektive avdelning 2 som har mångårig erfarenhet och kompetens när det gäller dessa grupper. För de som inte behöver sluten vård är Narkomanmottagningen inom kliniken ett öppenvårdsalternativ.

Första kontakten med avgiftningen sker i regel via telefonsamtal, helst från den vårdsökande själv. Man bestämmer tid för ett informationssamtal, missbrukaren kommer till avdelningen och träffar två personal, får berätta om sitt missbruk och behov av avgiftning. Frågor kring vidare planering och beviljat bistånd diskuteras. Personalen presenterar avdelningens rutiner och regler. Ett ömsesidigt informationsbyte sker samt en bedömning av avgiftningsbehovet. Patienten ombeds ringa efter nästkommande rond för att få besked om datum för inläggning. Vår egen erfarenhet pekar på att en planerad inläggning där missbrukaren har en eller ett par veckors betänketid leder till en bättre genomförd behandling. Väntelistan behandlas varje rond. Antalet personer som varit på informationssamtal ställs mot antalet lediga platser.

### **Planerad inläggning.**

Patienten kommer till avdelningen på avtalad tid för att läggas in. Visitationen innebär noggrann genomgång av patientens kläder och tillhörigheter.

Läkarundersökning omfattar:

- somatisk allmäntillstånd
- kroppshålligheter kontrolleras
- psykiskt allmäntillstånd
- patientens sjukdomshistoria

## □ ordination av medicin

Vi tar blodprover och urinprov. Patienten får sitt rum. När tillståndet tillåter visas patienten runt på avdelningen och presenteras för medpatienter och personal. Vi har en genomgång av regler och rutiner.

Själva avgiftningen kompliceras av att många missbrukare, främst heroinister, inte håller sig till rent opiatmissbruk utan drygar ut och blandar med diverse tabletter t ex kodein, metadon, stesolid och rohypnol. Detta kan fördröja abstinensen och därmed föreligger ett förlängt avgiftningsbehov. Känsломässiga komplikationer är mycket vanliga. Känsloerna har reglerats kemiskt med droger. När det gäller heroinister så betyder det avsaknad av känsломässiga relationer. Det hör till att under avgiftningen kommer ångest, rastlöshet och sömnsvårigheter. Missbrukaren känner sig labil och okoncentrerad. Möjligheten att relatera till personal är en mycket viktig faktor.

Varje patient tilldelas två kontaktmän som har omvårdnadsansvaret. Vi strävar efter att ha strukturerade kontaktsamtal ett par gånger i veckan samt vara behjälpliga under vårdtillfället med anhörigsamtal, myndighetskontakter, m.m. Det är vanligt att socialsekreteraren gör besök och fortsätter sin kontakt med sin klient. Samtliga patienter deltar tillsammans med personal i en samtalsgrupp på vardagarna. En veckosamling genomförs på fredagarna för att sammanfatta veckan. Patienterna städar sina rum själva och vissa kökssysslor fördelas inom gruppen.

Utskrivning är oplanerad, när en patient avbryter vården i förtid. En sådan utskrivning behöver inte innebära ett misslyckande. Att sluta missbruka är en omfattande process och avgiftningen utgör bara en begränsad del av denna. Patienten bör ha klart för sig sitt eget ansvar och är välkommen tillbaka.

### 3. Metod

#### URVAL

Undersökningsgruppen består av 25 ungdomar med svensk bakgrund och 25 ungdomar av andra generationens invandrare. Urvalet har varit konsekutivt, det vill säga att ungdomarna har valts ut efter ordningen i vilken de har blivit inlagda efter att Avgiftningen öppnades januari 1993 i sjukvårdens regi. Genom detta urvalsförfarande har vi kunnat följa en stor del av gruppen eftersom de flesta under årens lopp har återkommit till avdelningen.

En begränsning av denna urvalsmetod är att enbart ungdomar som har sökt och fått sjukhusvård för sitt heroinmissbruk ingår. Heroinmissbrukare som inte har sökt vård finns därmed inte representerade. Detta innebär utifrån forskningssynpunkt en selektion som vi inte har haft någon kontroll över. Det är viktigt att vid läsning av rapporten komma ihåg att vårt material kanske inte är representativ för hela gruppen unga heroinmissbrukare som finns i Malmö. Om syftet hade varit att generalisera resultaten till hela gruppen heroinmissbrukare i Malmö skulle en jämförelse mellan vår sjukhusvårdade grupp och en icke sjukhusvårdade grupp behövs genomföras.

Ett annat urvalskriterium är att ungdomarna som ingår i undersökningsgruppen är födda efter 1970, har heroin som huvuddrog samt har svensk bakgrund eller är andra generationens invandrare.

#### DATAINSAMLING

Vid projektets start var tänkt att Dolf Tops och Marianne Silow skulle dela på arbetsuppgifterna. Dolf Tops blev avlönad på deltid av Socialstyrelsen medan Marianne Silows andel ingick i den ordinarie arbetstiden som avdelningsföreståndare. En oväntat kraftig ökning av missbrukare som har sökt vård under 1996 samt organisatoriska uppgifter tog dock så mycket av hennes tid att största delen av

datainsamlingen, intervjuerna, databearbetning samt rapporteringen har gjorts av Dolf Tops.

Både kvantitativa och kvalitativa data har inhämtats om individerna som ingår i undersökningsgruppen.

Kvantitativa data består av uppgifter om ungdomarnas sociala bakgrund, missbruksituationen, vården och uppföljning som har hämtats från journalhandlingar samt befintligt material (kardex, informationssamtalsblanketter, dagbok) på Alkohol - och Narkotikakliniken. Även personalen på avdelningen har lämnat information. Patienter som under projektets gång har varit inlagda på avdelningen har muntligt lämnat uppgifter om så behövdes. För insamling av data om de 50 ungdomarna har ett särskilt formulär konstruerats, kodat med ett individnummer.

Nyckeln till koden som gör det möjligt att koppla personer till formulären har funnits i ett exemplar som förvarades på ett säkert ställe avskilt från formulären så länge datainsamlingen pågick. Efter att insamlingen av data avslutades har uppgifterna kodats in i statistikprogrammet SPSS for Windows för vidare bearbetning.

Vår undersökning är framförallt beskrivande och den statistiska bearbetningen begränsas till frekvensfördelningar samt vissa korstabuleringar med variablerna preparat, kön och etnisk härkomst. Dessutom är gruppen av en sådan storlek (N= 50) att vi inte ansåg det som meningsfullt att genomföra mer avancerade statistiska beräkningar. I varje tabell anges om statistiken innehåller absoluta tal eller procentsiffror.

Kvalitativa data syftar till ge information om hur ungdomarna upplever sin historia och sin nutida situation.

Vi har genomfört 17 tematiserade intervjuer med ungdomar vilket innebär att vi har samtalat kring ett antal av oss förut uppställda tema som; skoltid, hemförhållanden under uppväxten, debut med droger,

kamratkretsen, debut med heroin, övergången mellan att röka heroin och injektion, abstinens, relationer med föräldrar, syskon, kompisar, partner, deras erfarenheter av missbruksvården, deras förväntningar på samhället, framtidsperspektiv, deras lösning på heroinproblemet. Efter de första fyra intervjuerna har vi analyserat dessa och har ett antal nya tema lagts till, t ex erfarenheter av överdoser, betydelsen av rohypnol.

Dolf Tops har genomfört 12 intervjuer som alla har spelats in på band samt skrivits ut i sin helhet. Marianne Silow har intervjuat 5 personer och från dessa samtalen har endast sammanfattningar skrivits. Efter detta har banden, som vi lovade patienterna, suddats ut. Alla intervjuer förutom en har gjorts på avdelningen.

Betydligt fler intervjuer genomfördes med andra generationens invandrare (11) än svenska ungdomar (6). En anledning till denna ojämna fördelning är att vi var hänvisade till de ungdomar som blev inlagda på avdelningen och stannade så länge att en intervju kunde genomföras. Bland de sammanlagt 17 intervjuerna finns 5 ungdomar ( fyra andra generationens invandrare och en med svensk bakgrund) som inte ingår i undersökningsgruppen om 50 personer. Dessa fem blev inlagda efter att undersökningsgruppen var utvald.

Den kvalitativa delen av undersökningen innebär också flera urvalsmoment. Ett sådant är personer som inte vill bli intervjuade. Av de tillfrågade har ingen avböjt att bli intervjuad.

Ett annat är när vi har gjort bedömningen att det p.g.a. av patientens tillstånd var olämpligt att intervju och hennes/hans intresse gick före undersökningens. En tredje är när patienten avbryter avgiftningen under de första dagarna och vi inte har hunnit att fråga. Detta är dock inget större problem eftersom många hade mer än ett vårdtillfälle under året som undersökningen pågick.

Alla tillfrågade patienter har utförligt informerats om syftet med undersökningen, intervjuerna och de tema vi ville samtala om. Vi har också varit noga med att förklara hur deras utsagor skulle komma att

användas i rapporten. Patienten har fått välja plats och tid. Tiderna för intervjuerna bestämdes minst en dag innan och innan intervjuens start har patienterna tillfrågats om de kända sig tillräckligt friska för att kunna ställa upp. Om inte bestämdes en ny tid. Alla intervjuerna inleddes med en upprepning av syfte och tema. Alla tillfrågade har själva fått bestämma om deltagandet och har utan tvekan ställt upp. Alla patienter förutom en har samtyckt till att samtalen spelades in på band.

Analysen av intervjuerna har gått till så att vi har läst igenom texterna och delat upp innehållet efter de tema som var bestämt innan. Efter genomförandet av intervjuerna har vi både var för sig och tillsammans genomläst och analyserat texterna med hjälp av de tema som vi har ställt upp. Resultaten av analysen redovisas löpande i texten tillsammans med de kvantitativa data.

## **ETISKA ASPEKTER**

Ett problematiskt förhållande uppstår när personer som har anknytning till avdelningsarbete ska intervjua patienter som vistas på samma avdelning. I denna undersökningen gäller detta speciellt för Marianne Silow som har varit föreståndare för avdelningen sedan 1993 och i mindre grad Dolf Tops som har arbetat som timanställd på Avgiftningen under 1995/1996 fram till undersökningsperioden. Risken finns att patienten känner sig tvungen att ställa upp eftersom hon/han, trots att alla vistades frivilligt på avdelningen, ändå befinner sig i en beroendeställning till personalen. Vi tror dock av flera anledningar att risken i denna patient kategori inte är så stor.

- Den viktigaste är att det vi har pratat om i intervjuerna är detsamma som patienterna berättar i samtalsgruppen på avdelningen. Skillnaden är att vi har fått berättat deras historia i en enda berättelse.
  
- Vår erfarenhet är att patienter i denna kategorin inte brukar ha svårigheter att säga ifrån när de inte vill ställa upp på något.



En målsättning var att genomföra intervjuerna med patienterna när de var opåverkade av droger. Alla patienter var inlagda för avgiftning, och vi är medveten om att själva avgiftningen kan medföra en psykisk obalans hos patienten. En heroinavgiftning kan delas in i olika faser. Den första fasen är en av somatiska bekymmer i och med att heroinet lämnar kroppen, och gör att patienterna mår fysiskt dåligt. Under denna fasen är det inte lämpligt att genomföra en intervju. Nästa fas är när de somatiska kräpporna klingar av men sömnlösheten kvarstår och det kemiska skyddet mot ångesten som heroin(och andra droger) utgör, inte längre finns kvar. Alla intervjuerna förutom en, har genomförts i denna fasen. För att inte äventyra utgången av avgiftningen var det mycket viktigt för oss att tillsammans med patienterna försäkra oss om att intervjun kunde genomföras utan men för patienten. I de allra flesta fall har vi haft tillfällen att dagen efter intervjun kunna samtala med patienterna om hur de har upplevt denna.

Vi har försökt att hantera denna känsliga situation genom att hela tiden låta patienten avgöra när och hur länge samtalet skulle pågå. Några intervjuer har genomförts vid två tillfällen eftersom patienten tyckte att det var jobbigt att fortsätta och ville avbryta intervjun. En patient avbröt intervjun och ville inte återuppta samtalet.

En annan farhåga, nämligen att andra generationens invandrare p.g.a. språksvårigheter skulle ha svårt att ta till sig information om undersökningens syfte och genomförande är ogrundad. De flesta andra generationens invandrare som ingår i vår undersökningsgrupp är födda i Sverige (60%). Tio personer är födda i ett annat land och genomsnittsåldern för deras ankomst till Sverige är sex år. Detta innebär att de allra flesta har deltagit i svensk undervisning från förskola och framåt och deras uttrycksförmåga på svenska inte är sämre än bland ungdomar med svensk bakgrund.

## 4. Social bakgrund

I detta kapitel beskrivs ungdomarnas sociala bakgrund. Förutom en redovisning av data som hämtats ur olika dokument ska vi också återge vad ungdomarna har berättat i intervjuerna.

Undersökningsgruppen består av 50 personer som har heroin som dominerande missbrukspreparat. Personerna är alla födda 1970 eller senare. Vi har valt denna åldersgräns för att kunna jämföra vår grupp med andra i Sverige genomförda undersökningar. Hälften har helt svensk bakgrund, andra hälften är andra generationens invandrare. Föräldrarna till ungdomarna med utländsk bakgrund har sammanlagt 13 nationaliteter. Tre ungdomar har nordisk bakgrund och resten syd- och östeuropeisk eller latinamerikansk. Detta betyder att det inte går att peka ut ett särskilt land eller någon kultur som dominerar gruppen och som ska bemötas på ett visst sätt. Ungdomar med föräldrar från Östeuropa är flest men det finns en ganska jämn spridning över olika östeuropeiska länder.

### Kön

En vanlig fördelning i undersökningar om narkotikamissbruk är att ca. 3/4 är män och 1/4 är kvinnor. I UNO - undersökningen 1979 är fördelningen 76% resp. 24% och 1992 ungefär samma.<sup>49</sup> I rapporten "Sjuttioalets narkomaner" om narkomaner i vård är könsfördelningen i undersökningengruppen 68.7% män och 31.3% kvinnor.<sup>50</sup> Gäller detta också för den nya generationen heroinmissbrukare eller finns det skillnader?

**Tabell 14 - Könsfördelning och härkomst**

N= 50	svensk		2:a gen	
man	16	64%	12	48%
kvinn	9	36%	13	52%
Totalt	25	100%	25	100%

<sup>49</sup>Rapport nr 4, Alkohol - och narkotikautvecklingen i Sverige, sid 113 och 116. Stockholm 1996

<sup>50</sup> Andersson, Fridell, Nilsson, Tunving. 1986, sid 39.

Medan ungdomarna med svensk bakgrund följer den traditionella könsfördelningen finns det en påfallande skillnad i gruppen andra generationens invandrare. Vi har ingen direkt förklaring till att kvinnor här utgör en majoritet. En möjlig förklaring är att som UNO2 undersökningen visat när det gäller opiatmissbruk inrapporterades fler kvinnor än för andra preparat. Detta förklarar dock inte varför det i undersökningsgruppen förekommer fler kvinnor i gruppen andra generationens invandrare än med svensk bakgrund.

### Uppväxt

Genom tidigare undersökningar vet vi att majoriteten av dem som fastnar i missbruk har haft problematiska hemförhållanden, låg utbildningsnivå samt ringa arbetslivserfarenhet.<sup>51</sup> Det är därför av intresse att veta om detta också gäller för den nya generationen heroinmissbrukare. Vi har samlat in information om deras sociala bakgrund för att se om det finns några skillnader mellan de med svensk bakgrund och andra generationens invandrare.

### FAMILJEN

Ett uppväxtförhållande som anses vara viktigt för en normal utveckling är om barn växer upp med båda föräldrarna. Av nedanstående tabell framgår hur många som har vuxit upp utan båda föräldrarna på grund av skilsmässa, dödsfall eller fosterhemsplacering. I de fall där det förekommer både skilsmässa och fosterhemsplacering har vi valt det första alternativet, eftersom ett omhändertagande i de flesta fall föregås av en skilsmässa.

**Tabell 15 - Uppväxt hos båda föräldrar**

N= 50	svensk	2:a gen.	gruppen	%
båda för.	10	11	21	42
skilsmässa	12	10	22	44
dödsfall	2	3	5	10
fosterhem	1	1	2	4
Totalt	25	25	50	100

<sup>51</sup>Byqvist S, 1993. Solarz A, 1990.

Det finns ingen skillnad mellan de med svensk bakgrund och andra generationens invandrare. För hela gruppen gäller att största delen (58%) har vuxit upp utan båda föräldrar. Det finns även en relativ hög andel där en av föräldrarna har dött.

Andelen som har vistats i fosterhem är större än som framgår av ovanstående tabell. Några personer har blivit placerade i fosterhem efter att deras föräldrar skildes.

Det finns ingen skillnad när det gäller placering i fosterhem. Tre med svensk bakgrund och fyra med utländsk. Däremot är det en markant skillnad hos vem barnet blev placerad. De med svensk bakgrund blev placerade hos en släkting. Andra generationens invandrare hos främmande fosterfamiljer. Vi kan utifrån vårt material inte bedöma om detta är en tillfällighet eller en trend. En förklaring kan vara att föräldrarna till ungdomar i vår undersökningsgrupp tillhör den första invandrargruppen (gästarbetare) som oftast kom till Sverige utan släkt.

En annan viktig omständighet under uppväxten är om det förekommer missbruk hos föräldrarna.

**Tabell 16 - Missbruk hos föräldrar**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
nej	16	17	33	66
båda	3	3	6	12
modern	1	-	1	2
fadern	5	5	10	20
Totalt	25	25	50	100

Som synes är uppgifter om missbruk hos föräldrar lika. Om vi tar hänsyn till uppgifter som tyder på att missbruksproblem hos första generationens utomnordiska invandrare är mindre vanligt än hos svenskar är föräldrarna till andra generationens invandrare dock överrepresenterade i tabellen.<sup>52</sup> Angående preparat är det oftast

<sup>52</sup> Riyad al-Baldawi, 1994

alkohol (pappan) eller tabletter (mamman). Om några föräldrar (svensk och utländsk) uppges cannabismissbruk.

En annan föreställning om missbrukare är att det oftast är ett barn i familjen som får missbruksproblem. I vår grupp finns det bland de med svensk bakgrund fyra som har ett syskon som också missbrukar (har missbrukat). Bland andra generationens invandrare lika många men med skillnaden att det är två eller fler syskon som missbrukar. Om fyra personer (2 ur varje grupp) saknas uppgifter.

### Psykiska problem

Ytterligare ett mått på gruppens hälsa under uppväxttiden är i vilken utsträckning de har sökt vård för psykiska besvär.

**Tabell 17 - Sökt vård för psykiska problem under uppväxten**

N= 50	svensk	2:a gen
nej	18	17
toxiska	1	1
suicidförsök/ tankar	3	6
B.U.P.	5	3
Totalt	27	27

En person kan förekommer flera gånger i tabellen.

Med toxiska menas att personen har sökt vård på grund av påverkan av droger, t ex LSD.

Andelen bland andra generationens invandrare med suicid tankar/försök är dubbelt så hög.

Att söka vård på Barn - och ungdoms psykiatri (B.U.P) innebär i sig inte att personen har psykiska problem. Vi har ändå valt att placera ett besök på BUP i tabellen eftersom föräldrarna tydligt ansåg att problemen hade psykiska orsaker.

## SKOLAN

En viktig och ofta avgörande period för hur ens liv kommer att se ut är skoltiden. Förutom att grunden läggs för möjligheterna att komma ut på arbetsmarknaden har skolan också en viktig uppfostrande uppgift. Hur har det gått för vår undersökningsgrupp i skolan?

**Tabell 18 - Utbildningsnivå**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
ej grundskola	6	8	14	28
genomfört grundskola	13	13	26	52
gymnasieskola	6	4	10	20
Totalt	25	25	50	100

Mellan grupperna finns det inga större skillnader.

Om hela gruppen kan sägas att andelen som inte har genomfört grundskolan är ganska hög. Vi har bara räknat de som inte har något slutbetyg från grundskolan. Även de som har t ex 1.6 i slutbetyg räknas i ovanstående tabell som att ha genomfört grundskolan.

Andelen som går vidare till en gymnasieutbildning förefaller vara ganska låg. De som har gått vidare till gymnasiet har valt en yrkesinriktad utbildning, t ex kock, plåtslagare eller en administrativ utbildning.

För att få någon inblick i hur skoltiden i verkligheten såg ut har vi också samlat in data som speglar eventuella svårigheter att anpassa sig till skolan.

**Tabell 19 - Anpassad skolgång, skolk i grundskolan**

N= 45	svensk	2:a gen	gruppen	%
nej	10	8	18	40
anpassad	4	3	7	15.6
skolk	7	13	20	44.4
Totalt	21	24	45	100

Om fem personer saknas uppgift.

Skillnaden mellan skolk och anpassad skolgång är att skolledningen har förordat en anpassad skolgång som en reaktion på skolk eller annat avvikande beteende. För de som skolkade utan att detta ledde till anpassad skolgång har man antingen hittat en annan lösning eller inte gjort något alls. Vid en jämförelse mellan grupperna har andra generationens invandrare tydligen mer problem i skolan. För gruppen som helhet gäller att majoriteten (60%) har haft problem i skolan och problem att över huvudtaget komma till skolan.

## **DROGDEBUT**

Nästan alla intervjuade har beskrivit övergången från mellanstadiet till högstadiet som inledningen av en period där problemen började. Att börja i en ny klass (ibland ny skola) med nya lärare och ofta nya elever upplevdes av många som problematiskt. Samtidigt sker i högstadiet ofta första kontakten med droger. I många fall alkohol som snabbt följs av cannabis.

När det gäller debutpreparat av illegal drog är det i båda grupperna (nästan) alltid cannabis. Debutåldern för illegala droger i den svenska gruppen är 13.8 år och andra generationens invandrare 14.2 år. Män (13.7 år) debuterar något tidigare än kvinnor (14.4 år) men skillnaderna är små.

Även när det gäller det fortsatta drogmissbruket kan vi urskilja ett mönster som är lika för båda grupperna. Debuten av illegala droger sker med cannabis. Därefter följer en period där cannabis kombineras med amfetamin som dricks, sväljs,<sup>53</sup> sniffas eller ibland injiceras. För de flesta gäller att amfetamin inte är någon attraktiv drog. Den grupp som under lång tid använt amfetamin består främst av svenska kvinnor som missbrukat amfetamin tillsammans med sina pojkvänner.

Andra droger som LSD och i mindre grad ecstasy används i varierande grad och betraktas av våra intervju personer jämfört med

---

<sup>53</sup> S.k. snöbollar, amfetamin som läggs in i t ex toapapper för att skydda mot den fräna smaken av amfetamin.

heroin inte som någon riktig tung drog utan mer som en kul grej som hör till en fest. Blandningen alkohol och rohypnol förekommer också hos många.

Omständigheter kring den illegala drogdebuten har vissa likheter. Ofta är det två eller tre elever i en klass eller årsklass som debuterar tillsammans och som har samma kontakter utanför skolan med t ex äldre missbrukare. Debuten sker inte i skolan utan ungdomarna lägger ihop sina fickpengar för att köpa en liten bit hasch och samlas sedan hos den som har det friast hemma eller hos en äldre kompis med en egen lägenhet. En annan variant är att de blir bjudna hemma hos äldre bekanta eller grannar. Ett undantag utgörs av någon som uppger att eleverna blev bjuden av en lärare. Ingen har nämnt att de har köpt droger i skolan. Det är inte heller vanligt att de var påverkade under skoltid. I början används droger på helgerna eller under skolloven.<sup>54</sup>

Fastän ungdomarnas nyfikenhet på droger och livet utanför skolan hos flertalet i regel leder till försämrade prestationer i skolan och så småningom skolk, uppger en del att de var i skolan varje dag. Det var deras refug i tillvaron. Som CANs årliga undersökningar i årskurs 9 visar finns det relativt många ungdomar som någon gång testat narkotika (cannabis). Utmärkande för vår undersökningsgrupp är att det inte stannar vid en gång utan att cannabis (och annat) blir en del av en livsstil. För de flesta förlorar skolan helt sin attraktion och kamraterna samt världen utanför blir mycket viktigare.

Med några få undantag har alla börjat experimentera med illegala droger under högstadiet.

Ofta sker allting samtidigt inom en kort tidsperiod snarare än att den ena drogen leder till den andra. Gemensamt för de intervjuade är att gänget har blivit viktigare än både skola och föräldrar. Denna uppenbart problemfyllda period med konflikter i hemmet, skolan och med myndigheter har varit ett tema i våra intervjuer med ungdomarna.

---

<sup>54</sup> Detta är inte utmärkande för den nya generationen. Samma mönster beskrivs i Berit Anderssons avhandling

”Att förstå drogmissbruk”.



Vi har i intervjuerna fokuserat samtalsämnen om uppväxten kring tre tema;

- omständigheterna kring drogdebuten
- reaktioner från skolan
- reaktionen hemifrån

Utmärkande för ungdomarna i vår grupp är att de sökte sig till personer och kamratgäng utanför skolmiljön. Deras jämnåriga skötsamma skolkamrater ansågs som mesiga. De sökte spänning i umgänget med äldre. De var ute efter kickar. Ingen har nämnt att de t ex genom att röka hasch ville imponera på de andra i klassen. De drogfria kamraterna var helt enkelt ointressanta.

## HÖGSTADIET

I åttonde och framförallt nionde klass har problemen i skolan accelererat. Skolk blir vanligare och vissa slutar upp helt med att besöka skolan eller kommer bara för att träffa folk eller för att äta skollunch.

"Jag hade inte några problem med skolan, jag var inte där".

Missbruket tilltar.

"Jag snusade i 7;an, rökte och drack sprit i 8;an, i 9;an började jag knarka".

"Till slut är det knark som gör att du inte kommer iväg till skolan, du orkar inte komma upp".

Det finns dock också andra anledningar till varför man inte kan komma till skolan.

"Jag missade många timmar i skolan, då jag måste tolka åt min storebror".

Eller.

"I 9:an kunde jag inte gå i skolan, jag hade stuckit hemifrån med några andra och vi stal en massa, så jag fick ett års fängelse".

Klart är att dessa ungdomar avviker på ett eller annat sätt. En fråga som då uppstår är hur omgivningen reagerade på deras beteende. Hur reagerar skolan på att vissa elever inte kommer till skolan?

"Ja jag fick gå hos någon kurator och så. Han var bra. Han satt mycket och lyssnade på mig och sa så och så är det. Och det visste jag om men jag brydde mig inte. Lärarna de skällde på en. Man var ju svarta fåret i skolan. Vi var ju några stycken och polisen kom dit rätt så ofta och rektorn kallade på oss hela tiden liksom. Man blev värsting så att säga. Men det var ingenting som kunde ändra. Det hände ingenting förrän jag kom in på LVU. Då började det hända saker som jag har jobbat med sen dess".

"Ja, det började med en massa psykologer och basenhet och sånt och de började undra och sånt. Jag kunde aldrig ge nåt svar på det, för att jag förstod inte riktigt själv varför. Jag fattade inte då varför jag skubbade. Men jag tyckte att jag trivdes bättre med de kompisarna".

"De reagerade inte så mycket. Det var min pappa som kom på mig några gånger att jag inte var i skolan när jag skulle. Så det var han som tog kontakt med rektorn och sa att när jag ska vara i skolan så är det deras ansvar att se till att jag gör det jag ska. Det är hans syn på det hela. Och de tyckte inte att det var deras ansvar utan att det var föräldrarnas ansvar. Så det var lite så. Så han satte båda kuratorn och rektorn på mig och det blev väl lite kalabalik där".

Ungdomar som tillhör andra generationens invandrare och som har vuxit upp i invandrartäta områden har dessutom speciella erfarenheter av sin skoltid.

"I min klass var det så att alla barnen som, alla vi som bodde, vi bodde i samma område alla i min klass och de flesta var utlänningar. Vi var 25 personer varav det var två svenskar. Och det fanns allt från araber, turkar, chilensare, bulgarer, finnar, allting blandat. De hade fördelat upp det så. För det första bodde vi i samma område, vi var höghus barnen. I den andra klassen, i parallellklassen var det villabarn, det var mest

svenskar, höginkomsttagare, moderaterna. Vi var liksom socialdemokrater. De delar upp det så. Det visar rätt mycket. Redan där började de dela upp människor i grupper”.

”Nittionio procent i den skola var utlänningar och hälften var jugoslaver så det första språket jag lärde mig var jugoslaviska. Och zigeniska också”.

”Det var mycket invandrare på den skolan och det var så att de blandade inte med svenskar utan det var att de satt liksom zigenare för sig i en klass och jugoslaver för sig i en klass. Liksom det var helt åt skogen. Så man kände liksom att, varför skulle de vara bättre”.

I endast några få fall har skolan lagt märke till något missbruk hos ungdomarna. Något som inte är förvånande eftersom de inte var påverkade under skoltid eller inte var i skolan. Det är skolket som drar till sig uppmärksamheten och den vanligaste åtgärden från skolans sida verkar vara att koppla in skolkuratorn. En åtgärd som inte verkar ha lämnat några djupa spår hos ungdomarna. Det finns också få berättelser där kontakt mellan skolan och föräldrar nämns.

## REAKTIONER HEMMA

När det gäller missbruk borde det vara föräldrarna som upptäcker att någonting är på tok. Detta enkla påstående är dock mera problematiskt i verkligheten. Några citat från intervjuerna kan berätta varför:

”Jag fick ta hand om min lillasyster. Och mamma var iväg väldigt mycket på sanatorium. Och farsan var som han var liksom, han var så himla rastlös, han pallade inte att sitta hemma och passa barn hela tiden. Det var inte hans grej alls, och jag förstår honom”.

”Jag bodde inte hemma mycket, jag bodde hos en kompis”.

”Jag var nyckelbarn, jag flyttade själv till Malmö när jag var 13”.

”Jag hade dålig kontakt med min far under min uppväxt, vi bråkade, jag trotsade och han slog”.

”Vi rökte (*hasch*) tillsammans en gång mamma, pappa och jag”.

"När min kompis rökte hasch så kände jag igen lukten och kom ihåg att det var från min pappa".

"Morsan drack, så det blev att man drog till kompisarna".

"När jag var 14 så flyttade jag hem till min kille".

"Jag flyttade ihop med min kille efter 9;an, han var äldre, 7 år äldre".

Flera ungdomar har alltså vuxit upp under sådana förhållanden att deras eget missbruk har försvunnit i andra problem. T ex föräldrarnas missbruk, inte vara hemma så mycket eller flytta hemifrån i mycket tidigt ålder. Påfallande är också att flera flickor i gruppen med svensk bakgrund flyttar ihop med äldre män som missbrukar amfetamin.

I en del andra fall har föräldrarna reagerat.

"Jag tror inte att hon fick reda på det förrän i nionde klass, när jag började skolka mycket och sånt. Då blev hon jättearg när jag kom hem. Men jag kommer inte ihåg så hemskt mycket från den tiden. Men gjorde det intryck på dig när hon blev arg?"  
 "Nej jag sket i det, brydde mig inte om det".

"Det är så att min mamma skilde sig från farsan och då liksom, då är det så att man lyssnar inte så mycket på kvinnor. Det var bara min mamma och min mormor och så morbror var liksom pappan i familjen men han var alltid bortrest. Så han kom en gång på kanske ett halvt år och så sssch, sssch, sssch (boxarljud) fick jag lite stryk så, för att jag inte lyssnade på mamma".

"Morsan släpade mig till BUP, hon pallade inte med mig så det blev tonårshem".

För de föräldrarna som upptäcker att deras barn missbrukar finns det olika sätt att reagera. De kan själva konfrontera barnen med upptäckten, kontakta BUP, skolan eller socialtjänsten. Klart är att för de ungdomar som vi har pratat med har inga av dessa reaktioner haft någon effekt. De har fortsatt att experimentera med olika sorters

droger; hasch, alkohol, amfetamin, kokain, LSD, ecstasy, rohypnol och slutligen heroin.

### **ATT PROVA HEROIN FÖRSTA GÅNGEN**

Att testa heroin är i de flesta fall inte detsamma som att inleda en period med ett intensivt heroinmissbruk eller att bli beroende. Vi använder termen debut för att ange i vilken ålder ungdomarna prövade heroin för första gången.

Genomsnittsåldern för heroindebuten bland andra generationens invandrare, 18 år, är betydligt lägre än för svenskar, 20 år. En möjlig förklaring kan vara att andra generationens invandrarungdomar genom t ex språkkunskaper hade lättare att komma i kontakt med langare. En annan förklaring kan vara att de med svensk bakgrund oftare har längre perioder med amfetaminmissbruk och blivit intresserade av heroin först senare.

Omständigheterna under vilken de för första gången bjuds på heroin (alla blev bjudna) är olika för pojkar och flickor. Flickorna blir bjudna på uteställen som diskotek eller av äldre manliga heroinmissbrukare (ibland deras pojkvän). Pojkarna debuterar oftare i det gäng de tillhör och där någon har kommit över heroin. Flera har berättat att när de ville köpa hasch blev de i stället erbjudna något att röka som var mycket bättre.

Ingen har en förälder som missbrukar heroin eller andra opiater som skulle kunna ha varit en inkörsport till heroin. Däremot har några av andra generationens invandrare berättat att de har kommit i kontakt med heroin genom släktingar. En kvinna har debuterat i fängelse.

Vad upplevde ungdomarna när de prövade heroin för första gången? Det finns flera schablonföreställningar om heroin. En är att man blir beroende vid första gången, en annan att det inte är så farligt, särskilt inte om det röks. Om det ibland i intervjuerna var svårt för

ungdomarna att minnas vissa händelser ur deras förflutna hade alla kristallklara minnen av första gången de testade heroin.

"Det gav mig mycket självförtroende, jag kunde gå på disko, snacka, umgås.... jag tyckte att jag aldrig ville sluta med det. Jag tyckte att det var det som fattades i mitt liv".

"Det är så skönt i början att man inte kan glömma det, det är det första man tänker på när man vaknar, mer, mer. Första gången jag tog heroin, så visste jag inte riktigt hur det fungerade. Jag var ensam, så jag la upp en line och sniffade, känslan då kan jag inte beskriva. Det var obeskrivligt, jag har aldrig mått så bra i hela mitt liv. Tänk dig den dagen, du har aldrig mått så bra, så bra och så gånger du det med 100".

"Jag kände mig samlad liksom. Beskriva känslan, eh kan jag inte alltså. Jag har så jävla svårt med känslor ändå, så att... Nej jag kan inte beskriva känslan. Det kändes skönt i alla fall, det känns fritt. Inga problem, ingenting att oroa sig för, allting bara lugnt, lugnt och skönt".

"Ja, allt blev lugnt. Jag vet inte, jag blev helt såld".

Trots att några också berättade att de mådde illa och kräktes första gången var upplevelsen så positiv och intensiv att de har fortsatt. Ungdomarnas bakgrund är skiftande, omständigheterna vid debuten likaså, de hade olika problem, etc. Men det finns en sak som de har gemensamt i deras beskrivningar av heroindebuten och det är att ett stort lugn infinner sig.

Fortsättningen på debuten ser olika ut. Några personer uppger att de använde heroin sporadiskt under lång tid innan de blev beroende. För andra var debuten startpunkten för en lång missbruksperiod av heroin.

"Heroinet hjälpte mig mycket under en tid. Man är avstängd, jag slapp känna, jag hade så mycket smärta. Jag blev lugn och fungerade. Om jag inte hade hittat heroin som lugnande så hade jag tagit livet av mig".

"Att ta heroin det är en skön känsla, att inte tänka på någonting, man är oberoende, osårbar, jag bryr mig inte om kompisen inte har ringt eller att jag inte har någon pojkvän. Man slipper, man är ansvarsbefriad. Ingen

väntar sig nånting och sen kan man skylla på att jag knarkar, jag går på heroin”.

Att använda heroin regelbundet betyder också att de som först bjöd på heroinet efter en tid vill ha betalt. Berättelserna som tyder på en medveten marknadsföring är flera.

”Jag blev bjuden av en kompis, betalade inte i början, sen fick jag köpa, av samma person som bjöd. Man får betala när man är fast, det är svinigt men så är det. Det är riktiga djävlar. Riktiga svin. Så går det till här i stan”.

## ANNAN LIVSSTIL

Att bli beroende av heroin får stora konsekvenser för de redan ansträngda relationerna till omvärlden. Dessutom ändras karaktären av umgänget med det tidigare så viktiga kamratgänget. Vi har frågat ungdomarna hur deras liv har ändrats när de hade blivit beroende av heroin.

”Ja vi satt fast i en livsstil. Jag sitter fast i en livsstil. Inte bara heroinet, det är en livsstil, allt runt omkring. Det är det det handlar om. Det är samhället runt omkring också”.

”Ja det blir annorlunda, det blir det. Jag har blivit av med mina kompisar. Det är många som jag har blivit av med. Bara för att man drogar, man väljer drogen i stället för kompisar. Det händer mycket”.

”Ja, alla de som jag umgåtts med, de har ändrat sin livsstil, de började också med heroin. I min krets. Alltså de jag umgåtts med som började med hasch, sen tabletter, sen heroin. Det är samma personer jag har umgåtts med, fast de ändrade. De flesta i alla fall. Man blir ovän med många kompisar. Man ändras när heroin kommer med i bilden. Man tänker mest på sig själv”.

”Och så har det lett till att jag har förlorat alla riktiga vänner. Det är jag själv, det är mitt fel för att man pallar inte med de längre för att det finns inget att hämta från dem. Det enda man vill ha, det är heroin. Det är inte

roligt att sitta och snacka med människor som inte har nåt med det att göra. För man kan inte gå med honom och göra nånting. Det blir så”.

”Jag vet inte riktigt men det ändrades mycket i alla fall. Man blev en annan person. Man måste ha pengar, att inte ha pengar till grejorna, det är svårt. Det blev brott och sånt”.

Medan man förr kunde hålla ihop med andra även om drogerna ingick i livsmönstret verkar heroinberoendet dela upp tillvaron i heroinister och icke-heroinister. En tillvaro som är ensidigt inriktad på att komma över heroin och bli påverkad. Allt som inte är funktionellt i detta skalas bort.

## KRIMINALITET

Trots att priset på heroin har gått ner under nittioalet kan den som är beroende av heroin inte finansiera detta genom socialbidrag eller arbete. De sätt som återstår är olika former av kriminalitet eller prostitution. Men att börja med heroin är för många inte detsamma som att börja med kriminalitet. Under och efter skoltiden tillhör de flesta pojkar i undersöknings-gruppen ett gäng och en del debuterar i denna åldern också i kriminalitet. Några i sådan utsträckning att de har blivit omhändertagna enligt socialtjänstlagen. Fem personer har varit placerade på ett ungdomshem. Påfallande är att alla är andra generationens invandrare. Flera ungdomar har beskrivit att de hade gjort sig skyldiga till brott innan de började med heroin. Beroendet av heroin leder dock till att brotten blir fler och av annan karaktär. T ex narkotikabrott, bedrägeri, butikstölder, häleri.

**Tabell 20 - Kriminalitet innan 1:a inläggning**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
nej	3	2	5	10
ja	22	23	45	90
Totalt	25	25	50	100

Ovanstående visar kriminaliteten innan de kom in för avgiftning första gången. Även de som ej är dömda men som vi vet sysslar med kriminalitet, ingår. För hela gruppen gäller att nästan alla är



kriminella. Mellan de med svensk bakgrund och andra generationens invandrare finns inte någon skillnad. Begreppet kriminell säger dock inte så mycket. Det är mera intressant att se vilken typ av kriminalitet ungdomarna sysslar (har sysslat) med.

**Tabell 21 - Typ av kriminalitet innan 1:a inläggning**

	svensk	2:a gen	gruppen
narkotikabrott	14	13	27
stöld	10	14	24
bedrägeri	4	3	7
rån	1	5	5
misshandel	6	3	9
Totalt	35	38	72

En person kan ha flera typer av kriminalitet.

Narkotikabrott kan innebära försäljning men också själva användningen av droger. I Sverige är all hantering (även konsumtion) med illegala droger en kriminell handling och i den bemärkelsen är alla i gruppen kriminella. Med narkotikabrott menas här dock försäljning eller innehav. Denna grupp är störst. Narkotikabrott utgör för många heroinmissbrukare en viktig inkomstkälla för att finansiera sitt eget missbruk. Verksamheten kan variera från enstaka försäljningstillfällen till en egen kundkrets

"Jag har fått höra hemma att sälja knark är det värsta man kan göra och nu är jag en av dom".

eller göra tjänster åt en langare,

"Jag förmedlade knark, hämtade och lämnade, gjorde tjänster, mitt missbruk kostade mig ingenting".

Stöld är den näst största gruppen och kan vara allt från inbrott till snatteri.

"När jag blev hooked (beroende) började jag stjäla kläder".

Rubriken "rån" innehåller också försök till rån. Misshandel kan variera från slagsmål (under påverkan av rohypnol och sprit) till våld mot tjänsteman (polis eller vakt).

"Jag har suttit en månad för misshandel, jag slog till en tjej på dansgolvet. Jag hade druckit sprit och tagit rohypnol".

När det gäller fördelning mellan grupperna kan konstateras att andra generationens invandrare oftare har blivit dömd för rån och svenskar oftare för misshandel.

Viktigt är också vilken påföljd som har blivit utdömd.

**Tabell 22 - Typ av påföljd innan 1:a inläggning**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen
ej kriminell	3	2	5
ej dömd	4	4	8
dagsböter	-	1	1
skyddstillsyn	3	4	7
skyddt+föreskrifter	4	3	7
villkorlig dom	1	2	3
fängelse < 6 mån	9	6	15
fängelse > 6 mån	1	3	4
totalt	25	25	50

Typer av påföljd är rangordnade efter graden av allvar.

Mellan grupperna finns inga stora skillnader. För hela gruppen gäller att 37 personer har blivit dömda. Påfallande är då att mer än hälften (= 19 personer) har dömts till fängelsestraff. Det är ovanligt att en första gångs förbrytare döms till ett fängelsestraff och ovanstående tabell antyder att en betydande del av gruppen har en stor kriminell aktivitet.

### **SAMMANFATTNING AV SOCIAL BAKGRUND**

Den övergripande bilden som framträder är att ungdomarna hade betydande problem redan innan de började med heroin. En stor del har vuxit upp med en förälder/styvförälder. Anledningen har varit skilsmässa eller dödsfall. Förhållandevis få har dock vistats i fosterhem. En relativt stor andel har sökt vård för suicidtankar/försök.

Speciellt perioden på högstadiet har varit problemfylld med konflikter i skolan och hemma. Ungdomarna har löst dessa genom att söka en tillhörighet hos gänget eller äldre personer som bjöd på sprit, cannabis eller amfetamin. Till problembilden under puberteten hör också i hög grad kriminalitet.

Omgivningens reaktioner har varit att antingen inte reagera eller försöka rätta till ungdomarnas beteende genom samtal med skolkuratoren, skolpsykolog eller genom att kontakta BUP. Fem ungdomar placerades på ungdomshem.

Utbildningsnivån är låg och få har arbetslivserfarenhet. Majoriteten är kriminellt belastade och många har suttit i fängelse.

Debuten av illegala droger visar en traditionell bild. Cannabis används i regel i flera år. Amfetamin sporadiskt bland invandrarungdomar och mera regelbundet bland svenska ungdomar. LSD, ecstasy och rohypnol används i båda grupperna. Därefter följer debuten i heroin som efter olika lång tid övergår i ett beroende och ett permanent heroinmissbruk.

## 5. Social situation vid första vårdtillfället

I detta avsnitt ska vi beskriva ungdomarnas livssituation såsom den såg ut vid första vårdtillfället på Avgiftningen.

När ungdomarna tar kontakt med avdelningen och så småningom blir inlagda för avgiftning har de missbrukat heroin under olika lång tid. Den gemensamma nämnaren är att de själva eller någon annan har beslutat att det är dags att göra någonting åt missbruket.

Genomsnittsåldern för hela gruppen vid första vårdtillfället på Avgiftningen är 22.5 år. Andra generationens invandrare är något yngre (22.3 år) än de med svensk bakgrund (22.8 år). Medan skillnaden i medelålder när det gäller härkomst är liten finns det en större skillnad när det gäller kön. Kvinnorna som sökte vård på Avgiftningen var yngre (21.9 år) än männen (23 år).

Malmö beskrivs ibland som en segregrerad stad med en koncentration av invandrare till vissa stadsdelar. Detta gäller inte för undersökningsgruppen. Fördelning inom gruppen är jämt fördelad över socialdistrikten.

**Tabell 23 - Fördelning efter social distrikt**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
centrum	13	11	24	48
söder	1	3	4	8
nordöst	3	4	7	14
öster	4	4	8	16
väster	3	3	6	12
annan kommun	1	-	1	2
Totalt	25	25	50	100

Malmö är sedan 1 januari 1996 indelat i 10 stadsdelsnämnder. Av praktiska skäl har vi använt den gamla socialdistriktsindelning. Socialdistrikt är alltså inte lika med stadsdelar.

Det finns ingen skillnad mellan svenska ungdomar och andra generationens invandrare när det gäller i vilken stadsdel de bor. Däremot framgår tydligt att ungdomarna är bosatta i centrum.

Viktigt är också hur många som hade kontakt med socialtjänsten för missbruksproblem. Enligt socialtjänstlagen har socialtjänsten ansvaret för att en missbrukare får den behandling som behövs för att komma bort från missbruket. Det är då intressant att se hur många i undersökningsgruppen som har sökt sig till socialtjänsten för att få hjälp med att sluta missbruka.

Sex svenska och sex ungdomar ur gruppen andra generationens invandrare hade ingen kontakt med socialtjänsten för missbruksproblem. Detta innebär att av hela gruppen sökte sig 24% till Avgiftningen utan inblandning av socialtjänsten. En del av dessa efter ha försäkrat sig om att sjukvårdens sekretesskydd även gäller gentemot socialtjänsten. Detta kan betyda att de inte har någon kontakt med socialtjänsten alls, men också att deras missbruk inte är känt.

## FÖRSÖRJNINGSSÄTT

Att många har kontakt med socialtjänsten framgår också tydligt i nedanstående tabell om försörjningssätt.

**Tabell 24 - Fördelning efter försörjningssätt**

N= 50	svensk	2:a en.	gruppen	%
socialbidrag	15	21	36	72
A-kassa	8	4	12	24
arbete	2	-	2	4
Totalt	25	25	50	100

För hela gruppen gäller att nästan alla har någon form av bidrag.<sup>55</sup> Endast två hade ett officiellt arbete i anslutning till deras första inläggning på Avgiftningen. Några hade både bidrag och arbete och eftersom denna tabell handlar om officiella försörjningssätt är dessa personer klassade som bidragstagare. Förhållandevis många har A-kassa vilket tyder på att de någon gång har haft ett regelbundet arbete under åtminstone en viss tid.

En överraskande stor andel (70%) har någon form av arbetslivserfarenhet, mestadels i form av beredskapsarbete eller kortvariga anställningar inom restaurangbranschen. Andra generationens invandrare har i mindre utsträckning haft längre arbete och A-kassa och är därmed oftare beroende av socialbidrag. För de som har haft ett arbete gäller dock att majoriteten (65%) hade slutat arbeta minst ett år innan första inläggningen.

Ovanstående gäller för de officiella försörjningssätt som dock knappast räcker till för att finansiera ett heroinmissbruk. Förutom kriminalitet finns det för kvinnliga missbrukare ett annat icke kriminellt sätt att få en inkomst, nämligen prostitution. Det finns inga uppgifter om manlig prostitution.

**Tabell 25 - Prostitution**

N= 25	svensk kv	2:a gen kv	gruppen
nej	7	9	16
ja	2	4	6
Totalt	9	13	22

Knappt en fjärdedel av kvinnorna prostituerar sig och några fler kvinnor ur gruppen andra generationens invandrare. Detta kan ha ett samband med att de utgör en större andel av hela gruppen än kvinnor med svensk bakgrund.

<sup>55</sup> 1995 var 26 % av socialbidragstagare i Malmö i åldersgruppen 18 till 24 år. Sydsvenskan, 5-6-97

**Tabell 26 - Bostadsförhållanden**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen
egen	12	16	28
inneboende	13	8	21
härbarge	-	1	1
Totalt	25	25	50

De som har egen lägenhet har ett eget kontrakt. De som är inneboende bor i regel med en partner eller hos föräldrarna. Några fler andra generationens invandrare har egen bostad. Att få en egen bostad eller flytta ihop med någon beskrivs i intervjuerna som en bidragande orsak till att missbruket accelererade. Så länge de bodde hemma begränsades droganvändningen till helgerna, enstaka kvällar och sommarlov. Ett eget boende i kombination med arbetslöshet och brist på sysselsättning medför enligt berättelserna att drogerna och framförallt umgänget med andra missbrukande ungdomar som befinner sig i samma situation får en viktigare plats i tillvaron.

För att få en inblick i ungdomarnas liv är det viktigt att se om de bor ensamma eller tillsammans med en partner.

De flesta (68%) bor ensamma. De med svensk bakgrund något oftare än andra generationens invandrare.

Även om någon inte är sammanboende betyder detta inte att den inte har någon fast relation.

En fråga är då om partnern också har missbruksproblem?

**Tabell 27 - Missbrukar ungdomarnas partner?**

N= 49	svensk	2:a gen	gruppen	%
ej partner	14	11	25	51
ja	7	8	15	30.6
nej	4	5	9	18.4
Totalt	25	24	49	100

Om en person saknas uppgift.

Hälften av gruppen har ingen fast relation. Av de som har en partner är denne i de flesta fall också missbrukare och i samtliga fall missbrukar denne samma drog, dvs heroin. I de fall där det finns en partner som inte missbrukar har detta oftast samband med att det finns barn i förhållandet.

Några fler andra generationens invandrare (5) har barn än svenskar (3). Ingen av svenskarna har hand om barnen, två personer bland andra generationens invandrare har vårdnaden om barnen. I tre fall är barnen omhändertagna enligt LVU. I annat fall har den andra föräldern vårdnaden.

### TIDIGARE VÅRD FÖR MISSBRUK

Med tanke på att de allra flesta har ett långvarigt missbruk av både det ena och det andra bakom sig är det av intresse att se vilka erfarenheter gruppen har av missbruksvården innan de kom till Avgiftningsenheten för första gången.

**Tabell 28 - Tidigare vård för missbruk**

N= 50	svensk	2:a gen.	gruppen
ingen	12	11	23
endast avgiftn	-	1	1
endast öppenv	7	1	8
behandlingshem	6	12	18
Totalt	25	25	50

Mer än hälften har alltså erfarenhet av missbruksvården. Av dessa var endast fem kända på den "gamla" Avgiftningsenheten.<sup>56</sup> En vistelse på ett behandlingshem föregås ofta av ett behandlingsförsök i öppenvården. Av de som har genomgått både öppenvård och vistats på behandlingshem har vi räknat behandlingshemmet eftersom vi anser att detta är en mer ingripande åtgärd än öppenvård. Från tabellen

<sup>56</sup>Med "gamla" menas Avgiftningen som drevs i socialtjänstens regi från 1986-1993 på MAS området.



framgår en klar trend: andra generationens invandrare går oftare till behandlingshem än svenskar.

Ett överraskande stort antal ungdomar har varit i någon form av vård. En närmare granskning avslöjar varför. Nio personer gick till ett behandlingshem p.g.a. av att de hade dömts till skyddstillsyn med föreskrifter om vård eller kontraktsvård. Tre var omhändertagna enligt LVU och en enligt LVM. I tretton av arton fall hade alltså någon form av tvång förekommit.

Vi har frågat ungdomarna om deras erfarenheter av såväl öppenvård som vård på behandlingshem. I båda vårdformerna är socialtjänsten inblandad. Vid öppenvård som behandlare och vid behandlingshem som beställare. Hur ser ungdomarna på socialtjänstens insatser?

"Jag blev bra bemött men, jag vet inte, det var någonting, jag fick inte tillräckligt med motivation av dem. Från socialen, de var jätte snälla, men de har valt fel jobb, faktiskt".

"Jag sa att jag behöver hjälp alltså, ni får hjälpa mig. Jag sa att, jag behöver hjälp. Jag går på horse (heroin) liksom. Hon sa sedan att de visste hela tiden att jag gick på någonting men visste inte vad det va. Jag fick säga det själv. Och så la jag in om behandling".

"Det var jag som gick till socialen och berättade liksom vad jag hade för problem. Och de satte mig på alkoholen i tre dagar så jag pallade inte vara där. Så jag ringde till socialen och de kom och hämtade mig och körde mig hem till min far. Och jag skulle vara här på avgiftningen kl fyra kommer jag ihåg, och de förklarade inte riktigt det för min far, min far förstår inte så bra svenska, han trodde inte på mig så han låste dörren. Jag kom inte ut, jag skulle hoppa ner från balkongen. Så kom jag inte iväg. Dagen efter ringde jag till socialen och berättade om missförståndet. De säger: ja, ja det gör ingenting, du få komma ner till alkoholen. Då satt där sju snutar och väntade på mig. De lurade ner mig dit där. Jag tyckte, det var orättvist, jag skulle ha fått en chans men fick inte".

Ett mönster i berättelserna är att de upplevde det som konstigt att socialsekreteraren inte märkte någonting eller inte sa eller gjorde någonting. En person uttrycker det så här:

"Antingen så såg de inget eller annars så sket de i det och sa ingenting. Eller så kunde de ingenting göra, jag vet inte".

Det ska påpekas att perioden i vilken ungdomarna fick kontakt med socialtjänsten för narkomanvårdens del kännetecknades av stora förändringar med antingen nedläggningar eller ny och ovan personal. Flera ungdomar tillägger att narkomanvården i flera distrikt har blivit betydligt bättre. "De har lärt sig".

Ändå har en ganska stor del av ungdomarna kommit till behandlingshem, något som inte kan ske utan socialtjänstens ekonomiska bistånd. Markant är att det nästan alltid är behandlingshem som arbetar enligt den s.k. "Tolv stegs" metoden. Det hem som är mest anlitat har unga missbrukare som målgrupp.

"Sen åkte jag iväg till behandlingen däruppe, ungdomsbehandlingen. Var jävligt bra faktiskt. Då höll jag mig nykter i åtta månader".

*Efteråt också?*

"Nej, sex månader där och två månader hemma".

"Under tiden jag var där så trivdes jag faktiskt. Sista tiden, sista två månaderna så hade jag det jävligt jobbigt. Det var mycket för att jag visste att jag skulle gå hem snart. Jag var himla nervös för hur det skulle gå i Malmö. Nu skulle jag aldrig kunna gå in på ett behandlingshem. Nej, har man varit på en sån behandling har man varit på alla. Det är bara att manipulera sig igenom behandlingen".

Andra har varit på "Tolv-stegs" hem av det mer traditionella slaget där ungdomar blandas med alkoholister. Om dessa är åsikterna betydligt mera kritiska.

"Jag gick in på primären. Det skulle jag inte gjort alltså. Fy fan vad hemskt det va. Det var alltså bara alkisgubbar, såna femtioåriga gubbar och så skulle jag sitta där och förklara snedtripp. De vet inte vad LSD är

för något, de har supit i trettio år, de tror att jag berättar sagor när jag berättar vad som hände, de fattar ingenting. De tror att jag hittar på allting”.

På frågan varför hon ändå stannade:

”Ja, konstigt nog gjorde jag det. Men det var för att jag hade smuglat in en free-style. Jag hade en rumskompis, en pundare (amfetaminmissbrukare). Så vi delade rum och hennes kille tog med sig en TV, en sån här liten med en antenn du vet. Så vi satt och tittade på kvällen. Hade jag inte haft det hade jag stuckit därifrån”.

En annan person som avbröt behandlingen:

”Ah jag hade för det första inte sovit på flera veckor. Jag var uppe på dagarna och de frågade inte ens hur det var med en, bara ”Hej, hur är det?” Klart att man säger ”Bra” för man vill där ifrån. De borde ha genomskådat det. De borde ha tittat, en dag orkade jag inte någonting, ingen grupp, så trött, pats väck”.

Det finns alltså delade meningar om vården. Gemensamt för alla är dock att de har återfallit i heroinmissbruk.

Ytterst få vårdats enligt ”Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall” (LVM), två ur gruppen andra generationens invandrare.

**SAMMANFATTNING AV SOCIAL SITUATION**

Gruppens sociala situation vid första vårdtillfället kan sammanfattas som att de flesta bor i centrum av staden. Lite mer än hälften har egen lägenhet. Resten är inneboende. Av de som har en partner är denne i de flesta fall också heroinmissbrukare.

Det finns få som har barn och ännu färre som har vårdnaden om barnen.

Nästan  $\frac{3}{4}$  har socialbidrag och ytterst få har ett arbete.

En relativt stor andel har någon form av arbetslivserfarenhet men för de flesta var det länge sedan de arbetade sist.

Nästan en fjärdedel av kvinnorna prostituerar sig.

Lite mer än hälften av gruppen har varit i missbruksvård innan de kom till Avgiftningen. Flertalet med någon form av tvång.

Ytterst få har blivit dömda till tvångsvård enligt LVM.

## 6. Missbruksituation vid första vårdtillfället

I denna del av resultatredovisningen koncentrerar vi oss på ungdomarnas missbrukssituation vid första vårdtillfället. Som vi konstaterade innan har faktiskt en stor del varit i vård innan de sökte till Avgiftningen men vi kan inte uttala oss om deras situation då. Däremot har vi en bra inblick i deras situation första gången de sökte till Avgiftningen. Detta är av intresse om man vill bilda sig en uppfattning om när en missbrukare bestämmer sig för att söka vård för avgiftning.

### MISSBRUKSFAS

De finns ett antal indikatorer som berättar något om hur missbruket ser ut.

Den *första* som vi vill redovisa är missbruksfasen. I de årliga verksamhetsberättelser som Avgiftningen författar redovisas en skattnig av vilken missbruksfas som patienterna befinner sig i.

Man urskiljer tre olika faser; experimentellt, etablerat och kompulsivt. För att beskriva missbruksfasen för vår undersökningsgrupp hanteras samma begrepp. *Experimentellt* är när en person använder heroin sporadiskt. *Etablerat* är när en person alltmer har heroin som huvuddrog men lyckas behålla någon slags kontroll över sitt liv och sin droganvändning samt har kvar kontakten med icke missbrukande personer. *Kompulsivt* är när heroinet har blivit det viktigaste i missbrukarens liv och styr vardagen samt att personen har gått upp helt i heroinkretsen.

**Tabell 29 - Missbruksfas vid första inläggning**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
experimentellt	5	2	7	14
etablerad	8	7	15	30
kompulsivt	12	16	28	56
Totalt	25	25	50	100

Mer än hälften bedömdes som kompulsiva missbrukare redan vid första vårdtillfället. Några fler andra generationens invandrare än svenskar.

Det är i detta sammanhang också intressant hur länge ungdomarna har missbrukat heroin innan första inläggningen på Avgiftningen. Det vill säga perioden de har använt heroin i en sådan omfattning att det passar in i begreppen etablerat eller kompulsivt. Detta behöver inte betyda ett kontinuerligt heroinmissbruk. Vistelser på fängelse eller behandlingshem utgör i regel ett avbrott i missbruket. Även om heroin finns på anstalterna kan man för det mesta inte tala om ett regelbundet intag. När vi talar om missbrukslängd inkluderas dessa vistelser i den totala missbruksperioden.

Hela gruppen har i genomsnitt missbrukat heroin i 2 år och 10 månader. Om vi tittar på fördelningen när det gäller härkomst finns det en stor skillnad. Män i gruppen andra generationens invandrare har missbrukat heroin betydligt längre (4 år) än män med svensk bakgrund (2 år och 10 månader) innan de sökte hos Avgiftningen för första gången. Kvinnor i gruppen andra generationens invandrare har i genomsnitt missbrukat 2 år och 10 månader och kvinnor med svensk bakgrund 1 år och 4 månader.

Ovanstående siffror visar dels att män hade en längre missbruksperiod av heroin än kvinnor när de sökte till Avgiftningen och dels att andra generationens invandrare har missbrukat längre än ungdomar med svensk bakgrund. Härvid ska betänkas att en del har sökt för heroinmissbruk hos andra vårdgivare innan Avgiftningen öppnades 1993. En annan faktor av betydelse är, som redovisats innan, att en del andra generationens invandrare har debuterat tidigare.

## **DOSERING AV HEROIN**

En *annan* indikator är mängden heroin som ungdomarna uppger att de använder dagligen. Heroin har den egenskapen att det är toleransbildande vilket innebär att missbrukaren måste höja doseringen för att känna samma effekt eller för att inte bli abstinent. Ju

mer heroin som används desto mer pengar måste en missbrukare skaffa sig, vilket i sin tur betyder en större kriminalitet och/eller prostitution.

**Tabell 30 - Mängden heroin som används dagligen**

N= 46	svensk	2:a gen	gruppen	%
<½ gram	16	8	24	52.2
½-1 gram	6	9	15	32.6
> 1 gram	2	5	7	15.2
Totalt	22	22	46	100

Om 4 personer saknas uppgifter (1 svensk/3 andra generation)

Från tabellen framgår att andra generationens invandrare uppger sig ha använt större mängder heroin under perioden strax innan första vårdtillfället. Detta kan ha ett samband med att de oftare röker vilket kräver större mängder heroin.

## RÖKNING/INJEKTION

En *tredje* indikator är om heroin röks eller injiceras. Visserligen är både intagningsätten lika beroendeframkallande men som vi ska visa betyder övergången från rökning till injektion mycket för ungdomarnas självbild. För många är det en definitiv bekräftelse av att de är narkomaner. Förutom denna aspekt får injektion av heroin också mycket allvarliga följder för deras hälsa. Risken för infektioner och överdosering ökar kraftigt.

**Tabell 31 - På vilket sätt intas heroin?**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
intravenöst	13	10	23	46
rökning	6	9	15	30
iv/rökning	6	6	12	24
Totalt	25	25	50	100

Kategorin intravenöst (iv)/rökning innehåller personer som injicerat några få gånger och som föredrar att röka. Vid god tillgång röker man

heroinet, vid dålig tillgång används sprutan. Några fler svenskar injicerar och andra generationens invandrare röker heroin i något större utsträckning.

Innan vi går vidare vill vi gå in lite djupare på rökning av heroin. Anledningen är att det finns vissa kunskapsluckor både hos ungdomarna och allmänheten om s.k. ”rökheroin”. Vi föredrar att tala om heroin som sniffas, röks eller injiceras. Flera ungdomar som vi har intervjuat har bett oss att skriva med stora bokstäver: **DET FINNS INGET RÖKHEROIN !** Heroin är heroin oavsett hur man tar det. Att begreppet ”rökheroin” ändå har fått genomslag i Sverige skylls av några intervjuade på langarna som vill skapa intrycket av att rökheroin inte är så farligt. Andra skyller på massmedia som genom sensationella uppgifter om en ny inledning vill väcka uppmärksamhet (och sälja fler tidningar).

### ATT RÖKA HEROIN

Det finns flera sätt att inta heroin; sniffa, röka och injicera. I västvärlden är det vanligaste sättet att injicera. Efter upptäckten att HIV/AIDS sprids genom orna sprutor har rökning av heroin blivit vanligare. Att röka heroin är dock ingen nyhet. I Sverige introducerades rökning av heroin på sjuttioalet. Kerstin Tunving beskrev redan 1976 ingående om hur rökning av ”Brown Sugar” går till.<sup>57</sup> Exakt samma teknik används i dag.

Talet om en ”ny” drog ”rökheroin” tyder på att den gamla kunskapen om rökning av heroin har fallit i glömska. Eftersom rökning av heroin verkar vinna popularitet anser vi att det är meningsfullt att beskriva rökningstekniken, effekterna, för - och nackdelar, osv.<sup>58</sup>

Vid rökning av heroin förångas heroinet, det får inte brinna som tobak. Därför är det viktigt att temperaturen inte blir för hög. Temperaturen från en tändare ligger mellan 500 och 600 grader vilket är för högt.

<sup>57</sup>Tunving K. Heroinrökning i malmöregionen.

<sup>58</sup> Uppgifterna bygger på ett temanummer om rökning av heroin som tidskriften för narkomaner ”Mainline”, gav ut i mars/april 1995 i Amsterdam.



Detta kräver en särskild teknik som ska leda till att heroinet liksom smälter på foliet och man försöker följa ångan på foliepappret. Även tjockleken på foliet spelar en stor roll. Bästa tjockleken är 0.014 millimeter. Dvs den som man använder i ugnen. Heroinångan har en typisk lukt som påminner om diesel eller fönsterkitt.

Inte alla sorters heroin är lämpliga att röka. Den renaste formen av heroin, no 4, innehåller hydroklorid och måste först bearbetas för att kunna rökas. Heroin no4 beskrivs som överlägsen men finns numera inte eller sällan på marknaden. I stället kommer nästan allt heroin i Malmö från den Gyllene Halvmånen. Det är detta bruna heroin som i Sverige kallas "rökheroin" men som också kan injiceras fast då krävs att även citronsyra tillsätts.

**Tabell 32 - Sammansättning och verkningsgrad** <sup>59</sup>

Sammansättning	Verkningsgrad
Heroin / koffein	76%
Heroin (ren) Turkisk	62%
Heroin / methaqualon	55%
Heroin / noskapin	40%
Heroin / mannitol	25%
Heroin / laktos	23%
Heroin (pur) Kinesisk	17%
Heroin / glukos	13%
Heroin / paracetamol	10%
Heroin / askorbinsyra	1%

<sup>59</sup>Hans Huizer. 1988

Heroin späds oftast ut med koffein som förstärker rökbarheten. Koffein har nämligen den egenskapen att det från fast form direkt övergår till ånga och liksom tar med sig heroinet. Kombinationen heroin/koffein medför att rökaren får  $\frac{3}{4}$  av heroinet i sig. Alla andra kombinationer försämrar rökbarheten.

Jämfört med en injektion undviker man genom rökning av heroin att föroreningar, bakterier och virus direkt kommer in i blodet. Vid rökning passerar föroreningarna i heroinet först flimmerhåren, saliven och sedan blåsorna i lungorna innan det tas upp i blodet.

Rökning underlättar också att testa kvalitén och styrkan på heroinet. Det blir med andra ord svårare att överdosera. I tabell 32 framgår dock att skillnaden i effekt när heroinet är utspätt med koffein eller paracetamol är mycket stor. Just dessa två medel används oftast och gör att styrkan av heroin kan variera kraftigt från parti till parti och att effekten kan vara svår att bedöma.

Nackdelar är att rökning av heroin kan irritera luftvägarna med följd att dessa drar sig samman vilket framförallt för personer med astmatiska besvär kan vara livsfarligt. Vidare kan heroinet öka slemproduktionen och eftersom heroin dämpar hostimpulsen kan slemmet sjunka ner i lungorna och orsaka lunginflammation. Risker för hälsan kan också uppstå när man håller foliepappret med fel sida uppåt. På en sida av aluminiumfolie finns ett tunt lager olja för att foliet inte ska klistra fast. Det är lätt att känna igen denna glänsande sida. Denna olja ska inte rökas och de flesta är noga med att lägga heroinet på den matta sidan.

## **ATT BÖRJA INJICERA ÄR EN MILSTOLPE**

Sättet att ta heroin är dock inte bara en smaksak och mycket viktigare än man i första hand tror. Att röka, injicera eller göra både och har därför varit ett tema i intervjuerna.

Ur samtalen med ungdomarna framgår att övergången från rökning till injektion är en milstolpe i deras missbrukskarriär och betydelsefull

utifrån flera synvinklar. Liksom heroindebuten kan de i detalj beskriva omständigheterna vid första injektionen.

Det finns tre olika anledningar till varför man övergår från rökning till att injicera heroin. Dessa sammanfattas väl i följande citat:

"Det var liksom det ekonomiska att eh... Och sen var det att jag inte tyckte om heroinröken. Jag mådde dåligt, illa av den. Det luktar så jävla äckligt liksom. Osar jäveln liksom (om första sprutan). Så kände jag den heroinsmaken liksom i hela kroppen. Det var en helt annan grej. Det var... jag är så jävla kickfixerad, det är det också".

Den första anledningen är av ekonomisk karaktär. Mängden heroin som krävs för hålla abstinensbesvär borta samt att uppnå den efterlängta kicken blir allt högre. Dessutom finns det en gräns för hur mycket man orkar stjäla, sälja eller prostituera sig.

"Första året rökte jag, sen gick jag över till att skjuta, det blev billigare liksom eller gör det det egentligen?"

"Ja, det var väl för att när man röker så blev man frisk sen blev det inte mer va. Sen ut och ordna pengar igen och sen rökte man sig frisk. Liksom så sa min kille, han injicerade då och jag rökte. Så frågade han om jag inte ville prova det. Så gjorde jag det. Jag tänkte att jag tjänade mer på att injicera. Så gjorde jag det, så fastnade jag för det".

Den andra anledningen är den fräna smaken och lukten av heroin när det förbränns och som av flera beskrivs som obehagligt.

"Man får döont i halsen när man röker hela tiden, på folie. Mår illa, måste ha en spottkopp och sånt, nej usch".

Den tredje anledningen är att injektion av heroin ger en omedelbar effekt och ger en kraftigare kick.

"När jag började injicera heroin första gången, då fick jag en kick som man aldrig glömmer. Man blir kickfixerad. Men den kicken kommer heller aldrig tillbaka. Så jag har upplevt två kickar kan man säga. En kick när

jag började med heroinet när jag började sniffa och en kick när jag började injicera. Så två kickar, den bästa var när jag började injicera”.

”Det var ingen kick längre på att röka, jag blev inte fjuttad, inte ens frisk längre. Jag kom upp i såna kraftiga doser. Det var fler gram om dan som jag kom upp i. Sen när jag tog första fixen, det var bara så lite och sen kicken på det”.

Alla ungdomar beskriver steget till injektionsmissbruk som om de har passerat en gräns. Ett steg som de olika länge har försökt undvika att ta. De finns olika anledningar till denna tvekan och motstånd till att injicera heroin.

En är att man inte tycker om själva injektionen.

” Jag tyckte inte om det med spruta. Jag hatade sprutor. Jag har alltid svimmat när jag var liten och fick en spruta. Men till slut var jag tvungen till det”.

”Jag tycker inte om sprutor, jag gillar det inte. Jag känner mig smutsig”.

En annan anledningen ligger på en symbolisk nivå. Många av de som röker ser inte sig själva som missbrukare. Det blir man först när man injicerar.

”Det är svårt att göra det när det inte finns bevis, man ser inte det förrän efter ett tag. Ja, nu ser jag det, ugh, speciellt nu efter första gången jag tog en spruta, att jag var narkoman. Kanske sex, sju månader sen jag tog första sprutan. Då hade det gått för långt”.

”Ja jag visste väl vad narkoman, det visste jag väl inte så, det var det största steget att ta sig upp, jag har alltid sagt ändå sedan jag var liten, att jag aldrig, aldrig skulle ta en spruta. Ändå gjorde jag det. När man tar sin första spruta har man passerat en gräns så klart”.

”Det var mest i samband med att jag började injicera, det var då som jag insåg, som jag själv tyckte, nu är du knarkare. Annars ville jag aldrig, du vet såna äldre de visste, de sa: ja du är narkoman, du är hooked. Jag

kan sluta när jag vill. Men sen börjar man inse. Om det går så långt att man sprutar”.

Övergången från rökning av heroin till injektion innebär ett stort steg för ungdomarna. De flesta ser sig själva som narkomaner först i samband med att de började injicera. Stickmärken på kroppen gör att missbruket har blivit synligt.

### STICKMÄRKEN

En fjärde indikator som säger någonting om hur en person missbrukar är sättet på och var någonstans på kroppen han/hon injicerar.

**Tabell 33 - Stickmärke vid första inläggningen**

N= 44	svensk	2:a gen	totalt
ej injektion	6	9	15
ett armveck	6	3	9
båda armveck	6	5	11
en arm	2	-	2
båda armar	3	4	7
handen	1	3	4
foten	-	3	3
hals	-	-	-
skinkan	-	-	-

Om två personer med svensk - och fyra med utländsk bakgrund saknas uppgifter.

De som sticker sig i händer och fötter använder i regel också andra ställen på armarna och kan komma med i tabellen flera gånger. Armveck och hela armen anges för sig eftersom armvecket är det vanligaste ställe att börja injicera. Vissa personer klarar att hålla sig till ett injektionsställe. De flesta råkar ut för att venerna i armvecket genom broskbildning blir oanvändbara eller behöver vila och övergår man till det andra armvecket. Efter att även dessa injektionsställen är förbrukade övergår man till undersidan av en arm och sedan båda armarna. Efter dessa finns då händer och fötter kvar. Ett mera ovanligt

ställe är halsen som dock bedöms som riskabelt eftersom venerna där ligger nära halspulsådern. Det injiceras inte heller i ljumsken. För att klara av att injicera på dessa ställen krävs ordentliga anatomiska kunskaper samt en bra injektionsteknik, något som inte utmärker vår undersökningsgrupp. Om inga vener längre går att använda kan man injicera intramuskulärt. Ett sätt som dock oftast leder till svårbehandlade varbölder. Det finns också några personer som enbart injicerar i fötterna eftersom polisen eller föräldrar i regel inte letar där.

Hur länge man kan använda ett injektionsställe beror på vilket kön man tillhör. Kvinnor har i regel klenare vener och gör snabbare slut på dem. En annan faktor är heroinets kvalitén. Den sorten som numera är vanligast, s.k. turkiskt heroin, är svårlöst i vatten och man behöver tillsätta citronsyra för att få en lösning som går att injicera. Citronsyran är skadligt för venerna.

### **HIV, HEPATIT B OCH HEPATIT C**

En annan riskfaktor som förknippas med injektionsmissbruk är överföringen av olika sorters virus som HIV, hepatit B och hepatit C. Ingen i undersökningsgruppen är smittad av HIV. En annan bild gäller för hepatit B och C. Varje patient som läggs in på Avgiftningen lämnar ett blodprov för att se om han/hon bär på någon smittsam sjukdom.

**Tabell 34 - Viruologisk inkomstprov vid första inläggningen**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen	%
Hep B. AK	2	1	3	6
Hep C.	1	-	1	2
Hep C. AK	13	6	19	38
Hep B vacc	7	7	14	28
negativa	9	16	25	50

Hälften av gruppen hade ingen smitta alls. En mycket liten andel har antikroppar (AK) mot hepatit B vilket betyder att få har haft hepatit B. En person hade en pågående hepatit C vid första vårdtillfället, medan

19 personer hade blivit smittade tidigare och har antikroppar mot hepatit C. Att det är betydligt fler svenska ungdomar som har haft hepatit C kan till viss del förklaras av att de oftare injicerar. En annan möjlighet är att andra generationens invandrare är noggrannare när det gäller sprutbeteendet.

I samband med ett injektionsmissbruk etableras ofta också en kontakt med sprutbytet hos Infektionskliniken på MAS. Något som, förutom rena sprutor, också innebär provtagning av hepatit B och C samt HIV. Dessutom kan narkomaner som inte har antikroppar bli vaccinerade mot hepatit B. Detta enligt rekommendationer av Socialstyrelsen.<sup>60</sup>

## ÖVERDOS

En annan negativ konsekvens av övergången från rökning till injektion är att risken för överdosering blir överhängande.<sup>61</sup> En heroinist vill i allmänhet bli så påverkad som möjligt. Detta innebär att han/hon kommer så nära gränsen till medvetslöshet som möjligt. En överdos kan också uppstå genom orent eller ovanligt rent heroin. Genom injektion märker heroinisten inte av effekten förrän hela heroindosen är i kroppen, och det är för sent att göra någonting. Denna ständiga längtan till maximal påverkan (att vara fjuttad) och den medföljande risken för överdosering spelar en mycket stor roll i heroinisternas liv. För ungdomarna i undersökningsgruppen innebär detta att de själva varit nära döden ett antal gånger eller har sett andra dö. Anledning alltså att låta ungdomarna berätta om sina erfarenheter av överdoser.

Under vilka omständigheter får man en överdos?

I regel är man redan påverkad av droger, alkohol eller tabletter. Det gör att man har svårt att dosera rätt och att man tål mindre heroin.

<sup>60</sup>Socialstyrelsens författningssamling 1991:2, sid 9.

<sup>61</sup> Ordet "överdos" kan ha olika innebörd. Det kan betyda hjärt - eller andningsstillestånd som leder till döden om inte motåtgärder sätts in snabbt. Oftare används ordet för att ange ett tillstånd där heroinmisbrukaren blir medvetslös eller faller i djup sömn.

Rohypnol t ex förstärker effekten av heroin. Förutom att man felbedömer hur mycket heroin man tål är ofta styrkan av heroinet okänd.

"Jag hade tagit för mycket piller och druckit sprit och var helt utflippad. På restaurangen tog jag en fix och såg inte hur mycket jag la in. Fick en överdos".

Tre ungdomar berättar att de haft överdoser när de röker heroin. Ofta i samband med tabletter. Något som vi inte hade hört talas om innan. Det visar sig då att betydelsen av ordet "överdos" inte är samma för alla. För några betyder en överdos att de har somnat eller fått andningssvårigheter. Hos andra går gränsen vid medvetlöshet eller hjärtstillestånd. Ingen av dem som beskrivit en överdos genom rökning har haft hjärt - eller andningsstillestånd.

Ungdomarna har med undantag av några situationer varit tillsammans med andra heroinister när de fått en överdos.<sup>62</sup> I de allra flesta fall har det varit dessa som har väckt dem till liv. Detta görs genom att slå den överdoserade hårt i ansiktet, ta ut honom/henne på balkongen i friska luften, lägga honom/henne i kallt vatten i badkaret eller under duschen. Någon nämner hjärtmassage och konstgjord andning. Likaså har ungdomarna hjälpt till att rädda livet på andra när dessa har tagit en överdos.

"De började banka på mig, satte mig i duschen. Jag vet inte, de gjorde en massa saker. De sa att de inte kunde känna någon puls. Jag var helt yr, hade ont i bröstet för de hade bankat på mig."

Varför ringer de andra närvarande missbrukarna inte efter ambulansen när någon är medvetlös?

Denna fråga trängde sig på efter några intervjuer. Enbart utomstående ringde larmcentralen när de påträffade en medvetlös heroinist. Oftast

---

<sup>62</sup>En person tog en överdos i suicidsyfte och var då ensam.



är det släkt (mamma, mormor, syster) som kallar på hjälp, i ett annat fall var det hotellägaren. Heroinisterna själva gör det mycket sällan. Anledningen framgår tydligt av några citat:

"Sen är det folk som är rädda om sina grejor. Om sitt jonk, att polisen ska ta det. För polisen kommer oftast med nu om det är överdos. De kom och knackade på mitt hotellrum när min kompis fick överdos. Jag sa, jag vet ingenting."

*Vad var det som gjorde att de inte ringde ambulansen?*

"De ville väl inte att polisen skulle komma hem".

"För tyvärr är det så att om man umgås med folk som knarkar så är de ofta kriminella, och så är det någon som gömmer sig för polisen som inte kan gå därifrån. Så i många situationer får man rädda sig själv".

"Missbrukare ringer inte ambulansen, då kommer polisen, du vet. Missbrukare är som läkare. Jag har hjälpt andra".

Efter en överdos är reaktionerna olika.

Några tar det lugnare:

"Om man kan sätta en nål i handen, då, tycker jag man inte är rädd för mycket. Då är man ju nära döden hela tiden. Jag lärde mig liksom av det. Jag lärde mig också att vara försiktig med sprutor, vilka mängder. Jag lärde känna kroppen mer".

"Man blir rädd. Det blir man. Men man tänker mer, man tänker inte riktigt så utan jag tänker bättre att ta för lite än för mycket. Testar och provar mig fram så att jag vet hur mycket".

*Du tänker inte på att sluta p.g.a. av överdosen?*

"Jag har alltid tänkt att sluta varje gång efter en överdos".

Andra har en mer likgiltig inställning:

*Jag undrar varför man ändå fortsätter att ta heroin fastän man nästan har varit död?*

"Ja, ja, det är svårt att säga. Det är beroendet. Man skiter i det. Nästa dag har man glömt det. Man klarade det ju, samma dos. Kroppen är ju van vid den styrkan".

*Ja, men om man har haft en överdos betyder det att kroppen inte tål det.*

"Jag vet, men jag har redan tagit det och överlevt det. Så kan man ta kanske inte lika mycket, men nästan. Om man vill".

*Blir du inte rädd för dig själv?*

"Ja det klart man blir lite grann men sen är det över. Sen tänker man inte på det, man är så inne i sitt missbruk man, tänker inte på det, att man kan dö liksom. Det bekommer mig inte liksom".

Många heroinister har sett en kompis dö. Att de inte har ingripit beror oftast på att de själva har varit så påverkade att de inte har kunnat göra någonting.

"Jag har själv suttit med en kompis som dog. Han dog, vi hade rökt mycket, sen på morgonen, så hade han tagit en spruta. Så på morgonen så var han död, satt han med sprutan i armen. Död".

"Det första jag gjorde när jag upptäckte att han var död var att ta grejorna som han hade köpt av mig så att inte polisen skulle hitta nånting. Det är inte klokt".

Risken att överdosera är en del av heroinisternas vardag.

### **SAMMANFATTNING AV "MISSBRUKSITUATION"**

Bilden som växer fram är att de flesta har ett flerårigt heroinmissbruk bakom sig när de söker till Avgiftningen första gången. De flesta är på väg att bli eller är redan tunga heroinmissbrukare.

Hälften av gruppen uppger att de använder mindre än ett halvt gram heroin om dagen. Andra generationens invandrare uppger större mängder vilket kan bero på att de oftare röker heroin.

Rökning av heroin i Malmöregionen har varit känt sedan 1974. Ungdomarna anser att ordet "rökheroin" felaktigt antyder att det är en ny sorts drog.

I stort sett börjar alla med att röka heroin och en betydande del övergår efter olika lång tid till att injicera heroin.

Övergången till injektion får flera konsekvenser. För ungdomarna innebär det att de definitivt har tagit steget till att vara narkoman.

Injektion betyder också risk för överdosering. Nästan alla som har intervjuats uppger att de har varit med om en överdos eller sett andra få en.

Ingen är HIV-smittad och mycket få har haft hepatit B. Antalet som har haft hepatit C är desto större. Drygt ¼ har vaccinerats mot hepatit B.

## 7. Situationen december 1996

I detta kapitel redovisas hur ungdomarnas situation har ändrats under tiden som de har haft kontakt med Avgiftningen. Ett antal indikatorer som användes i föregående kapitel för att beskriva ungdomarnas situation vid första tillfället jämförs med situationen december 1996. Till exempel; kriminalitet, prostitution, rökning/injektion, osv.

En stor del av gruppen (33 personer) har varit inlagda två eller flera gånger. Det totala antalet vårdtillfällen är 161. Besöksfrekvensen är dock olika. Vissa har flera vårdtillfällen under ett år, medan det hos andra går ett år mellan vårdtillfällena. Andra har varit på informations-samtal utan att bli inlagd eller har information om deras situation inhämtats på annat sätt, t ex journalhandlingar eller personlig kontakt. Detta ger oss en möjlighet att följa upp hur deras situation har ändrat sig från första vårdtillfället på Avgiftningen till december 1996.

Detta är ingen uppföljningen i traditionell bemärkelse där en grupp jämförs mellan två bestämda tidpunkter. Uppföljningstiden i vår undersökning är olika, eftersom ungdomarna har lagts in spritt över åren. Vi bedömer inte detta som något hinder eftersom vår målsättning är att beskriva gruppen och inte statistiskt belägga hur situationen har ändrats för individerna som ingår i gruppen. Nedanstående tabell visar hur de olika uppföljningstiderna är fördelade över perioden 1993 - 1996.

**Tabell 35 - År för första inläggningen**

N= 50	svensk	2:a gen	totalt
1993	8	10	18
1994	5	5	10
1995	7	4	11
1996	6	6	12

Tabellen visar en ganska jämn fördelning förutom 1993 då gruppen är störst. Detta innebär att uppföljningstiden varierar mellan fyra månader och fyra år.

### **SOCIAL SITUATION 1996**

Som tidigare har framgått får ett heroinmissbruk konsekvenser för ungdomarnas sociala situation. När det gäller bostadsförhållanden har 10 personer förlorat sin bostad och är nu inneboende hos föräldrar eller vänner. Tre personer som tidigare var inneboende har fått egen bostad. Om 12 personer saknas uppgift.

Även när det gäller försörjningssätt har situationen ändrat sig. Av 12 personer som hade A-kassa vid första vårdtillfället har tre personer blivit utförsäkrade och lever nu på socialbidrag. Dessa tre tillhör gruppen som sökte vård första gången under 1993. De återstående nio personerna med A-kassa har alla lagts in under 1995 och framförallt 1996. En förväntning som är ganska realistisk är att många av dessa så småningom kommer att bli utförsäkrade.

### **KRIMINALITET 1996**

En stor del av gruppen var kriminellt belastad innan de kom till Avgiftningen första gången. I december 1996 har i stort sätt alla gjort sig skyldig till kriminella handlingar. En flicka med svensk bakgrund är fortfarande inte kriminell och om en person saknas uppgift.

Även när det gäller påföljden har situationen ändrats för många.

**Tabell 36 - Påföljd december 1996**

N= 49	svensk		2:a gen.		gruppen	
	1:a vtf	dec 96	1:a vtf	dec 96	1:a vtf	dec 96
ej kriminell	3	1	2	0	5	1
ej dömd	4	4	4	5	8	9
dagsböter	-	-	1	-	1	0
skyddstillsyn	3	4	4	5	7	9
skyddstillsyn + föreskrifter	4	2	3	2	7	4
villkorlig dom	1	1	2	1	3	2
fängelse <6 mån	9	11	6	8	15	19
fängelse >6 mån	1	1	3	4	4	5
totalt	25	24	25	25	50	49

Om en person saknas uppgift.

Den tydligaste förändringen är att fler har blivit dömda till fängelsestraff. I samtliga fall är anledningen att personerna har misskött sin övervakning eller avbrutit kontraktsvården. Det finns fortfarande en grupp som är kriminell men inte har blivit dömd.

### PROSTITUTION 1996

Ett annat uttryck för att fler i gruppen har fastnat ordentligt i missbruk är andelen som har börjat prostituera sig. Flera som vid första vårdtillfället har sagt att de aldrig kan tänka sig att börja med prostitution har likväl hamnat i gatuprostitution.

**Tabell 37 - Prostitution december 1996**

N= 22	sv.1a	sv.96		2:a gen 1a	2:a gen 96		gruppen 1a	gruppen 96
nej	7	3	nej	9	4	nej	16	7
ja	2	6	ja	4	9	ja	6	15
Totalt	9	9	Totalt	13	13	Totalt	22	22

Jämfört med första vårdtillfället har det skett en markant förändring. Två tredje delar av såväl kvinnor med svensk bakgrund som andra generationens invandrarkvinnor sysslar nu med gatuprostitution eller någon annan form av prostitution. Kvinnorna har därmed hamnat i en ond cirkel. De prostituerar sig för finansiera sitt (ibland även pojkvännens) missbruk och för att klara av prostitutionen behöver de större mängder droger. En anledning till att fler kvinnor har börjat prostituera sig kan vara att kvinnor i regel försörjer sig på butiksstölder. Efter en tid blir de igenkända hos fler butiker och det är svårare att stjäla.

### FRÅN RÖKNING TILL INJEKTION?

Ett allmänt antagande är att rökning av heroin förr eller senare leder till ett intravenöst missbruk av heroin.<sup>63</sup> Gäller detta även för den nya generationen heroinmissbrukare?

Från uppgifter som patienterna lämnade samt den somatiska undersökningen vid första vårdtillfället framgick att 15 personer rökte heroin och 12 antingen rökte eller injicerade. Vid en genomgång 31 december 1996 är situationen följande:

**Tabell 38 - Administrationssätt december 1996**

N= 46	svensk 1:a	svensk 96	2:a gen 1:a	2:a gen 96	gruppen 1a	gruppen 96
intrav	14	18	10	18	23	36
rökning	5	2	9	3	15	5
intra /rökning	6	1	6	4	12	5
Totalt	25	21	25	25	50	46

Om fyra ungdomar med svensk bakgrund saknas uppgift angående administrationssätt december 1996.

Personer i kategorien "intra/rökning" röker övervägande men injicerar ibland.

<sup>63</sup>Al-Baldawi, 1994, sid 34.

Om 14 personer vet vi att dessa har gått över till injektionsmissbruk, dvs att injektion dominerar som intagningsätt. En person har efter en överdos återgått till att enbart röka heroin.

Tabellen visar att en betydande del har gått över från rökning och rökning/injektion till injektion som dominerade intagningsätt. December 1996 är det bara fem kvar som enbart röker heroin.

Det är i detta sammanhang också intressant om det finns några skillnader mellan ungdomarna med svensk bakgrund och andra generationens invandrare när det gäller debutålder för injektion av heroin.

För gruppen andra generationens invandrare är genomsnittsåldern 21.1 år. Män 21 år och kvinnor 21.2 år.

För gruppen med svensk bakgrund är genomsnittsåldern 20.6 år. Män 20.4 år och kvinnor 21 år. Det finns alltså inga större skillnader när det gäller härkomst eller kön för åldern vid injektionsdebut med heroin.

En skillnad finns det däremot om vi kopplar dessa uppgifter till debutåldern med heroin. Bland andra generationens invandrare (18 år) går det i genomsnitt drygt tre år mellan heroindebut och första sprutan. Svenska ungdomar övergår mycket snabbare från heroindebuten (20 år) till injektion av heroin, ½ år. Detta kan möjligtvis förklaras med att fem ungdomar med svensk bakgrund (huvudsakligen kvinnor) tidigare har haft ett injektionsmissbruk av amfetamin och därmed kanske ett mindre motstånd mot att injicera heroin.

Den allmänna bilden av att svenska missbrukare injicerar och att utländska röker heroin verkar bara i liten utsträckning gälla för vår undersökningsgrupp. Vad säger ungdomarna själva om eventuella skillnader mellan svenskar och utlänningar?

"Någon skillnad mellan svenskar och utlänningar i Malmö? Det är svårt att dra ett streck mellan vilka som är utlänningar. Det är många som är



andra generationens utlänningar, precis som jag. Jag menar är man utlänning eller är man svensk? Många har bott hela sitt liv, de känner inte till något annat land. Men de råkar ha en eller två föräldrar som kommer från annanstans ifrån. Och tyvärr är det de ungdomar av andra och nu tredje generationen som knarkar mycket.

Jag tror att utlänningar syns mer ute. De har mer attityd, medan, alltså en attityd gentemot samhället. Alltså någon slags hat gentemot myndigheter och så va. Svenskarna har det också bland de som knarkar men jag uppfattar dem som mer tama. Att de smälter in på ett annat sätt".

"För några år sedan så var det mer skillnad för då var det vanligare att utlänningarna rökte heroin. Och de höll sig på sin sida för de var inte knarkare på samma sätt som pundarna, som de kallade dem för. Svenskarna, det var mer så att de, i Stockholm i alla fall, använde mer vitt, som de sköt. Men sen så har ju det blivit mer liksom, beroende på tillgång och så, blivit så att finns det inte vitt så tar man brunt, och fler och fler som rökte för tre/fyra år sedan, de har börjat nu att spruta. Det är den utveckling som går liksom. Fler och fler tar sprutor snabbare, många börjar röka, men tar till sprutorna snabbt".

*Finns det några skillnader mellan utländska och svenska ungdomar?*

"De röker mest. Vi skjuter mer, det är därför vi finns i farozonen, för att vi skjuter och tar tabletter och de bara röker, tar inte tabletter, bara röker".

*De unga också?*

"De gamla. De röker".

*Och de unga?*

"De skjuter". (injicerar)

*Även de med utländsk bakgrund?*

"Ja".

## **STICKMÄRKEN 1996**

En annan indikator som visar missbrukets intensitet består av uppgifter om var ungdomarna sticker sig.

**Tabell 39 - Stickmärken december 1996**

N= 30	svensk		2:a gen			hela gruppen	
	1:a	96	1:a	96		tot 1:a	tot 96
ej injektion	6	3	9	4	ej injektion	15	7
ett armveck	6	2	3	3	ett armveck	9	5
båda armveck	6	1	5	3	båda armveck	11	4
en arm	2	1	-	-	en arm	2	1
båda armar	3	4	4	3	båda armar	7	7
handen	1	5	3	3	handen	4	8
foten	-	3	3	2	foten	3	5
hals	-	1	-	2	hals	-	3
skinkan	-	2	-	-	skinkan	-	2

Om tre personer saknas uppgift helt och 17 personer har bara varit inlagda en gång och vi vet inget om stickmärken efter första vårdtillfället.

Tabellen visar att jämfört med första vårdtillfället använder många fler flera olika injektionsställen. Detta är ett tydligt tecken på svårigheter att hitta användbara vener.

Speciellt injektioner i skinkan och halsen kan betraktas som ett tecken på desperation.

Uppgifterna om att sju av kvinnorna har börjat medicinera sig själva med illegalt metadon bekräftar att speciellt kvinnorna har svårt att hitta användbara vener.<sup>64</sup>

### HEPATIT 1996

Övergången från rökning till injektion ökar risken för att bli smittad av sjukdomar som HIV och hepatit. December 1996 är fortfarande ingen smittad av HIV, och det verkar som om smittospridningen av hepatit B har avstannat i denna grupp. När det gäller spridning av hepatit C är situationen det motsatta.

<sup>64</sup>Illegalt metadon inhandlas i Köpenhamn.

**Tabell 40 - Hepatit C december 1996**

N= 50	svensk 1a	svensk 96	2:a gen 1a	2:a gen 96	gruppen 1a	gruppen 96		
Hep C ag	13	17	6	14	19	38%	31	62%

Andelen hepatit C positiva är nu alltså 62%, och det verkar som om de flesta som börjar injicera också ganska snart blir smittade av hepatit C. Bland andra generationens invandrare har det skett en markant ökning och de har nästan kommit i kapp svenska ungdomar.

Att spridning av ett virus fortfarande förekommer är ett tecken på att missbrukarnas sprutvanor fortfarande är riskfyllda. Detta ger oss anledning att titta närmare på hepatit C och dess smittovägar.

### Hepatit C

Hepatit C är inget nyupptäckt virus utan var fram till 1990 känd under namnet hepatit nonA-nonB. 1990 blev det möjligt att diagnosticera viruset som blev döpt till Hepatit C Virus (HCV). HCV sprids vad man vet i dag nästan enbart genom blodöverföring. I och med möjligheten att spåra viruset i blodet förekommer inte längre överföring genom blodtransfusion och det är övervägande intravenösa missbrukare som smittas. Andelen smittade intravenösa missbrukare i Sverige är hög, 70 - 90%. För en liten grupp är det okänt hur smittan har överförts.

Från 1990 till 1996 har i Malmö 529 bärare av HCV upptäckts bland missbrukare samt 20 fall av akut HCV.<sup>65</sup> Att det anmäls så få akuta fall beror sannolikt på att HCV har ett mildt sjukdomsförlopp. Många märker inte att de har blivit smittade och är sjuka. Om konsekvenserna av HCV är inte mycket känt. Säkert är dock att viruset har funnits bland missbrukare sedan sjuttioalet, och om det skulle vara så att det leder till t ex skrumplever borde man ha märkt detta i sjukvården.

<sup>65</sup>Smittskyddsensheten, Malmöhuslän

Den stora spridningen av HCV bland intravenösa missbrukare väcker spörsmål om deras sprutvanor. Sedan upptäckten av HIV/AIDS bland missbrukare 1985 har det i både Lund och Malmö satsats på att genom information och tillhandahållning av rena sprutor förbättra narkomanernas sprutvanor. I Malmö har sedan 1989 inga nya fall av i Malmö smittade intravenösa missbrukare konstaterats. Denna minskade spridningen av HIV bland injektionsmissbrukare skulle kunna leda till slutsatsen att missbrukarnas sprutvanor har förbättrats t ex. genom tillgång till egna rena sprutor och att de inte längre behöver dela sprutor. Vi har frågat intervjupersonerna om deras sprutvanor samt hur de har blivit smittade av hepatit C.

### **Delar (nästan) aldrig sprutor**

På frågan om de någon gång har delat en spruta med någon annan förnekar de flesta till en början att de har använt någon annans spruta. Medvetenhet om farorna med att dela en spruta är stor. Nästan alla som injicerar får också rena sprutor hos sprutbytet, antingen direkt eller genom ombud. Frågan kvarstår då hur de har blivit smittade?

Det visar sig att många ändå delar sprutor fast då med t ex sin partner eller sin bästa vän som man litar blint på. Med "inte dela sprutor" menar man att inte dela sprutor med främmande eller med personer som man misstänker har någon sjukdom (HIV).

"Det var bara med en kompis som också tog. Vi började samtidigt med det, så det var med honom. Och så gick han på sitt håll och fick det någonstans och så fick jag av honom. Jag tror inte att han visste då. För vi tänkte inte på kontroller och sånt".

"Jag fick pump och kanyl av en kompis, givetvis nya, inpaketerad. Men jag har gjort misstaget att dela med en, jag ska inte säga bror till mig, men en mycket nära vän till mig. Tvättade och sånt först med tvål men jag fick hepatit C. Sen dess har jag gått till sprutbytet sedan jag började injicera".

Ett annat riskmoment utgörs av de som injicerar för första gången och i regel inte har tillgång till rena sprutor lika lätt som de etablerade

sprutnarkomanerna.<sup>66</sup> Dessutom är den första sprutan mycket sällan planerad utan det bara händer.

"Han hade födelsedag så vi åkte över till Danmark, så skulle han köpa i Danmark och så blev han lurad. Och så köpte jag och så fixade han verktyg, för han blev förbannad för att de hade blåst honom. Så sa han, det blir bättre effekt när vi har så lite".

En annan blev överraskad av en kompis:

"När jag var tjugo år gammal, på min födelsedag, satte jag min första jungfru. Min första fix".

Även de som inte uppfyller åldersgränsen (20 år) för deltagande i sprutbytet utgör en riskgrupp. Dessa kan dock få rena sprutor på annat sätt, t ex genom äldre kamrater.

Flera personer har berättat att de bara har injicerat några få gånger och blivit smittade vid ett av dessa tillfällen.

*Har du använt andras verktyg?*

"Ja några gånger, men jag brukar alltid vara noggrann med det. Men de gångerna räckte, jag fick hepatit C".

Andra uppger att de aldrig har delat sprutor men ändå har fått hepatit C. Det finns tydligen andra sätt att bli smittad än genom att använda någon annans spruta.

### **Inte bara sprutor smittar**

Förutom att använda någon annans spruta finns det andra smittomoment som förmodligen inte i lika hög grad är förankrade i missbrukarnas medvetande. Inte heller hos läkarna för den delen. Hepatit C är klassad som en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen och alla kända fall ska anmälas till smittskyddsläkaren. Den smittade ska följa förhållningsregler som ges

---

<sup>66</sup>För att kunna få rena sprutor första gången måste man visa upp stickmärken.

av behandlande läkaren. I informationsbladet till patienten nämns följande förhållningsregel till missbrukare; ”Om du injicerar narkotika måste Du ha egna sprutor och nålar och ej låta andra använda dessa”.<sup>67</sup>Denna information är minst sagt bristfälligt och ensidigt inriktad på sprutor. Det finns nämligen flera andra steg i proceduren som förbereder en injektion av t ex heroin som kan överföra en smitta, inte bara hepatit C utan även hepatit B och HIV.<sup>68</sup>

### Skeden

Den vanligaste heroinsorten behöver kokas upp i vatten för att lösas. I regel används härför en sked. Hepatit C och andra virus kan sitta kvar på skeden och att använda någon annans sked kan innebära att bli smittad. Koktiden för att lösa heroin räcker inte för att döda ett virus.

### Vatten

Vattnet som används för att lösa heroinet kan också vara en smittoväg. Bakterier och virus överlever i vatten (i synnerhet varmt vatten) och att använda vatten som har varit i kontakt med någon annans sprutverktyg kan innebära att man blir smittad.

### Filter

Efter att heroinet har lösts upp i vatten sugs lösningen in i sprutan genom ett filter (t ex, cigarettfilter, bomullstussar, tamponger, etc.). Detta för att förhindra att grova partiklar kommer in i blodet som kan orsaka skador på venerna, hjärtat samt kan fastna i lungorna och orsaka dödsfall. Ett filter stoppar inte bakterier/virus utan ett använt filter kan tvärtemot överföra dessa.

### Citronsyra

För att lösa det bruna heroinet behöver syra tillsättas. Härtill används askorbinsyra (1 del syra på 8 delar heroin). Denna syra är inte bra för venerna och så lite som möjligt är bäst. I brist på askorbinsyra används också citronsaft ur en flaska eller en citron. Den innehåller mycket C-

---

<sup>67</sup>Hepatit C. Information som delas ut till patienter på Alkohol - och Narkotikakliniken. 92 04 16

<sup>68</sup>Temanummer om hepatit C i Mainline.

vitaminer och vissa tror därför att det är bra för hälsan. Den innehåller dock fibrer som kan täppa till nålen eller komma in i blodomloppet och orsaka trombos och inflammationer. En flaska eller citron som har varit i kontakt med någon annans verktyg kan sprida ett virus.

Dessa smittovägar kan dels förklara varför missbrukare trots att de inte delar sprutor ändå blir smittade av hepatit C viruset.

Övergången från rökning till injektion innebär för de allra flesta täta kontakter med sprutbytet på Infektionskliniken, där möjligheten finns till att bli vaccinerad mot hepatit B.

**Tabell 41 - Vaccination mot Hepatit B december 1996**

N= 50	svensk 1:a	svensk 96	2:a gen 1:a	2:a gen 96	gruppen 1:a	gruppen 96
Hep B vacc	7 (28%)	14 (56%)	7 (28%)	12 (48%)	14 (28%)	26 (52%)

Vid 1:a vårdtillfället hade tre personer antikroppar mot hepatit B. Inget nytt fall av hepatit B har sedan tillkommit i vår undersökningsgrupp. Över hälften har nu låtit vaccinera sig. Anmärkningsvärt är att det bland de nyvaccinerade inte finns någon man ur gruppen andra generationens invandrare. Det finns flera anledningar till varför man inte vill låta vaccinera sig mot hepatit B. En är rädsla för sprutor. Detta kan låta konstigt eftersom det handlar om intravenösa missbrukare som injicerar heroin. Flera av dessa är dock rädda för provtagningen samt de tre injektioner som vaccinationen mot hepatit B innebär.

En annan anledning för att inte ta prover när det gäller HIV och hepatit B och C är rädslan för svaret.

### **MÄNGD HEROIN I DECEMBER 1996**

Mängden heroin som ungdomarna uppger vid inläggningen kan också ge en antydning om hur missbruket utvecklar sig. Nedanstående tabell visar mängderna räknat efter första vårdtillfället. Inom gruppen

förekommer förändringar över tid, några missbrukar mindre medan andra går upp i dos. Den sammanlagda bilden blir dock följande:

**Tabell 42 - Mängden heroin som används mellan vårdtillfällena**

N= 110	man	kvinnor	svensk	2:a gen	gruppen
< ½ gram	18	22	22	18	40 (36.4%)
½ till 1 gr	18	23	17	24	41 (37.3%)
> 1 gram	9	20	11	18	29 (26.3%)
Totalt	45	65	50	60	110 (100%)

18 personer som haft enbart ett vårdtillfälle (10 svenska och 8 andra gen.) har räknats bort. Om ett vårdtillfälle saknas uppgift. De återstående 32 personerna delar på 110 vårdtillfällen.

Jämfört med uppgifterna om första vårdtillfället har andelen som använder ½ till 1 gr och mer än ett gram ökat (se tabell 30). Siffrorna antyder också att andra generationens invandrare använder större mängder heroin vilket kan bero på att de oftare röker. Att kvinnor uppger större mängder kan ha ett samband med att de genom att prostituera sig har lättare att finansiera missbruket.

Uppgifterna om mängden heroin som används dagligen är behäftade med en del reservationer. Oftast har patienterna ett intresse av att överdriva mängden heroin som missbrukas. T. ex. i tron att uppgifter om ett kraftigt missbruk kan leda till en snabb inläggningstid. Dessutom kan patienten hoppas att läkaren ordinerar mycket mediciner under avgiftningen. Före avgiftningen är det omöjligt att kontrollera patienternas uppgifter om mängden heroin. Upplevelsen av abstinenssymtomen under avgiftningen är visserligen mycket individuell men när avgiftningen väl har påbörjats finns det dock några kliniska tecken som är relaterade till uppgifterna om missbruket. Det är främst avsaknaden av dessa kliniska symptom tillhörande heroinabstinensen som gör att man kan sätta frågetecken avseende mängden heroin. Andra subjektivt upplevda symptom är omöjliga att mäta. Ett allmänt intryck bland personalen på Avgiftningen är dock att de förväntade kliniskt iakttagbara abstinenssymtomen är



svaga eller saknas helt hos många ungdomar. Detta är förbryllande eftersom droganalysvaren otvetydigt visar att nästan alla har opiater i kroppen vid inkomsten. En möjlig förklaring är att heroinet är av dålig kvalitet. Detta fenomen har inte uppstått nyligen utan tas också upp av Goldstein som refererar till äldre amerikanska undersökningar (Goldstein 1993). Tyvärr saknas möjligheter att testa denna hypotes utan laboratorieanalyser.

En annan förklaring är att mängden heroin som används dagligen fylls på med bensodiazepiner av olika slag vilket leder till att avgiftningen inte svarar mot en klassisk abstinensbild.

### **NY TYP AV BLANDMISSBRUK**

Den landsomfattande UNO2 undersökningen visade att blandmissbruk numera dominerar.<sup>69</sup> Majoriteten av missbrukarna uppger att de använder två eller flera preparat. En intressant fråga blir då om den nya generationen följer detta mönster. Vi ska börja med att redovisa vilka preparat ungdomarna uppger sig ha tagit den senaste tiden innan inläggningen och jämföra deras uppgifter med resultaten av de urinprover de har lämnat vid inkomsten. Om 35 vårdtillfällen saknas uppgift om droganalys vid inkomsten vilket medför att nedanstående siffror berör 126 vårdtillfällen.

Alkohol: alkohol brukar inte ingå i rutinproverna men ingen har nämnt ett regelbundet eller problematiskt bruk av alkohol.

Cannabis: här finns en markant skillnad mellan ungdomarnas uppgifter och droganalyser. 9.3% uppgav sig ha rökt hasch medan 27% var positiva. Detta är inte så konstigt eftersom spår av hasch kan sitta kvar länge och ungdomarna kan ha glömt bort haschrökningen eller inte tyckt att det var värt att nämna.

Amfetamin: 6.1% uppgav ett intag av amfetamin dagarna innan inläggningen och 8% var positiva.

---

<sup>69</sup>Rapport nr 4, sid 116.

Opiat: alla patienterna, utom vid ett vårdtillfälle, har uppgivit ett missbruk av heroin. Detta stämmer ganska bra med droganalysvaren där 93.7% var positiva.

Bensodiazepiner: här finns den största skillnaden mellan uppgift och droganalys. 77% har uppgivit att de använder olika sorters bensodiazepiner av olika anledningar. En del använder dessa preparat när de själva försöker att tända av eller gå ner i dos, andra för att förstärka effekten av heroin eller som ersättning vid dålig tillgång på heroin. Droganalyserna visar 43.7% positiva svar. Bland bensodiazepiner märks preparat som sobril och valium. Ett preparat som dock oftast nämns i kombination med heroin är rohypnol. Rohypnol försvinner mycket snabbt ut ur kroppen vilket kan förklara den stora andelen negativa svar på droganalysen.

Ovanstående data visar att även den nya generationen heroinmissbrukare har ett blandmissbruk men att cannabis, alkohol och amfetamin spelar en mycket undanskymd roll. Enligt patienterna är det i stället kombinationen heroin och rohypnol som dominerar. Detta tillsammans med andra uppgifter tyder på att rohypnol intar en viktig plats som missbrukspreparat. Det finns därför anledning att titta lite närmare på detta populära sömnmedel.

## **ROHYPNOL**

Bland äldre heroinmissbrukare används psykofarmaka och i synnerhet bensodiazepiner samt analgetica för att dryga ut heroinet, gå ner i dos eller i avtändningssyfte. Preparat som valium (diazepam) och sobril (oxazepam) har sedan länge använts av heroinister, men överträffas numera i popularitet av rohypnol (flunitrazepam).

Samverkan mellan olika preparat har många gånger upptäckts av missbrukare långt innan kliniker och läkemedelsindustrin har kommit fram till samma slutsatser.<sup>70</sup>I Sverige har blandningen av alkohol och rohypnol av främst ungdomar varit känd sedan några år. Denna

---

<sup>70</sup>Strang, Seivewright, Farell, 1993, sid 132.

blandning har uppmärksammats p.g.a. en del fall av grov misshandel där förövarna som varit påverkade av alkohol/rohypnol uppgav sig inte minnas någonting av händelsen. Om samverkan mellan rohypnol och heroin är känt att rohypnol förstärker effekten av heroin.

En australiensk undersökning om missbruk av bensodiazepiner bland heroinister visade att rohypnol var den mest eftertraktade sorten. På frågan vilken av bensodiazepinerna man helst använder svarade 42% rohypnol, med motivering att detta preparat är starkast och ger den bästa kicken.<sup>71</sup> Anledningen till denna popularitet är att effekten av rohypnol (liksom valium) efter intag inträder mycket snabbt.

### **Rohypnol viktigt i kombination med heroin**

Efter de första intervjuerna blev det snabbt klart att rohypnol har en särställning som missbrukspreparat bland unga heroinister, och vi bestämde att fortsättningsvis ta upp detta som ett tema i de efterföljande intervjuerna.

Användningen av rohypnol tillsammans med heroin förklaras av ungdomerna med att effekten av heroinet förstärks. Efter en tid har de kommit upp i sådana höga doser att det blir svårt att finansiera missbruket, och rohypnol blir ett viktigt tillskott i det dagliga drogintaget.

Sättet att använda rohypnol tillsammans med heroin varierar. Vissa tar två tabletter och låter dessa smälta under tungan innan heroinet injiceras. Andra föredrar att svälja rohypnol en tid innan injektionen, eftersom effekten av rohypnol kommer lite senare än heroinet och man är ute efter att effekterna kommer samtidigt. Antalet tabletter som konsumeras åt gången varierar från fem till femton.

Ett tredje sätt är att injicera rohypnol tillsammans med heroin. Flera intervjupersoner har ingående beskrivit hur detta går till. Efter att ha krossat två till fyra tabletter kokas dessa i vatten tills vätskan antar en

---

<sup>71</sup>Darke, Ross, Hall, 1995

grön färg. Missbrukarna beskriver detta som ett tecken på att bindemedlet i tablettens har lösts upp och rohypnolen är färdig att injiceras.

"Jag har till och med börjat injicera rohypnol nu i slutet. För att jag blir inte kickad på heroinet utan jag var tvungen att ta fyra rohypnol och då koka rohypnol med vatten tillräckligt länge tills det blir grönt. Så att bindemedlet går bort. Annars får du bindemedlet i dig".

Rohypnol injiceras tillsammans med heroinet i samma spruta.

"Det blir som en Hot Shot.<sup>72</sup> Det delar sig, om man inte skakar. Heroinet kommer underst och sen så ligger rohypnol överst. Men det blandas lite. Alltså man kan inte hålla det så hela tiden när man sitter och tar, så klart att det blandas lite. Men det är väl lite en psykologisk sak. Jag tycker att det fungerar bättre så, men det är väl klart det kan väl inte göra någon skillnad egentligen. Det är väl lite en smaksak".

Farmakologen Sven Björkman vid MAS uppger att rohypnol har använts som injektionslösning vid premedicinering inför operationer och att rohypnol i sig, liksom bindemedlet, vid injicering utöver de vanliga riskerna, inte är skadligt för kroppen. Den största faran är att partiklar kommer in i blodomloppet vilket kan orsaka dödsfall. Om ritualen att koka rohypnol tills det blir grönt säger han att det stämmer att bindemedlet (laktos) försvinner, men att den gröna färgen beror på att sammansättningen av molekylerna i den verksamma substansen Flunitrazepam ändras. Det är inte känt om detta också leder till förändrade egenskaper hos Flunitrazepam.<sup>73</sup>

### **Illegal marknad för rohypnol**

Vi har också frågat var rohypnolen införskaffas. I regel antas det att rohypnolen skrivs ut av läkare eller genom receptförfalskning hamnar på den illegala marknaden. Ingen av våra intervjupersoner anger dock dessa sätt. I stället verkar det som att det finns en omfattande svart

<sup>72</sup>Populär drink på krogar.

<sup>73</sup>Sven Björkman, MAS 1996, personl komm.

import av rohypnol. En import som att döma från de mängder som används måste vara ganska stor.<sup>74</sup>

Som ursprungsländer nämns Spanien, Tyskland och länder i Östeuropa. Ett problem härvid är att man inte vet något om sammansättningen eller styrkan av tabletterna som köps på den illegala marknaden. Så florerade för två år sedan "Polsk rohypnol" som vid närmare analys visade sig innehålla diazepam (valium). Vidare finns det spanska rohypnol som har en styrka på 2 mg medan de svenska har 1 mg.

Under våren 1997 var priset på en tablett rohypnol ca. 10 kr st. Vid inköp av 100 tabletter blir styckepriiset ca. 5 kr och vid större mängder, över 1000 st sjunker priset till ca. 3 kr st.

### **Konsekvenser av rohypnol**

Blandningen av rohypnol och heroin medför flera problem.

Den första och kanske viktigaste konsekvensen är att risken för att få en överdos ökar. Nästan alla intervjupersoner beskriver att en överdos till följd av heroinintag nästan alltid sker i samband med påverkan av framförallt rohypnol. Detta bekräftas av en undersökning om överdoser som har gjorts av rättspatologen i Lund, Peter Krantz.<sup>75</sup> Det verkar vara svårt att bedöma mängden heroin i förhållande till mängden rohypnol som man, före eller samtidigt med heroininjektionen, har tagit.

Den andra konsekvensen är att när heroinisten ska avgiftas så växer problematiken med sömnlöshet.<sup>76</sup> En abrupt utsättning av sömnmedlet rohypnol leder till en upptrappning av de redan svåra sömnstörningarna.

<sup>74</sup>Juni 1997 beslagtogs tullen i Malmö 50 000 tabletter innehållande flunitrazepam, månaden innan beslagtogs tullen i Trelleborg 20 000 tabletter innehållande flunitrazepam. Tidigare har beslag gjorts av 30 000 och 50 000 tabletter. I samtliga fall kom dessa från ett östland. Sydsvenska dagbladet 13-06-97

<sup>75</sup>Peter Krantz 1996.

<sup>76</sup>John Pecknold. 1994 sid 225.

En sista indikator som säger någonting om utvecklingen av ungdomarnas situation är om samhället har reagerat genom att ta till tvångsvård.

### **ANDELEN MED LVM - VÅRD DECEMBER 1996**

Enligt lagen om LVM ska socialtjänsten ingripa om det föreligger fara för missbrukarens liv eller om han/hon löper risk att förstöra sitt liv genom missbruk. Vi har redan konstaterat att LVM-lagen i endast två fall hade tillämpats innan första vårdtillfället på Avgiftningen.

Fram till december 1996 hade sju ungdomar skrivits ut från Avgiftningen till ett LVM-hem. Det verkliga antalet som har blivit dömda till LVM är högre, eftersom några har transporterats direkt till institutionen utan att passera Avgiftningen. Om vi tar med dessa i beräkningen blir bilden följande.

**Tabell 43 - LVM december 1996**

N= 50	svensk	2:a gen	gruppen
man	3	2	5
kvinnor	4	7	11
totalt	7	9	16

En svensk man, två svenska kvinnor och en andra generationens invandrarkvinna har blivit dömda två gånger. Markant är den höga andelen kvinnor som har dömts till LVM.<sup>77</sup>

Tvångsvård enligt LVM har tillgripats i betydligt större utsträckning under undersökningsperioden än innan första vårdtillfället. En möjlig förklaring är att många har fått någon slags ultimatum från socialtjänsten om att avgifta sig och gå vidare till vård, annars blir det LVM.

En annan förklaring är att situationen har försämrats i en sådan grad att anhöriga eller socialsekreterare har ansett att ett tvångsomhändertagande enligt LVM var den enda återstående åtgärden.

<sup>77</sup> Samma fenomen konstaterades i en rapport om tvångsvård enligt LVM på "gamla" Avgiftningen. Nilsson, Tops 1994

Det ligger utanför rapportens mål att följa resultaten av tvångsåtgärden systematiskt, men vi vill ändå förmedla några intryck.

Det är påfallande att männen som i samtliga fall har varit placerade på det nu nedlagda Holmahemmet i Höör har uttalat sig positivt om sin vistelse och i några fall har stannat kvar frivilligt efter att tvångsvården gått ut. Några har sökt sig dit senare, frivilligt.

En helt annan bild gäller för kvinnorna, vilka uttalar sig i negativa ordalag om sina vistelser på särskilda kvinnoinstitutioner. Gemensamt för alla är att de efter vistelsen på LVM-hemmet ganska omgående har återfallit i missbruk.

#### **SAMMANFATTNING DECEMBER 1996**

En jämförelse av ungdomarnas situation vid första vårdtillfället och deras situation i december 1996 visar att den för största delen av gruppen har försämrats anmärkningsvärt.

Fler kvinnor har börjat prostituera sig.

Fler ungdomar har blivit dömda och fler har suttit i fängelse.

Fler har börjat injicera och blivit smittade av hepatit C, vilket tyder på att ungdomarnas sprutvanor är riskfyllda.

En stor grupp har blivit av med lägenheten och fler har blivit socialbidragstagare. Mängden heroin som används har ökat och rohypnol är det preparat som används mest för att förstärka effekten av heroin.

Andra droger som alkohol, hasch och amfetamin används i liten utsträckning.

## 8. Vården

Hittills har rapporten huvudsakligen handlat om olika aspekter av heroinmissbruket och konsekvenserna för ungdomarnas fysiska hälsa och sociala situation. Intressant är också att se hur det har gått för ungdomarna i sina försök att sluta med sitt heroinmissbruk.

Gruppen på 50 ungdomar har under fyra år sammanlagt haft 161 vårdtillfällen.

**Tabell 44 - Antal vårdtillfällen**

N= 161	svensk	2:a gen	nordisk
män	46	28	-
kvinnor	30	21	36
totalt	76	49	36

Tabellen visar att män med svensk bakgrund har fler vårdtillfällen än män i gruppen andra generationens invandrare. Tre kvinnor med nordisk bakgrund har tillsammans en mycket stor andel vårdtillfällen och för att få en realistisk bild av vårdfrekvensen har dessa placerats i en grupp för sig. Tabellen visar också att svenska kvinnor och de med nordisk bakgrund har fler vårdtillfällen än kvinnor med utomnordisk härkomst.

Tio svenska ungdomar och åtta andra generationens invandrare har haft endast ett vårdtillfälle.

### ANTAL DAGAR I VÅRD

Det är kanske lämpligt att kortfattat redovisa vad en heroinavgiftning innebär. I regel har heroinmissbrukaren tagit sin sista fix (injektion) på natten eller strax innan han/hon kommer till avdelningen för att bli inlagd. Detta innebär att de första abstinenssymtomen visar sig först på kvällen eller natten efter inläggningen. Symtomen påminner mycket om en kraftig influensa; gåshud, rinnande näsa, tårade ögon. Därtill kan läggas några symtom som är typiska för heroinabstinens.



Krypningar i benen, smärtor i njurtrakten och diarré. Dessa symtom tilltar i styrka fram till tredje dagen av avgiftningen för att sedan klinga av.

Ett annat typiskt och svårhanterligt symtom är sömnlöshet som kan kvarstå länge.

En annan av heroinets egenskaper är dess kraftigt smärtstillande effekt. Vid abstinens kommer eventuella krämpor fram som av heroinisten upplevs mycket starkt, eftersom han/hon inte är van att känna smärta.

Inom narkomanvården räknar man med att de fysiska abstinenssymtomen är över på två/tre veckor. Den kortaste tiden för kroppen att åter fungera normalt utan heroin är ca 10 dagar.<sup>78</sup> En annan sida av en heroinavgiftning är den psykiska.

Förutom att heroin bedövar kroppen har den också en effekt på känslolivet. Detta bedövas nämligen också och det känslomässiga uppvaknandet tar lång tid och kan inte behandlas på en avgiftningsavdelning eftersom vårdtiden är ca tre veckor..

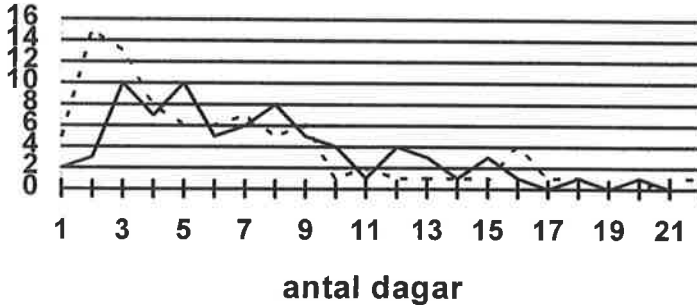
Ovanstående utgör en bakgrund till redovisningen av vårdutfallet. För hela gruppen gäller att antalet vård dagar i genomsnitt är 6.7 dagar. Medianen är 6.0 och den mest förekommande frekvensen ligger på 3 och 2 dagar (26%). Nästan hälften har skrivit ut sig innan dag 5. Drygt 19% stannar längre än 9 dagar. Kvinnor stannar längre i genomsnitt (7.1 dagar) än män (6.3 dagar).

---

<sup>78</sup> En tumregel vid heroinavgiftningar är att toppen av abstinensbesvär ligger vid mellan 24 och 48 timmar efter sista intag. Detta gäller för dock en ren heroinavgiftning. De flesta heroinister använder samtidigt också olika bensodiazepiner, kodein och metadon. Detta medför i regel att abstinensstoppen kommer senare och förlängs.

Diagram 1

### Antal dagar efter etnisk härkomst



Svensk \_\_\_\_\_ 2:a gen -----

Såväl svenska män 6.8 dagar (2:a gen. 5.6 dagar) som svenska kvinnor 7.9 dagar (2:a gen. 6.6 dagar) stannar längre. För andra generationens invandrare gäller att hälften har skrivit ut sig på femte dagen av avgiftningen. Motsvarande för svenska ungdomar är sjätte dagen. För hela gruppen gäller att en betydande del har svårt att fullfölja en avgiftning.

Eftersom en lyckad avgiftning ofta är av avgörande betydelse för en vidare behandling i öppenvård eller på behandlingshem finns det all anledning att redovisa vad de intervjuade ungdomarna har att berätta om hur de upplever själva avvänjningen.

### ATT BLI DÅLIG

Liksom första gången de prövade heroin och första injektionen kommer ungdomarna mycket väl ihåg första gången de blev abstinenta.

"Jag hade ingen aning, jag fick världens chock, första gången. Det var faktiskt chock, det går inte att förklara liksom till en människa som har börjat och som inte har haft någon avtändning. "Ah, det är bara skit". Man är sån drogromantiker du vet. Det går inte att förklara om man inte har varit med om det själv".

"Ja jag fattade inte att det var avtändning. Jag fattade inte vad det var. Jag låg och sov, och jag vaknade och det kom sprattel i kroppen och kramper och svettades och frös och visste inte vad det var, trodde att jag var röksugen och började röka men det hjälpte inte. Jag fattade inte vad det var. Nu vet jag, det var ju avtändningen helt klart".

"Det var hemma, då förstod jag inte vad det var för fel på mig. Eftersom jag inte visste vad det var för nånting. Jag visste inte att man skulle bli kass av skiten. Det var ingen som sa det till mig. Så att jag förstod ingenting. Jag fattade inte varför jag hade ont i kroppen, spydde och inte sov. När min mamma kom va och förstod att det nånting som var galen".

"Det var jättejobbigt. Jag visste inte vad det var. Jag skulle försöka tända av utan tabletter. Jag fick kraftigt feber och svetten bara lackade av mig. Jag kunde inte gå från lägenheten i två dygn. Sen kom det två killar som ville sälja heroin. Jag blev överlycklig. Jag har aldrig varit så lycklig i hela mitt liv tror jag. Ja, snabb med detsamma. Så fick jag in mig en fix igen. Jag var dödssjuk, man kan inte tända av utan tabletter och sånt ju. Jag låg på en madrass, svettades, hade feber, mätte skitdåligt".

Detta var alltså första gången de nykläckta heroinmissbrukarna blev abstinenta. Vi har tidigare redovisat att heroinmissbruk efter en inledande period med positiva upplevelser övergår till att undvika att bli dålig, dvs få abstinenssymtom. Förutom de ovan beskrivna kroppsliga symtom finns det ytterligare en dimension i begreppet "att bli dålig".

*Vad är det svåraste när man tänder av?*

"Det är verkligheten. Man känner sig så djävla naken. Verkligheten slår en i huvudet. Du flyr inte från nånting längre, det finns ingenting att fly ifrån. Och det är dösvårt, t ex som jag, jag började tidigt att knarka och jag har inte hunnit liksom att utveckla mig själv och tänka. Jag har varit bedövad hela tiden. Det är svårt på så kort tid".

"Vi heroinister är rätt duktiga på att försöka känna efter. Det gör ont här och det gör ont här. De flesta är, speciellt de som tycker om tabletter, de vill ju gärna ha mycket medicin och så. Så då känner de efter och sen så helt plötsligt när de bitarna som har slutat göra ont, man har inte längre ont i kroppen så kommer den fullastade känslolåda och där är allting blandat. Där är ingen ordning på någonting. Det ligger nedstoppat i facket i den ordningen det kom. De poppar upp som de vill också. Det är då jag tycker det är svårt att hålla sig. För jag är ju van att när det börjar göra ont så bedövar jag mig. Och det tycker jag är värre än vanlig abstinens. Den psykiska biten gör mycket ondare. Sen börjar man fundera mycket, man funderar på framtiden, man funderar på vad man har gjort. De flesta, inte alla tyvärr, skäms för mycket de har gjort, mot sina familjer, mot vänner, mot sig själva, mot samhället, mot sina barn, mot allting. Det enda man gör när man knarkar är att man skadar sig själv och andra, dygnet runt, hela tiden. Så man hinner med ganska många...på kort tid".

Ovanstående citat beskriver på ett utmärkt sätt kärnan i heroinproblematiken och illustrerar vad som har framkommit i diagram 1, nämligen att majoriteten har avbrutit avgiftningen innan femte och sjätte dagen. Det är precis den perioden där kroppsliga symtom klingar av och ångesten växer. Heroin är det mest effektiva medel en människa har för att bedöva sina känslor. Det "stora lugnet" som ungdomarna beskriver som det positiva med heroin, är samtidigt orsaken till varför det är så svårt att sluta. "Man känner sig så djävla naken". Det skyddet som heroinet bjöd mot ångesten, hungern, kylan, smärtan, etc.är borta.

## **ANLEDNINGAR TILL ATT SÖKA VÅRD**

Det finns flera anledningar till att någon söker sig till Avgiftningen. Till exempel inför en vistelse på ett behandlingshem, deltagande i ett öppenvårdsprojekt, en avgiftning för att återgå till arbete, skola. Andra orsaker är krav från myndigheter som socialtjänsten (hot om LVM) och kriminalvården (föreskrifter om vård) eller så sker en inläggning på medicinska indikationer (infektionen, kirurgen, psykiatrin). En annan kategori utgörs av personer som enbart vill avgifta sig utan inblandning av tredje part. Målet för avgiftningen kan alltså vara uppställt av personen själv, myndigheter eller både och. Myndigheter

har som arbetsuppgift att hjälpa missbrukare att göra någonting åt sin situation. Vilka motiv har då ungdomarna själva att söka vård.

"Lite press från soc., men också för att jag visste att jag var hooked. Det är inte så länge sen jag sa att jag åker aldrig till behandlingshem, men nu tänker jag annorlunda, och jag gör detta helt frivilligt, det är ju jag som vill detta. Innerst inne vill jag leva ett normalt liv".

"För att man blir ju trött. Jag orkar inte mer. Jag orkar inte. Jaga pengar, och göra kriminella handlingar och slå i sig och familjen börjar undra och ser hur man ser ut och så där".

"Sånt liv vill jag inte ha. Hade jag inte haft min son så hade skitit helt och hållit i det och tagit en överdos och dött. För länge sen".

"Jag har ingenting, inte ens en lägenhet. Jag vill inte bo hemma, jag vill inte knarka, jag vill ha pengar, kunna resa. Leva normalt utan att vakna varje morgon och må dåligt".

"Min mor har precis dött. Jag måste ta itu med den sorgen nu. Inte liksom skjuta det framför mig hela tiden. Då liksom vaknar jag upp en dag och så ser jag morsan är död, liksom. Jag hade mycket nära kontakt med min mamma och det vill jag bearbeta, förstå att hon är verkligen död. Det är tufft".

"Men i dag har jag blivit förbannad. På mig själv. Jag förlorat familj, jag har förlorat min sociala status som människa och blivit ett knarkarevrak. Hur fan kan man låta sig förnedra så. Jag förstår inte det".

"Det tog slut gradvis (heroinets positiva effekt). Och så när jag började inse att jag är sjuk. Jag började tycka att jag var luffare. Jag började tycka det, själv. Började tycka att det var äckligt, och sen se mig omkring att jag har börjat med det, allt skit".

"Jag har mått så skitdåligt av att jag har tagit. Även om jag har skött om barnen och bytt blöjor och sånt, men jag har alltid känt att det aldrig finns pengar, det där lilla extra. Jag har stängt av mina känslor, fast att jag har tyckt att jag har varit närvarande så har jag inte varit det egentligen. Jag hoppas verkligen att det inte har skadat barnen".

Som sagt finns det många olika anledningar att vilja sluta med heroin. Gemensamt för alla är att de inte vill hålla på med heroin. Hur har ungdomarna och myndigheterna då tänkt att detta ”att sluta” ska gå till?

**Tabell 45 - Planerade mål för avgiftningen**

N= 161	man	kvinn	svensk	2:a gen.	gruppen	%
endast avgiftn.	5	15	7	13	20	12.5
avgift + planera	3	8	5	6	11	6.8
avgift + behandl	48	52	49	51	100	62.1
avgift + LVM	3	1	2	2	4	2.5
kriminal vård	1		-	1	1	0.6
avgiftn + arbete	12	6	8	10	18	11.2
avgiftn + skola	2	3	3	2	5	3.1
metadon beh.	-	2	2	-	2	1.2
Totalt	74	87	76	85	161	100

Tabellen visar att avgiftningen i de flesta fall var tänkt att följas upp av någon form av vidare behandling.

**Tabell 46 - Typ av planerad vidare behandling**

N= 161	man	kvinn	svensk	2:a gen.	gruppen	%
ej behandling	23	31	21	33	54	33.6
öppenvård	15	18	17	16	33	20.5
familjevård	1	4	1	4	5	3.1
behandlingsh.	30	27	30	27	57	35.4
LVM	5	2	3	4	7	4.3
annat	-	5	4	1	5	3.1
Totalt	74	87	76	85	161	100

Behandlingshem är den mest förekommande planerade typen av vidare behandling. Näst vanligast är öppenvård. Av enskilda behandlingshem dominerar de som arbetar enligt en korttidsvård inspirerad av Minnesotamodellen.

Markant är också antalet där någon behandling inte finns som mål. Ibland vill patienten enbart avgiftas och ibland har patienten tröttnat på att vara i behandling och vill försöka själv.

En person kan ha samma mål för flera inläggningar. Även om en avgiftning avbryts i förtid och en vidare behandling inte blir aktuellt just då kan planeringen kvarstå till nästa avgiftning. Det är inte alls ovanligt med flera avgiftningsförsök innan den planerade behandlingen blir av. Det är inte heller ovanligt att någon som har påbörjat en behandling får återfall och kommer tillbaka till Avgiftningen för att sedan återvända till behandlingen.

**Tabell 47 - Till vad skrevs patienten ut**

N= 161	man	kvinnor	svensk	2:a gen	gruppen	%
familjehem	-	1	-	1	1	0.6
behandl.hem	15	10	15	10	25	15.5
lvm-hem	4	3	3	4	7	4.4
öppenvård	2	2	1	4	5	2.5
bostad,skola, arbete	8	13	7	14	21	13
metadonmott.	-	2	2	-	2	1.2
oplanerad ut	45	56	48	53	101	62.7
total	74	87	76	85	161	~100

Den sammanlagda bilden är att majoriteten inte uppfyller målet för det enskilda vårdtillfället och skriver ut sig i förtid.

Män skrivs ut planerat oftare än kvinnor. Andra generationens invandrare skrivs ut planerat oftare än ungdomar med svensk bakgrund.

Män skrivs oftare ut till behandlingshem. Fler svenskar går vidare till behandlingshem och fler andra generationens invandrare går ut till bostad, arbete och skola.

## HUR HAR DET GÅTT?

En vanlig fråga är hur många som har slutat missbruka. Det finns olika sätt att svara beroende på hur man ser på missbruk och behandling.

Om man anser att ett rimligt krav är att en heroinmissbrukare efter en behandling kan förväntas avhålla sig från missbruk och annat avvikande beteende blir svaret följande;

- Vid undersökningens slut december 1996 fanns säkra uppgifter om missbrukssituationen av 40 personer i undersökningsgruppen. Av dessa 40 har 2 personer slutat med heroinmissbruk. En person deltar i ett metadonprogram. Två personer befann sig på behandlingshem. De återstående 35 hade ett aktivt heroinmissbruk.

Om man anser att heroinmissbruk är en del av ett sammansatt problem som även innehåller negativa hemförhållanden, dålig utbildning, utanförkänsla, social isolering, självmordstankar, kriminalitet, etc och att sluta missbruka är en process som kan sträcka sig över en längre tid blir svaret;

- Av 40 personer har två upphört att missbruka helt under en längre tid, tre befinner sig i behandling och 35 försöker på olika sätt att sluta med heroinmissbruk.

En annan viktig fråga vid tolkningen av vårdens (Avgiftningens) resultat är vilka patienter som får vård. Att ha tillgång till sjukvård är i Sverige en rättighet för alla. Missbrukare söker sig till Avgiftningen av olika anledningar vid olika tillfällen. En anledning kan vara att avgiftningen är en förutsättning för att gå vidare i sina försök att sluta antingen genom behandling eller på egen hand. Dessa försök är inte alla gånger realistiska. En annan anledning är att deras somatiska tillstånd är så försämrade att avgiftning blir en fråga om liv eller död.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Dödligheten bland heroinister är mycket högre än för någon annan illegal drog.



Detta innebär att Avgiftningen i motsats till t ex behandlingshem inte har ett urvalsförfarande där förväntningar om missbrukaren klarar behandlingen styr intagningen.

Ett tredje för denna undersökning viktigt faktum är att tidigare forskning har visat att heroinmissbrukare oftare avbryter behandling än t ex amfetaminmissbrukare (Fridell 1996).

### **SAMMANFATTNING "VÅRDEN"**

När det gäller vårdutfallet fullföljer en stor del inte avgiftningen. Många skriver ut sig oplanerat innan sjätte dagen av avgiftningen. Följaktligen uppnås inte heller målet för avgiftningen, åtminstone inte efter ett vårdtilfälle.

För de flesta gäller att planeringen innehåller någon form av behandling. De typer av behandling som oftast förekommer är behandlingshem respektive behandling i öppenvård.

Gruppen utan någon form av behandling utgör en tredjedel.

I december 1996 fanns det uppgifter om att av 40 personer har två upphört att missbruka helt under en längre tid och tre befinner sig i behandling.

## 9. Vägen ut ur missbruket

Hittills har undersökningen främst handlat om omständigheter, händelser och motiv som har lett till ett heroinmissbruk. I detta kapitel kommer ungdomarna till tals om sina tankar när det gäller svårigheterna på vägen ut ur ett missbruk samt deras förväntningar om framtiden.

### **Varför är det då så svårt att sluta med heroin?**

Denna fråga har ställts av många och inte minst av missbrukarna själva.

Ett övergripande svar är att eftersom det finns olika anledningar att börja med heroin, så finns det olika anledningar till varför det är svårt att sluta.

En omständighet som ofta nämns är svårigheten att klippa av banden med det gänget som man tillhör.

"Men det är svårt när en är drogfri och alla andra är påtända. Så har det alltid varit. En åker in på kåken, kommer ut grön, de andra håller på, han trillar dit. En åker på institution, kommer ut. Det är så hela tiden alltså. Kåken, institution, in och ut hela tiden".

"Man var ensam, ensamheten. Man kunde inte vara med folk som höll på att knarka".

"Allting ligger hos en själv. Det är bara du själv som kan förändra. Men det är inte lätt att förändra när man bara har kompisar som knarkar och när man bor på Möllevången, Sveriges Chicago. Då är det inte lätt att sluta".

Det kan vara en motgång som man inte klarar av utan droger.

"Sen så dog en annan kompis till mig också. Så då började jag knarka igen. Och så körde jag igen till förra sommaren. Och så åkte jag på behandlingen igen".

"Jag fick inte en praktikplats vilket jag borde ha fått. De sa bara ring nästa månad, ring nästa månad. Det fick mig att kanske att börja igen, jag vet inte. Man tar ju till det lättaste, när man mår dåligt, det man känner till".

Eller personliga brister.

"Ja, ja, man känner sig svag. Besegrad på något sätt. Hjärntvättad av drogen".

"Vad det handlar om är att det finns ingen framtid. Jag har börjat inse saker, man blir lite vuxnare. Du vet när man håller på med knark hela tiden då stannar man lite upp i åldern. Men sen de gångerna man tänder av, håller sig lite drogfri, då fångar jag snabbt lite så. Man liksom tittar med nya ögon som om man, jag känner mig fortfarande som om jag var 19, 20. Men de gångerna jag har tänt av, varit drogfritt har jag insett en massa saker, tittat runt omkring och sett på min mamma hur hon är mot mig och min mormor hur hon är mot mig du vet. Och det är knäckande liksom. Men ändå så återfaller jag".

"Jag har fått en massa kunskap och genom den har jag fått mycket mer vilja att sluta. Men ändå tycker jag att jag har för svag karaktär för det".

Även ekonomiska förhållanden kan leda till återfall.

"Han kom hem till mig för jag var skyldig honom pengar. Så frågade jag om han hade grejor på sig och så fick jag låna lite till".

"Ja man var ju van att ha mycket pengar och så. När man håller på räknar man i tusenlappar och sedan när man ska börja med tior. Så jag tänkte, jag tar tio gram heroin på redovisning. Så rör jag ingenting själv, men det kunde jag inte. Det höll bara i två dagar så satt jag själv och tog".

En annan faktor av stor betydelse är att heroinvärlden i allt elände ger någon slags samhörighet som ungdomarna inte hittar i världen utanför. Vi har i intervjuerna frågat efter förhållandet mellan missbrukare med svensk och utländsk bakgrund. Ingen har nämnt att det skulle finnas motsättningar och spänningar mellan dessa två grupper. Heroinvärlden

är i hög grad mångkulturell och olika etniska grupper verkar komma bra överens. I alla fall så länge de har heroin som enande faktor. På frågan om det finns motsättningar mellan svenska och utländska missbrukare svarar en person med utländsk bakgrund;

"De försvinner i missbruket för man är tvungen att hålla ihop. I fängelse, på gatan, för att skydda varandra mot polisen. Så det försvinner. Men bland nyktra människor är det mycket mer motsättningar, det vet du själv. Men på fängelse, när de är nyktra då bildas det lite så svenskar för sig själva, man märker att de snackar med varandra och lite sånt. Men ändå det blir inte större konflikter. Tycker inte jag."

## VÄGEN UT UR MISSBRUKET

Vad krävs för att kunna sluta?

"Om jag ska sluta knarka ska jag inte ta den första fixen. Och hålla mig från missbrukare som är igång liksom. På det sättet kan jag hålla mig drogfri och gå på NA möten. Men jag umgås med de då går det inte. Ja man måste hitta någonting nytt som ersätter jonket. Det är jävligt svårt".

"Nu vill jag vidare till behandlingshem. Jag har fått avslag på det innan i somras. Jag hoppas verkligen att jag får komma dit. Nu kommer socialen på onsdag. Får jag inte det vet jag inte vad jag gör. Jag har ingenting liksom, jag klarar inte det utan hjälp. De har föreslagit öppenvård. Öppenvård går inte, jag måste komma ifrån. Jag måste komma ifrån och få lugn och ro".

"Jag behöver först och främst få distans till min omgivning så att säga. Komma bort, stanna upp, tänka efter och arbeta därifrån. Dels tror jag att hitta något annat intresse typ fysik, alltså sport, fysisk arbete så att säga, och terapi och en ordentlig uppföljning. Och ett arbete som man trivs med".

"Ja jag vet inte. Träffa nån som jag tycker om jättemycket. Då skulle jag verkligen kämpa för att hålla mig knarkfri".

"Man får gå in på nåt behandlingshem. Bara om man vill annars kan lika väl låta bli. Nej, det är bara om man själv vill. Man kan inte påverka en annan att sluta. Det går inte. Bara om man själv vill".

"Det är att lära mig själv. Mitt riktiga jag, liksom. För det jag känner det är bara narkomaner. Och det är bara den världen. Sen när jag inte tar knark så tänker, när jag är med andra människor så känner jag inte igen mig själv. Bara känslorna alltså, ugh. Det är dökonstigt faktiskt".

"Att jag vill ha en meningsfull sysselsättning. Någoting som gör att jag känner att jag gör någoting för någoting. Jag vill inte ha något jävla städjobb för det hade jag lagt av med illa kvickt eller plocka grönsaker på ICA och sånt där. Utan det ska vara en sysselsättning som leder till nånting som eh så att jag känner att jag hela tiden får feedback och att jag tar ett steg uppåt hela tiden. Så att det blir som en trappa uppåt. Så att jag hela tiden känner att jag tar ett steg, att jag inte står stilla utan att jag går någonstans. Att jag kommer nånvart, liksom".

"Jag tror att jag måste flytta från Malmö. Jag måste ha något att göra. Så måste jag lära mig att handskas med de tankarna jag får. När suget kommer".

"Ja, det gäller att skita i sina gamla kompisar".

## **FRAMTIDEN**

Hur ser ungdomarna på framtiden?

"Hur fan jag ska klara det. Jag får i alla fall va stark, helt enkelt. Eller jag vet inte vad som kommer att hända sedan. Jag pallar inte tänka så mycket på det. Utan ta en dag i taget".

"Jag har alltid varit rädd för framtiden. För jag, jag vet inte vad jag ska, jag vet att jag vill ha barn, vill ha familj. Jag vet inte. Jag har ingen utbildning, jag har ingenting. Det är svårt i dagens läge".

"Att jag kommer att sluta. Och arbeta och skaffa ett hus, kanske en familj. Vara en i samhället i stället för att vara den som tittar på samhället".

"Jag törs inte tänka på det. Jag tänker bara på behandlingshemmet nu. Jag måste klara det. Sen få jag tänka på vad jag vill. Jag pallar inte ens tänka de tankar. Men de garanterade sysselsättning och allting".

"Jag vill bara komma ut härifrån, så vill jag börja skolan. Jag vill läsa in 7:an och 8:an och 9:an först. Sen vill jag göra en utbildning, jag har betyg".

"Jag vill leva ett normalt liv, ett drogfritt liv. Utan sånt skit va. Jag vill att min familj ska vara stolt över mig och jag ska vara stolt över dem. Och jag ska vara stolt över mig själv. Och kunna visa att jag kan stå på egna ben utan nåt knark. Ingenting ska sänka mig till denna nivån".

"Jag hoppas att jag kommer att sluta. Jag vill arbeta, skaffa hus och kanske en familj".

"Jag skulle vilja köra motorcykel och hoppa fallskärm. Sysselsättning, hus, familj och vara som alla andra".

"Vilja ha pengar, kunna resa och leva normalt".

"Läsa in högstadiet och gå i skolan".

"Jag vill leva drogfri".

Sammanfattningsvis visar ungdomarnas utsagor att de egentligen har en rätt så bra insikt i sin situation och de svårigheter som finns om de vill förändra sina liv. För att det är det de vill framgår också med all tydlighet.

## 10. Slutsatser och rekommendationer

I rapporten har vi beskrivit en grupp på femtio ungdomar som missbrukar heroin. I detta kapitel diskuteras de mest iögonfallande problemen och besvaras de frågorna som ställdes i inledningen. Avslutningsvis lämnas några förslag som kan leda till att ungdomarnas situation förbättras.

### **Utvecklingen i Malmö på nittioalet.**

*Ett syfte med undersökningen är att ge kunskap om situationen i Malmö när det gäller heroinmissbruk.*

Lokala undersökningar som finns tillgängliga samt data om personer som har sökt vård på Avgiftningen visar otvetydigt att tillgången på och missbruk av heroin bland ungdomar sedan början av nittioalet har ökat i Malmö. Det verkar som om amfetamin håller på att förlora sin position som det dominerande missbrukspreparatet i Malmö och ersätts av heroin. De i kapitel 1 presenterade data visar också att Malmö utmärker sig i förhållande till övriga Sverige genom en hög andel invandrare, en hög arbetslöshet samt en hög andel ungdomar som testar narkotika.

Det finns inte en enda direkt orsak till denna utveckling utan det är snarare frågan om ett komplex av faktorer. En möjlig förklaring är att Malmö (och Sverige) i samband med den pågående europeiseringen också får ett mera kontinentalt missbruksmönster i vilket heroin intar en särställning som den mest problematiska drogen. Utvecklingen internationellt pekar på att alltfler olika sorters droger används av alltfler människor och det verkar som om Sverige följer denna trend. Det är möjligt att Malmö (och Malmöregionen) genom sin närhet till kontinenten påverkas av utvecklingen mera och tidigare än övriga Sverige.

En annan förklaring är att arbetslösheten i Sverige har ökat mycket snabbt på nittioalet samtidigt som försämringar i socialförsäkringssystemet genomfördes. De grupper som först drabbas

av detta är de som redan har svårt att komma in i arbetslivet och därmed den sociala gemenskapen; dvs ungdomar, invandrare, lågutbildade och bidragstagare. Till detta kan läggas nedskärningar inom sjuk - och socialvård som särskilt drabbat missbruksvård. En konsekvens av denna utveckling är att antalet människor som blir socialt utslagna växer. Det kan väl inte förvåna någon att en del av dessa söker sin tröst i olika slags droger.

En tredje förklaring som ibland nämns är en ökad invandring från länder där heroin och andra opiater är dominerande preparat. Från de länder som man då i regel syftar på (t ex. Iran, Turkiet) kommer dock mycket små grupper bland invandrare i Malmö. Ytterst få av ungdomarna i undersökningsgruppen har nämnt att de har haft någon förebild i sin omedelbara omgivning som har visat dem vägen in i heroinmissbruk.

### **Problematisk uppväxt**

*En delfråga är på vilket sätt och under vilka omständigheter ungdomarna debuterade i heroinmissbruk.*

Beskrivningen av ungdomarnas bakgrund visar att det inte är vilka ungdomar som helst som söker vård för sitt heroinberoende, utan att missbruk bara är en del av ett problemkomplex. Splittrade familjeförhållanden, problem i skolan, låg utbildning, tidig debut i droger och kriminalitet, tidig kontakt med social - och psykiatrisk vård (BUP), liten arbetserfarenhet av riktiga jobb, tidigt beroende av socialbidrag utgör grogrunden för en senare missbruks-problematik.

När det gäller *frågan om det finns skillnader mellan svenska ungdomar och andra generationens invandrare angående deras sociala bakgrund* kan vi konstatera att det finns få skillnader när det gäller uppväxtförhållanden för svenska ungdomar och andra generationens invandrare.



En annan faktor som är värd att framhäva är att ungdomarna i tidig ålder (högstadiet) söker sin tillflykt till äldre personer eller ungdomsgång där droger ingår som en del av umgänget.

De flesta i undersökningsgruppen har gått i grundskolan under åttiotalet och början av nittiotalet, dvs innan nedskärningen inom skolorna i Malmö påbörjades. Ungdomarna tillhör gruppen som har behövt extra hjälpinsatser i skolan och man kan ifrågasätta om utökningen av antalet elever i klasserna samt minskning av understödjande personalgrupper som speciallärare, kuratorer och psykologer är en klok investering i framtiden. Redan nu har man i Malmö inom barn och ungdomspsykiatri märkt en kraftigt ökning av antalet ärenden vilket har lett till väntetider på flera månader.

Reaktionerna bland för ungdomarna viktiga vuxna (skolan, föräldrar) har varit olika.

I skolan har reaktionen varit att kalla in hjälp av skolkurator/psykolog eller på andra sätt försökt åtgärda problemen (anpassad skolgång) eller inte agerat alls.

Reaktionerna hemma varierar från stryk till likgiltighet som i exemplet där dottern fick tillstånd att flytta ihop med en sju år äldre missbrukande man.

Utmärkande för ungdomarna är att de beskriver reaktionerna som att de kom för sent, dvs de hade redan kommit för långt från hemmets och skolans inflyttande. De hade redan sökt sin tillflykt till missbrukande vuxna eller gått upp helt i ett ungdomsgång.

*En annan delfråga är om den traditionella ordningen när det gäller debuten i olika droger också gäller för den nya generationen heroinmissbrukare.*

Svaret är att så delvis är fallet, dvs man börjar med alkohol, sedan hasch. Därefter följer en period där allehanda droger testas: amfetamin, rohypnol, LSD och ecstasy. Innan heroinmissbruket blir dominerande består ungdomarnas droganvändning alltså av många

olika sorters droger (inkl. alkohol) som används sporadiskt vid olika tillfällen. Den traditionella bilden att man tillhör ett gäng som huvudsakligen använder och samlas kring en drog (hasch, amfetamin, opiater) verkar inte gälla för dagens ungdomar. I alla fall inte fram till att heroinet kommer in i bilden.

Uppgifter som ibland framförs att ungdomar debuterar direkt med heroin gäller inte för undersökningsgruppen. Däremot är det påfallande att legala lugnande mediciner (rohypnol) intar en dominerande plats i ett tidigt stadium av missbrukskarriären.

En skillnad när mellan grupperna är att ett regelbundet amfetaminmissbruk förekommer hos några svenska ungdomar men saknas hos andra generationens invandrare.

När det gäller *ungdomarnas syn på sitt missbruk* beskriver många sig själva som "sensationseekers", alltid ute efter nya kickar. De flesta har hört talas om heroin och visste att det är farligt. Ändå har de börjat använda heroin. Några ville se om det verkligen var så farligt, andra tänkte att de, i motsats till andra, inte skulle bli beroende. Flera beskriver också att heroinets dämpande effekt på ångest och andra negativa känslor gör att de har fortsatt missbruka heroin. Alla har dock kommit till en fas i missbruket då de känner sig fångna i missbruket och vill försöka sluta om de bara visste hur. Påfallande är också att många ungdomar inte anför några ursäkter utan lägger skulden för sin situation hos sig själv.

## **Heroin**

*På vilket sätt och under vilka omständigheter debuterade ungdomarna i heroinmissbruk och vilka konsekvenser fick detta?*

Debuten med heroin sker oftast genom rökning. Många ungdomar betonar att termen "rökheroin" är missledande, och någon misstänkte till och med heroinlangarna för att ha introducerat denna benämning med syfte att lura ungdomar till ett beroende. Andra lägger ansvaret hos massmedia som i syfte att sälja fler tidningar talade om en ny drog

”rökheroin”. Det finns bara heroin som röks, sniffas eller injiceras, och det är förståelig att ungdomar kände sig lurade av ett nytt namn på en gammal drog.

Det finns flera omständigheter under vilka ungdomarna kom i kontakt med heroin för första gången. Det kan vara hos en haschlangare som har något bättre att erbjuda. Det kan också vara en i gänget som har kommit över heroin. Flera flickor beskriver att de blev bjudna på diskotek. Ett ovanligt ställe att debutera i heroin är fängelset.

I regel blir man inledningsvis bjuden på heroin. Efter en tid upphör denna generositet och langaren vill ha betalt. Detta sammanfallet alltid med tidpunkten då man har blivit beroende av heroin.

*Efter olika lång tid övergår de flesta från att röka heroin till att injicera.* Anledningen till denna övergång består dels av ekonomiska motiv, det behövs mindre heroin för att uppnå samma effekt och dels uppger ungdomarna att de får en häftigare kick. Liksom vid rökning försvinner denna effekt efter en tid och det behövs andra preparat för att förstärka heroinets effekt. Det mest eftertraktade preparatet är rohypnol som hos ungdomarna intar en viktig plats i det dagliga drogintaget. En för oss ny kunskap var att rohypnol injiceras tillsammans med heroin, och att det finns en omfattande illegal marknad för rohypnol.

*Övergången från rökning till injektionsmissbruk får flera konsekvenser.* Dels är det en definitiv bekräftelse på att man har blivit missbrukare. Att injicera innebär också att man riskerar att bli smittad av olika sjukdomar genom att använda orena verktyg. Missbrukarna i Malmö har tillgång till rena sprutor som kan hämtas på Infektionskliniken. Dessutom finns också tillfälle att bli vaccinerad mot hepatit B (knarksot) vilket många ungdomar utnyttjar. I Malmö är man på god väg att utrota förekomsten av hepatit B bland missbrukare. Många ungdomar har däremot blivit smittade av hepatit C, vilket kan tillskrivas en okunskap om flera andra smittokällor i samband med injektionen, t ex vattnet, filter, skeden. Många

ungdomar har förklarat att de blev smittade genom att de delade en spruta med en god vän som de litade på eller sin partner.

En annan konsekvens av injektionsmissbruk av heroin är risken för en överdos. I stort sett alla som injicerar heroin har varit med om att få en överdos. De har då fått hjälp av andra missbrukare att vakna upp. I en del fall har inte detta räckt till och flera ungdomar har sett en kamrat dö. Man undviker att ringa ambulansen eftersom praxis i Malmö är att vid larm om en överdos heroin polisen följer med. Det är inte omöjligt att fler liv kan räddas om man ändrar denna praxis och ambulansen kommer ensam.

En skillnad mellan grupperna är att ungdomar med svensk bakgrund debuterar senare med heroin och mycket snabbare övergår till ett injektionsmissbruk.

En konsekvens av heroinmissbruk och i synnerhet injektionsmissbruk är också att kriminaliteten accelererar. Flera ungdomar i undersökningsgruppen har börjat med kriminalitet långt innan heroin kom med i bilden. Kriminaliteten blir dock mera systematisk och specialiserad med andra typer av brott som narkotikabrott och bedrägeri.

Många ungdomar har suttit i fängelse. En del för att de inte har skött övervakningen med föreskrifter om vård.

Ett villkor för ungdomarnas kriminalitet är att någon köper stöldgodset. Ett intressant experiment för att minska brottsligheten skulle vara om alla skötsamma medborgare under t ex en veckas tid skulle avstå från att köpa stulna barnkläder, cd-skivor, läderjackor, solglasögon, jeans, osv.

För kvinnor finns också prostitution som inkomstkälla. Undersökningen visar att andelen kvinnor som börjat prostituera sig har ökat kraftigt. Prostitution ger en ganska jämn och hög inkomst.

Detta kan förklara varför kvinnor uppger att de använder större mängder heroin.

### Vården

*Har nationalitet någon betydelse för vårdutfallet på Avgiftningen?*  
Ja, andra generationens invandrarungdomar avbryter avgiftningen något tidigare än svenska ungdomar. En möjlig förklaring är att de förstnämnda använder större mängder heroin och därmed får en besvärligare avtändning.

Av hela gruppen avbryter majoriteten avgiftningen innan femte och sjätte dagen när de fysiska symtomen klingar av och den psykiska abstinensen med kraftig ångest tar över.

Denna kritiska fas av avgiftningen kräver intensiva personalinsatser i form av samtal och närvaro hos ungdomarna för att handskas med ångesten och oron som en avgiftning bär med sig. För många ungdomar innebär deras vistelse på Avgiftningen faktiskt att de för första gången blir riktig abstinenta och i motsats till äldre heroinister vet de inte vad som väntar. Liksom de måste lära sig att tända på måste de också lära sig att tända av.

Målet för avgiftningen var i de flesta fall någon form av behandling. En stor del har också enbart avgiftning som mål. Även om det kanske behövs ett, två eller flera försök till avgiftning uppnår faktiskt en del det uppsatta målet. En betydande del får dock också återfall efter eller under den fortsatta behandlingen i öppenvård eller behandlingshem. Detta stämmer med kunskapen om att sluta missbruka är en behandlingsprocess och kräver ett förändringsarbete över tid där återfall och misslyckanden ingår. Ungdomarna har inte enbart missbruket att ta itu med utan också en hel del andra problem.

Undersökningen bekräftar därmed intrycket som personalen på Avgiftningen hade nämligen att de unga heroinisterna ofta avbryter sin avgiftning. Detta stämmer åtminstone om man tittar på varje enskild vårdtillfälle. Vi har presenterat flera förklaringar till detta, t ex en ovana att tända av, en mångfald av problem osv.

En annan möjlig förklaring gavs av en äldre heroinist (liksom vanligt folk pratar också äldre heroinister om "ungdomarna i dag"). Enligt henne är den stora skillnaden mellan den nya generationen heroinmissbrukare och hennes egen att, "vi försökte leva med drogen, idag lever de enbart för drogen". Även om hon möjligen romantiserar sin egen missbrukskarriär i detta avseende kan man anta att sextio - och sjuttioalets missbrukare hade en annan slags sammanhållning än vad som är fallet hos den nya generationen heroinmissbrukare där drogerna verkar stå centralt.

*Vilka erfarenheter har ungdomarna av narkomanvården och vad tycker de om den?*

De flesta ungdomar har erfarenheter av missbruksvården och inte minst behandlingshem. För undersökningsgruppen gäller att dessa insatser inte har varit tillräckliga. Alla har återfallit, en slutsats som med tanke på vårt urval inte är förvånande. Intressant är då vad som saknas enligt ungdomarna. Det är det välkända problemet att så länge man är på behandlingshem kan de flesta hålla sig drogfria. Sämre går det vid återkomsten till Malmö. Där väntar ensamheten eller det gamla gänget som erbjuder trygghet och heroin. Det är obegripligt att det trots denna välkända problematik fortfarande inte satsas på ett ordentligt återanpassningsprogram för ungdomar som efter en kostsam behandling återvänder till stan. Där står de igen på Möllevångstorget eller Rosengård, utan utbildning, utan arbete och utan sociala kontakter med icke missbrukare.

När det gäller frågan om det finns *skillnader mellan svenska ungdomar och andra generationens invandrare* är de många likheter påfallande. Detta gäller såväl bakgrundsvariablerna som missbrukssituationen. De små skillnader som finns, t ex vid antal dagar i vård, kan inte förklaras med etnisk bakgrund.

### **Några tankar**

Det är utom tvivel att heroinmissbruk bland ungdomar i Malmö de senaste åren har tilltagit. Detta är ett tråkigt faktum. Däremot är det

glädjande att så många söker vård för sitt missbruk i ett så tidigt skede och det gäller för alla inblandade att ta fasta på detta.

Den ovan beskrivna gruppen är en utsatt grupp i många avseenden. De är unga människor som har hamnat snett i livet och som med ofta förvånansvärd seghet och kraft försöker tar sig ur den situation de befinner sig i. De behöver stöd i sina ansträngningar. Ett sådant stöd kan vara en vistelse på ett behandlingshem trots att detta kanske inte omedelbart leder till en varaktig drogfrihet. En drogfri period ger i alla fall en positiv erfarenhet som de inte har upplevt på länge och som de kan bygga på i de fortsatta försök till drogfrihet. Flera ungdomar har uppgett att de behöver komma från Malmö samtidigt som de planerar att flytta tillbaka efter behandlingshemmet. En möjlighet som är värd att fundera över är ett behandlingshem inte för långt från Malmö där ungdomarna i samverkan med anhöriga och stödkontakter kan förbereda en återkomst till sin hemmiljö.

En förutsättning för att kunna sluta missbruka är tillgång till en god kontakt med en och samma person över lång tid. Något som är svårt i dagens vårdapparat som utmärker sig genom ständiga omorganiseringar. Det behövs en känslomässig kontakt med en person som inte missbrukas. Någon att ha förtroende för. Någon som man kan berätta för hur det egentligen är och som tar emot vad den unga människan säger. Någon som ser att man har det svårt utan att få panik p.g.a. att någon börjar använda droger. Den danska modellen där man anställer en "streetworker" är ett bra exempel på ett sådant arbetssätt. Denna "streetworker" är en person som är förankrad i ett bostadsområde och är känd, både hos ungdomar och myndigheter. Främsta uppgiften är att hålla kontakt med ungdomar och signalera när det uppstår problem och vid behov förmedla kontakt med en instans som kan hjälpa ungdomen. Att anställa en eller flera streetworkers i de tyngst belastade stadsdelar kan vara en bra investering, både för ungdomarna och för samhället. (Nationell rapport Danmark, 1996 )

## REKOMMENDATIONER

Vi vill här lyfta fram några särskilda problem som har kommit fram i undersökningen samt lägga fram förslag till åtgärder som kan minska problemen.

- Vi har konstaterat en snabb spridning av hepatit C i undersökningsgruppen. Detta tyder på att ungdomarnas injektionsvanor inte är utan risker och en satsning på information till unga missbrukare om detta är mycket angelägen. Dels är hepatit C en leversjukdom som man inte vet så mycket om och dels sprids HIV på samma sätt och vi kan befara en ökning av missbrukare i Malmö som smittas av HIV.
- Rapporten visar att ungdomarna har haft många problem under uppväxten och framförallt puberteten varav missbruk bara är ett. Mot bakgrunden av detta är det uppenbart att föräldrar behöver någonstans att gå för att kunna prata om sina problem med barnen och få råd utan att riskera att förlora sin rätt som förälder.
- Även ungdomarna själva behöver en verksamhet dit man kan vända sig för rådgivning. T ex ett samverkansprojekt mellan social - och sjukvården, speciellt inriktad på och anpassad till ungdomar och med möjlighet för ungdomarna att vara anonyma.
- Debutåldern för första injektionen ligger i genomsnitt runt 21 år. Detta innebär att en del var yngre än åldersgränsen för sprutbytet som är 20 år. De kan därmed inte hämta rena sprutor själva utan är beroende av andra. De kan inte heller ta del av andra förebyggande åtgärder som vaccination mot hepatit B och regelbunden provtagning samt information. Mot bakgrund av detta är det rimligt att de berörda myndigheter tar upp diskussionen om att tillämpa åldersgränsen för deltagandet i sprutbytet på ett mera flexibelt sätt. Sprutbytet leder många missbrukare till missbruksvården och kan utgöra en viktig länk mellan unga missbrukare och missbruksvården.



□ Vi vill också varna för en alltför ensidig inriktning av åtgärderna på missbruksproblematiken. Vi har visat att ungdomarna har många problem varav missbruk är ett. För att de ska ha någon rimlig chans att kunna sluta missbruka behövs att uppmärksamheten riktas på hela skalan av problem. Till detta behövs samarbete mellan sjukvården, socialtjänsten, skola, fritidsgårder, arbetsmarknadsstyrelsen, och föräldrar. Förslag till sådana åtgärder har visserligen nyligen blivit presenterade men vi vill ändå betona betydelse av att åtgärder av detta slag blir verklighet.

□ Vi vill avslutningsvis redovisa vad ungdomarna tycker att man borde göra för att minska risken att ungdomar hamnar i missbrukskarusellen. Nedanför presenterar vi några av deras förslag.

"Jag hade en sån ANT vecka. Men då hade jag redan upptäckt att vad de sa inte var sant. För då var jag igång med hasch och amfetamin. När de påstod att amfetamin kostar tretusen kronor om dagen och blah, blah, blah. Massa skitsnack".

*Den ANT-veckan, var det i nian?*

"I åttan tror jag, sjuan eller åttan. Det ska komma mycket tidigare. De ska få information i början av mellanstadiet tycker jag. Och då ska de inte dra några skräckhistorier utan de ska berätta hur det är. Okay att det är en skräckhistoria men de måste hålla det realistisk. Så att de inte möts av det som jag, att det inte var sant med att det kostade tretusen".

"När de berättar det första gången ska de ta tag i det från första gången. För då skulle de kunnat hjälpa mig för länge sedan. Men det har inte blivit något. Det är jag själv som fått joxa".

*Vad skulle de gjort då?*

"Jag vet inte. Sätta mig på något hem någonstans".

*Inte låta det gå?*

"Nej".

"Man få börja tidigt, typ mellan/ högstadiet och bearbeta och upplysa ungdomarna. Eller kanske inte, upplysningen i sig kan göra att folk blir nyfikna. Det kan bli något spännande. Man ska kanske hitta nåt annat sätt men vilket sätt vet jag inte. Man kan kanske få de intresserade i något annat än den så kallade spänningen. Får man i gång de i sport till exempel och de tycker det är roligt så bryr de sig inte så mycket om det andra. Piskar man en människa till sport och den känner inte för det så drar den sig till det andra hållet".

"Alla de unga killar som börjar, man måste göra nånting åt det. För det är en hel generation som håller på att gå åt helvete. Man måste ta fatt i de tidigt, inte i högstadiet utan i låg och mellanstadiet. För nu finns det så otroligt mycket heroin så det är inte klokt. Det är bara att göra nånting. Få folk, få politikerna att fatta de måste satsa i god tid, inte för sent. Det är många gånger för sent i högstadiet. Satsa hellre på sport, nåt som ger nånting. Inte nåt som är inpräntat som så och så ska det va. Kanske nånting lite mer lössläppt. Jag vet inte, nånting annat. Andra sätt att lära folk, lära barn på. Tror jag i alla fall".

*Vad får du för tankar om du ser ungar som håller på med heroin?*

"Vad jag får för tankar? Att de ska gå igenom samma skit som jag har gått igenom. Att det är så nytt. Att det är så svårt att ta de ifrån det. Då skulle man behöva ta tag i dom nästan direkt, det ska inte gå för långt. Efter ett år eller så är det för sent. Man lyssnar inte på någon. Man tänker bara på sitt heroin".

*Vad tycker du att man skulle göra? Vilket sorts ingripande ska det vara?*

"Då kan de sätta LVM. Det beror på om de är nedgången, men det blir man ganska snabbt. Det blev i alla fall jag och då tycker jag att man i alla fall ska ta det i början av heroinmissbruket. För då har man inte förstört tankarna helt. Man är inte så insnöt i jonket som man blir med tiden. Då kanske man hinner att vakna upp och tänker efter".

"Man lyssnar absolut inte på människor när man är 17, 18. Och speciellt inte på vuxna. Det är bara så. Det är inte tufft. Man ska absolut inte göra som de vuxna säger. Allt det där vet man. Även om man vill ha hjälp så är man inte kapabel att ta emot, i den ålder. Utan jag tror att man måste börja tidigare. Man måste börja leta i mellanstadiet, 12, 13, 14 år. Men i sjunde klass kan vara för sent. Då har man kanske etablerat sig i ett gäng. Man har många kompisar, sin image, man har sin plats".

"I mellanstadiet skulle man leta upp de personerna som av någon anledning mår dåligt. Det kan man se. Det kan vara någon som bråkar jämt i klassen, någon som alltid är tyst. Det kan vara någon som jämt skolkar. Skolk och bråk är mera tydliga tecken, men det kan också vara en person som jämt är perfekt i allting. För det är liksom olika roller som barnen har. Beroende på hur det är hemma. Det är hemmet man måste utgå ifrån, tycker jag. Försök att ta reda på hur det är hemma. Många i mellanstadiet har kontakt med en kurator i skolan och det måste finnas någon orsak. Det försvinner inte bara genom samtal. Det kanske hjälper i skolan men när de kommer hem då är det samma där igen. Då mår de lika dåliga igen".

*Har du någon idé om, utifrån dina egna erfarenheter när du var 12, 13 år vad man skulle kunna göra för att de inte ska börja med heroin?*

"Ungdomar måste vara smart, tillräckligt starkt, i sig själv. Bra uppfostrad innan och ha en bra grund, tycker jag. Hamnar man i samma situation som många kompisar, så till sist så. Jag höll mig länge. Jag visste att det fanns heroin men jag tyckte; heroinister är äckliga. Men ändå till sist, så provade jag.

Och så miljön. Var de har växt upp och vem de umgås med. Man kan inte hålla barnen hemma hela tiden. Men man kan styra dem. Att säga till henne eller honom att sporta eller något annat. Det är kanske svårt att hitta vad de verkligen tycker om, men man kan inte tvinga dom".

*Om du skulle ge ungdomarna som befinner sig i farozonen ett gott råd, vad skulle du säga?*

" Prova aldrig första gången. Och umgås inte med de människorna, för det är lätt att fastna i ett missbrukarbeteende. När man är i tonåren tycker man att det är roligt första tiden. Det finns inget bättre och roligare. Då man är ung och stark. Man ska aldrig dö känns det som. Störst, bäst och vackrast".

"Jag har sett ungdomar som har fastnat i heroin som var så kallade rikemansbarn. De hade det jävligt bra ställt. Sen finns det andra som börjar med heroin och som har mycket, mycket dåligt ställt. Därför har det ökat så mycket. Det är dåligt ställt för ungdomarna. Jag vet inte varför. De har väl inte något speciellt att sysselsätta sig själv med. Sverige är också ett land där man inte får göra så mycket när man är 18 år. Man får inte komma in på diskoteken och man får inte göra si och inte så. Så blir det att man söker spänning och kickar någon annanstans".

*Vad känner du när de ser ungdomar som håller på med heroin?*

"Jag tycker att det är för jävligt".

*Tycker du att de är dumma eller?*

"Nej jag tycker synd om dom. Jag ser mig själv. Jag ser deras liv framför mig".

*Hur det kommer att bli?*

"De tror att: nej jag röker och sånt. Men för eller senare blir det också sprutor och en överdos och dö. Många vänner till mig har hunnit dö också. I överdoser".

*Vad skulle man kunna göra? Vad ska man säga till de ungdomarna?*

"Det är för sent att säga något till de ungdomarna som redan har tagit heroin tycker jag. Det finns inte mycket, jag vet inte vad man ska göra. Hade jag haft en lösning så hade jag slutat med heroin. Men innan de börjar, redan i skolan så borde de liksom få ett avskräckande mot knarket. Det ska vara mer information om knark, med verklighet. Men det är också mycket romantik om droger i filmer, de kickar på det också. Nej, de ska alltså ha någonting avskräckande mot droger. En viss lektion i skolan där ungdomar lär sig. T ex att sprit också är en drog. Det är då de börjar leta efter kickar. Efter det hasch och sen amfetamin och sen ja då går det uppför trappan. Det blir ju så".

## REFERENSER

Al - Baldawi R. Exil, Kultur och Drogmisbruk. Stockholm 1994.

Alkohol - och narkotikautvecklingen i Sverige. Rapport 94. CAN Rapport-serie nr 40. Stockholm 1994.

Andersson B, Fridell M, Nilsson K, Tunving K. Sjuttioalets narkomaner. Lund 1986.

Andersson B. Att förstå drogmisbruk: Praktiken, situationen, processen. Lund 1991.

Andersson B, Hibell B. Skolelevs drogvanor 1995. CAN 47. Stockholm 1996.

Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union. EMCDDA. Lissabon 1996.

Sven Björkman, MAS 1996, personlig kommunikation.

Borgfors N, Bylund-Jönsson U. Drogvanor bland Malmöelever. Skolkontoret. Malmö 1994.

Byqvist S, Gomér G, Olsson O. Det tunga narkotikamissbruks omfattning i södra Sverige 1992. CAN Rapport-serie nr 34. Stockholm

Byqvist S. Narkotikamissbrukare som det gått bra eller dåligt för efter behandling. Nordisk Alkoholtidskrift Vol. 10, 1993:4

Darke G Darke, Ross Joanne E and Hall D Hall. Benzodiazepine use among injecting heroin users. The medical journal of Australia, Vol 162: 645-647. 1995

Fridell M. Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Lund 1996

Giannopoulou J. En jämförelse av drogvanor. Alkohol och narkotika 8/1987.

Gomér G, Olsson O. Narkotikamissbruk bland invandrare. CAN Rapport 41. Stockholm 1994

Goldstein T. Narkotikan avmystifierad. Ett socialt perspektiv. Stockholm 1993.

Helling S, Den andra flykten. SoS-Rapport 1995:6. Stockholm 1995

Hjern A. Migrationsmedicinsk forskning. Stockholm 1995

Huizer H. Analytical studies on illicit heroin. Forensic Laboratory. Rijswijk. Nederländerna. 1988

Invandrarna blir 700 000 färre. Sydsvenska Dagbladet. 09-03-1997

Kaa. E. et al i Narkotikasituationen i Danmark Sundhedsstyrelsen. Köpenhamn. 1996.

Kerstin Käll, et al. Heroin nu huvuddrog bland nya missbrukare. Läkartidning. volym 93.nr 6.

Krantz P. Protokoll MÖG-möte. St Lars. Lund 23-05-96.

Lindelöf H. Pers. kommunikation. Stadskontoret. Malmö 1997

Mainline. Mars/april, 1995. Amsterdam.

Mainline. Februari 1996. Amsterdam.

Narkotikautvecklingen 96, rapport nr 4. CAN/Folkhälsoinstitut. Stockholm 1996.

Nilsson K, Tops D. LVM-vård av narkomaner. Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö:Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten. Meddelanden från Socialhögskolan 1994: 3. Lund.

Norén A. Narkotikamissbrukets omfattning i Malmö 1987. Malmö: Malmö socialförvaltning.

Narkotikapolitiken. St:Meld nr 16. Oslo. 1997

Nationell handlingsplan för alkohol-och drogförebyggande insatser. Folkhälsoinstitut. Stockholm. 1995

Nationell rapport om narkotikasituationen i Danmark till EMCCDA i Lissabon. Reitox. Köpenhamn.1996

Nationell rapport om narkotikasituationen i Finland till EMCCDA i Lissabon. Reitox Helsingfors 1996

Olsson O, Byqvist S och Gomér G. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992. CAN Rapport 34. Stockholm1993.

Pecknold J. The assessment of anxiety and benzodiazepine dependence. In: Hallström C, ed Benzodiazepine dependence. Oxford. 1993

SOSFS 1991:2. Socialstyrelsens allmänna råd om förebyggande åtgärder mot hepatit B.

Solarz A. Vem Blir Drogmisbrukare. Droger, kriminalitet och kontroll. BRÅ-rapport 1990:3

Strang J, Seivewright N, Farell M. Oral and intravenous abuse of benzodiazepines. In: Hallström C, ed. Benzodiazepine dependence. Oxford University Press, 1993: 128-42.

Svensson B. Pundare, jonkare och andra. Med narkotikan som följeslagare. Stockholm. 1996

Svensson B, Norén A. Tunga narkotikamissbrukare i Malmö. Malmö socialförvaltning. Malmö 1977.

Sverremo L. Personlig kommunikation. Läsnarkotikaroteln. 20-01-97. Malmö.

Tunving K. Heroinrökning i malmöregionen. Läkartidningen 73: 2017-2018. 1976

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1980. Tungt narkotikamissbruk- en totalundersökning 1979. Ds S 1980: 5. Stockholm 1980

Wiström A. Ungdomar och droger - en översikt. Folkhälsoinstitut. Stockholm. 1996





I serien **MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass** av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jan Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJUKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson (SLUT)
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSRAPPORT. Att arbeta på barn- och ungdomsinstitution - en pilotstudie** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér

- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne** av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRAR** av Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54** av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomsnyckeln** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder** av Anna Meeuwisse
- 1988:6 **UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER I MALMÖ OCH LUND** av Bengt Svensson
- 1988:7 **HEMTJÄNSTEN PÅ 2000-TALET** red av Peter Andersson
- 1989:1 **FATTIGLIV** av Gerry Nilsson
- 1989:2 **MAKT OCH MOTSTÅND - aspekter på behandlingsarbetets psykosociala miljö** av Leif R Jönsson
- 1989:3 **FOSTERHEMSFÖRVALTNINGEN** av Bo Vinnerljung
- 1989:4 **GUSTAV MÜLLER OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN** av Per Gunnar Edebalk
- 1990:1 **DET ÄR RÄTT ATT FRÅGA VARFÖR - undersökningar om socialt arbete** red av Verner Denvall
- 1990:2 **SCENFÖRÄNDRING - FORSA-symposiet Helsingborg/Gilleleje**
- 1990:3 **KULTURMÖTEN INOM SOCIALTJÄNSTEN - erfarenheter och reflektioner** red av Immanuel Steen
- 1990:4 **HEMMABOENDEIDEOLOGINS GENOMBROTT - åldringsvård och socialpolitik 1945-1965** av Per Gunnar Edebalk

- 1991:1 **PROJEKTILLVARO** - en processanalys av ett socialbyråprojekt  
av Anna Meeuwisse
- 1991:2 **ORGANISATIONENS PÅVERKAN PÅ SJUKFRÅNVARON** - hur en forskningsprocess  
och en personlig utvecklingsprocess kan integreras med hjälp av  
handledning av Katrin Tjörvason
- 1991:3 **SEXUALITET OCH SOCIALT ARBETE PÅ INSTITUTION** av Åsa André
- 1991:4 **MIND THE GAP** - en reseberättelse från England 1-8 april 1990 av  
Mats Dahlberg, Jan Lanzow Nilsson, Margot Olsson och Claes Norinder  
(red)
- 1991:5 **DRÖMMEN OM ÄLDERDOMSHEMMET** - Äldringsvård och socialpolitik 1900-1952  
av Per Gunnar Edebalk
- 1992:1 **POLICY, INTEREST AND POWER. Studies in Strategies of Research  
Utilization** av Kjell Nilsson
- 1992:2 **STÖD och AVLASTNING. Om insatsen kontaktperson/-familj**  
av Gunvor Andersson
- 1992:3 **REHABILITERING AV TORTYRSKADADE FLYKTINGAR I MALMÖ.**  
Utvärderingsrapport av Norma Montesino
- 1992:4 **MÅL, VERKSAMHETSMEDEL OCH BEHANDLINGSIDEER I TVÅ MÄNNISKOBEHANDLANDE  
ORGANISATIONER** av Marie Söderfeldt
- 1992:5 **235 SYSKON MED OLIKA UPPVÄXTÖDEN** - en retrospektiv aktstudie  
av Bo Vinnerljung
- 1993:1 **GRÄNSÖVERSKRIDANDE I PRAKTIK OCH FORSKNING - TVÅ EXEMPEL**  
av Bo Vinnerljung
- 1993:2 **HÖRSELSKADADE I ARBETSLIVET** - Ett stress/kontroll perspektiv -  
av Ann-Christine Gullacksen
- 1993:3 **NORMALITY, SOCIAL WORK AND THE CREATION OF EVERYDAY LIFE  
SETTINGS** av Matts Mosesson (ed)
- 1993:4 **SEVEN SWEDISH CASES: PRODUCTION REGIME, PERSONELL POLICY  
AND AGE STRUCTURE IN SEVEN SWEDISH FIRMS IN THE ERA OF THE  
SWEDISH MODEL** av Gunnar Olofsson och Jan Petersson
- 1994:1 **BOENDEBASEN I KRISTIANSTAD - EN UTVÄRDERING** av  
Bengt Svensson
- 1994:2 **Omsorgens vardag och villkor: 20 DOKTORANDER GRANSKAR FEM  
AVHANDLINGAR** red av Åsa André och Rosmari Eliasson
- 1994:3 **LVM-VÅRD AV NARKOMANER. Rapport från Avgiftningsenheten i  
Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten** av  
Kerstin Nilsson och Dolf Tops

- 1995:1 **SAMARBETE - NYCKELN TILL FRAMGÅNG.** En undersökning av team-  
arbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna  
av Anna-Lena Dahlquist
- 1995:2 **UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING I SOCIALT ARBETE**  
- Rapport från FORSA-symposiet 14-16 september 1995  
red av Håkan Jönson
- 1995:3 **VÄGEN ÖVER LYCKEBÖ**  
Från sluten psykiatrisk vård till vanlig äldreomsorg  
av Pauli Lappalainen
- 1995:4 **SAMSPEL I VARDAGSLIV**  
En studie av möten mellan utvecklingsstörda, föräldrar  
och personliga assistenter - en processbeskrivning  
av Eina Linder och Inger Sköld
- 1996:1 **SOCIALTJÄNSTEN OCH MINNESOTAMODELLEN** - Ett samarbetsprojekt  
mellan människobehandlande organisationer av Claes Levin
- 1996:2 **"DET MÅSTE SE UT SOM EN ARBETSPLATS"** - Om interorganisatorisk  
samarverkan för att yrkesrehabilitera gravt funktionshindrade  
av Ove Mallander
- 1997:1 **DISPONENT I BRYTNINGSTID** av Lars Harrysson
- 1997:2 **BURNOUT?** av Marie Söderfeldt
- 1997:3 **PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ I MÄNNISKOVÅRDANDE ARBETE** av Björn  
Söderfeldt och Marie Söderfeldt
- 1997:4 **"DET ÄR I ALLA FALL MITT BARN!"** - En studie om att vara  
missbrukare och mamma skild från barn av Karin Trulsson
- 1997:5 **FRIVILLIGA ORGANISATIONER OCH KORPORATIV POLITIK** - En fallstudie  
av Folkhälsoinstitutets, RFSUs, RFSLs och Noarks arks samarbete  
om hivförebyggande samhällsinsatser av Jan Arne Magnusson
- 1997:6 **TANKEFIGURER I SOCIALT ARBETE** - Operationalisering och reflektion  
av Immanuel Steen
- 1997:7 **SOCIALHÖGSKOLAN I LUND 50 ÅR** red av Per Gunnar Edebalk,  
Inger Farm och Hans Swärd
- 1997:8 **ÖVERVÄLTRINGAR FRÅN SOCIALFÖRSÄKRINGAR TILL SOCIALBIDRAG**  
av Tapio Salonen
- 1997:9 **UNGDOMAR I TVÅNGSVÅRD. RÅBYUNDERSÖKNING 94** av Claes Levin

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress  
Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND



---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Box 23  
221 00 Lund  
046-222 00 00