

## **CAN Rapport 109**

# Kokain – ett uppmärksammat problem

**Björn Hibell, redaktör**



### **CAN – en kunskapsbank i drogfrågor**

CANs främsta uppgift är att tillhandahålla kunskap om alkohol, narkotika och andra droger. Detta görs bland annat genom biblioteket, trycksaker av olika slag, webbsidor, seminarier, kurser och konferenser.

### **CAN följer drogutvecklingen**

CAN följer utvecklingen av bruk och missbruk av alkohol, narkotika och andra droger. CAN samlar in och sammanställer resultat från undersökningar, statistik och andra data, gör egna undersökningar och utredningar eller ger forskare i uppdrag att göra det.

© Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)  
1:a upplagan, 1:a tryckningen (1–300)  
Sättning: Britta Grönlund, CAN  
Tryck: Olssons Grafiska, 2008  
Omslag: Löwenberg Media  
ISSN 0283-1198  
ISBN 978-91-7278-012-5

### **Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning**

Klara Norra Kyrkogata 34, Box 70412, 107 25 Stockholm  
Tel: 08-412 46 00, fax: 08-10 46 41  
E-post: [can@can.se](mailto:can@can.se), hemsida: [www.can.se](http://www.can.se)

# **Kokain – Ett uppmärksammat problem**

Björn Hibell, redaktör



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 109

Stockholm 2008



# Förord

Under senare år har kokainets utbredning diskuterats såväl i Sverige som på andra håll. I svenska media har kokain uppmärksammats förhållandevis ofta i olika larmrapporter som beskrivit att kokain finns överallt, att konsumtionen ökat kraftigt och att den spritt sig till fler och fler orter i landet och till fler och fler grupper.

En oro för kokainets utbredning har även kommit från andra håll och vid en närmare granskning har det stått klart att det inte finns någon bra sammanställning av den kunskap som finns utspridd på olika håll om kokainets utbredning. Mot bakgrund av detta gav Mobilisering mot narkotika (MOB) CAN i uppdrag att göra en översikt över tillgängliga data från olika undersökningar och statistikserier.

Det är detta uppdrag som redovisas i föreliggande rapport. Med ett undantag har vår uppgift inte varit att göra nya undersökningar utan att sammanställa det som redan finns. Det finns därför många intressanta frågor som inte finns besvarade och skälet till det är primärt att det inte finns tillgängliga data som kan belysa dem.

Trots att det finns behov av kompletterande undersökningar för att få en tydligare bild av kokainsituationen är det vår förhoppning att denna rapport skall bli en bra utgångspunkt för en fortsatt diskussion om kokainets utbredning i Sverige.

Rapporten har inte diskuterats av CANs styrelse varför författarna själva svarar för tolkningar och slutsatser.

Stockholm i december 2007

Björn Hibell  
Direktör



# Innehåll

Inledning .....	7
Tidigare svensk genomgång .....	7
En kort internationell utblick .....	8
Syfte .....	9
Referenser .....	11
Erfarenheten av kokain speglad i olika befolkningsundersökningar .....	13
Inledning .....	13
Undersökningsmaterial .....	13
Resultat .....	15
Bakgrundsförhållanden .....	24
Sammanfattning .....	27
Referenser .....	28
Tabellerna 1–3 .....	29
Kokaintillgängligheten – beslag och priser .....	31
Inledning .....	31
Resultat .....	32
Referenser .....	42
Tabellerna 1–6 .....	43
Intryck från fältet – Data från CANs rapporteringssystem om droger .....	49
Inledning .....	49
Metod .....	50
Resultat .....	51
Sammanfattning .....	60
Tabellerna 1–25 .....	61
Kokaindiagnoser i patient- och dödsorsaksregistret .....	83
Inledning .....	83
Tillgängliga registeruppgifter .....	83
Resultat .....	84
Sammanfattande kommentarer .....	99
Tabellerna 1–11 .....	102
Bilaga: Diagnosnummer enligt ICD-10 .....	108
Kokain i lagföringsstatistiken .....	109
Inledning .....	109
Resultat .....	109
Sammanfattning .....	113
Tabellerna 1–3 .....	113
Sammanfattande kommentarer .....	115





# Inledning

*Björn Hibell*

Attityden till narkotika har av tradition varit restriktiv i stora delar av befolkningen, vilket sannolikt medverkat till att det, jämfört med många andra länder, är förhållandevis få svenskar som prövat narkotika. I linje med detta har också konsumtionen av kokain varit förhållandevis begränsad. Ett annat skäl kan vara att amfetaminet av tradition haft en stark ställning i Sverige, vilket kan ha medverkat till att kokainmissbruk inte verkar ha förekommit i någon större utsträckning i den traditionella gruppen av tunga svenska missbrukare. Kokain tycks i stället i första hand ha använts av vissa grupper i bl a nöjes- och restaurangvärlden.

Under senare år har det framhållits i media att kokainsituationen håller på att ändras i Sverige och att kokain dels skulle ha blivit ett mer frekvent preparat och dels att användningen skulle ha börjat spridas i större utsträckning utanför de traditionella grupperna.

Föreliggande sammanställning av tillgängliga data har därför gjorts på uppdrag av Mobilisering mot narkotika (MOB) för att få en uppfattning om hur situationen ser ut i dag och om det under senare år inträffat några påtagliga förändringar.

## *Tidigare svensk genomgång*

Diskussionen om förändringar i den svenska kokainsituationen har förekommit tidigare och 1990 fick CAN i uppdrag av regeringens "Aktionsgrupp mot narkotika" dels att sammanställa tillgängliga svenska data och dels att genomföra två separata undersökningar. En var en genomgång och analys av alla kokaindomar i Sverige 1989 och den andra en intervjuundersökning med ett antal nyckelpersoner, inklusive personer med egen erfarenhet av kokain (Helling et al, 1991).

Genomgången visade att kokain var relativt sällsynt i Sverige, såväl i jämförelse med missbruket av andra narkotiska preparat som med situationen i USA och många andra europeiska länder. Missbrukets omfattning ansågs emellertid omöjlig att skatta. Det konstaterades dock att det fanns data som tydde på att det kunde ha skett en viss ökning under 1980-talets senare år.

Det konstaterades vidare att missbruket ”huvudsakligen varit koncentrerat till kärnan av nöjes- och nattlivs-”innemänniskor” i storstäderna – författare, musiker, konstnärer, skådespelare, reklamfolk etc”. Den spridning man tyckte sig kunna konstatera under senare år tycktes i första hand skett i en grupp av relativt unga (20–40 år) socialt väletablerade personer i kärngruppens närhet, ”det vill säga personer som under en period av sina liv lever ett hektiskt nöjesliv utan att tillhöra den innersta kretsen”.

De som hade dömts för kokainbrott tillhörde emellertid sällan denna krets av mer eller mindre väletablerade medborgare. De kom i stället ofta från en grupp av socialt och kriminellt belastade personer eller utgjordes av andra personer som var kända av polisen för att syssla med andra typer av narkotika. De dömda var således inte representativa för den stora gruppen av ”traditionella” kokainmissbrukare.

## *En kort internationell utblick*

Enligt en uppskattning av EUs narkotikaobservationscenter i Lissabon gjordes det under 2004 ungefär 60 000 beslag av kokain i EU-länderna med en total kvantitet på ungefär 74 ton (ECNN 2006). Flertalet beslag gjordes i Västeuropa och Spanien står för omkring hälften av alla beslag och konfiskerade kvantiteter. Sveriges del av dessa beslag är blygsam och utgjorde ungefär en procent av alla beslag och omkring en halv procent av de beslagtagna kvantiteterna.

I ECNNs årsrapport framhålls vidare att befolkningsundersökningar i olika länder visar att kokainerfarenheten är högst i åldersgruppen 15–34 år, med en livstidsprevalens som varierar mellan en och tio procent. Högst värden i åldersgruppen redovisades från Storbritannien (10,5%) och Spanien (8,9%). Kokainerfarenhet är än mer framträdande hos unga män och i åldersgruppen 15–34 år är det i de olika länderna 5–14 procent som någon gång prövat kokain.

Motsvarande värden är inte kända i vårt land och Sverige tillhör de få länder som inte rapporterat in kokaindata från aktuella befolkningsundersökningar. Däremot är det helt klart att erfarenheten av kokain är betydligt högre i USA än i Europa. ECNN redovisar till exempel egna beräkningar som visar att det i åldersgruppen 16–34 år var 14,6 procent i USA som använt kokain någon gång och 5,1 procent som gjort det den senaste månaden. Motsvarande genomsnittsvärden inom EU för åldersgruppen 15–34 år var fem respektive två procent. Högst värden för livstidsprevalensen i USA redovisas i åldrarna 23–35 år där andelarna 2005 varierade mellan 15 och 18 procent (Johnston et al 2006).

Jämförbara svenska data finns emellertid för elever i åldersgruppen 15–16 år. I rapporten från 2003 års europeiska så kallade ESPAD-undersökning framgår att sex procent i Spanien och fem i USA uppgav att de någon gång provat kokain (Hibell et al 2004). Därefter följde tre länder med fyra procent (Italien, Isle of Man och Storbritannien). Medelvärdet var två procent och Sverige tillhörde den stora grupp av länder i vilka en procent svarat att de provat kokain.

De årliga skolundersökningarna i USA ger trenddata för en lång rad enskilda narkotiska preparat, inklusive kokain. Andelen elever som provat kokain steg under 1990-talet och nådde en topp 1999 då 6,8 procent i årskurs 10 (motsvarande årskurs 9 i Sverige) uppgav att de hade erfarenhet av kokain medan motsvarande värde i årskurs 12 var 8,8 procent (Johnston et al 2007). Andelarna har sedan sjunkit något under 2000-talet och uppgick 2006 till 4,3 respektive 7,9 procent.

I ECNNs årsrapport från 2006 framhålls vidare att ”i den allmänna populationen förefaller användning av kokain ske vid enstaka tillfällen, främst på helger och i nöjesmiljöer (på barer och diskotek) där det kan vara ganska vanligt” (ECNN 2006). Det påpekas emellertid att mönstren för kokainanvändning ofta ser olika ut i olika grupper. En undersökning i flera städer bland dem som definierades som ”socialt integrerade användare av kokain” var det en mycket stor majoritet som sniffade kokainet (95%). Å andra sidan visar flera undersökningar bland användare i missbruksbehandling eller i socialt marginaliserade grupper att injicering är vanligt förekommande.

## Syfte

Den korta internationella utblicken indikerar att kokain är en förhållandevis ovanlig förekomst i Sverige jämfört med i många andra länder. Under senare år har det emellertid figurerat uppgifter om att konsumtionen av kokain håller på att öka i Sverige, att den skulle sprida sig utanför de mer traditionella grupperna och att tillgängligheten och konsumtionen skulle öka runt om i landet utanför storstadsområdena.

Av tradition har kokain varit relativt ovanligt i Sverige, vilket bidragit till att tillgången på empiriska data är begränsad. Det finns spridda uppgifter från olika undersökningar och statistikserier, men inga kontinuerliga sammanställningar av den information som trots allt finns.

Mobilisering mot narkotika (MOB) konstaterade att det är svårt att få en överblick över kokainsituationen och gav därför CAN i uppdrag att göra en sammanställning över den information som finns tillgänglig via olika frågeundersökningar och andra statistikkällor. Som ett komplement till detta har

det gjorts en viss fördjupning om hur man såg på kokainsituationen runt om i landet i anslutning till den datainsamling som gjordes hösten 2006 inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger (CRD).

I uppdraget ingår fem sammanställningar och undersökningar, vilka redovisas som separata kapitel i denna rapport. De avser

- data om kokain i olika befolkningsundersökningar
- kokaintillgängligheten mätt med beslag och priser
- data om kokain i sjukvårds- och dödsregistren
- lagförda för narkotikabrott
- uppfattningar om kokainsituationen från ett lokalt perspektiv (återspeglade inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger – CRD)

För att få perspektiv på kokainsituationen och dess utveckling har data om kokain jämförts med tillgängliga data om andra narkotiska preparat.

Rapporten innehåller en lång rad diagram som redovisas numrerade i den löpande texten. Tabellunderlaget för dessa finns i respektive kapitelns tabellbilaga i vilken tabellerna numrerats från 1 och uppåt. I somliga fall har det inte bedömts som meningsfullt att illustrera en tabell med en figur. I dessa fall hänvisas antingen till en numrerad tabell i tabellbilagan eller till en tabell i texten. I det senare fallet har de identifierats med en bokstav.

## Referenser

ECNN (Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk) (2006). *Årsrapport 2006: Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Lissabon: Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.

Helling S, Olsson B och Thelin A (1991): *Kokain i Sverige*. CANs rapportserie nr 18. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A and Morgan M (2004). *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L, O'Malley P, Bachman J and Schulenberg J (2006). *Monitoring the Future. National Survey Results on Drug Use, 1975–2005. Volume II: College Students & Adults Ages 19–45*. Washington: National Institute on Drug Abuse.

Johnston L, O'Malley P, Bachman J and Schulenberg J (2007). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings 2006*. Washington: National Institute on Drug Abuse.



# Erfarenheten av kokain speglad i olika befolkningsundersökningar

*Erik Fender, Ulf Guttormsson, Thomas Hvitfeldt*

## *Inledning*

Frågeundersökningar används ofta för att studera företeelser som är svåra att belysa på andra sätt. Detta gäller bland annat konsumtionen av alkohol och narkotika och när det gäller användningen av alkohol har Sverige en lång tradition av alkoholvaneundersökningar i den allmänna befolkningen. Dessa kom sedermera också att inkludera frågor om narkotika. De årliga undersökningarna av drogvanor bland skolelever och mönstrande som startade i början på 1970-talet innehåll emellertid redan från början frågor om narkotika.

Data om erfarenheter av kokain i olika befolkningsgrupper och i olika delar av landet är begränsade och då speciellt om man vill belysa utvecklingen över tid. Viss information finns dock i några serier av riksrepresentativa befolkningsundersökningar i vilka frågor om narkotikaerfarenhet har ingått. De undersökningsserier som redovisas i detta kapitel är skolundersökningarna bland elever i årskurs 9 i högstadiet och årskurs 2 i gymnasiet, mönstringsundersökningarna bland 18-åriga pojkar samt undersökningar bland ungdomar (16–24 år) och vuxna (16–75 år).

## *Undersökningsmaterial*

Då syftet är att så långt som möjligt belysa kokainanvändandet över tid i den svenska befolkningen har redovisningar från fem riksrepresentativa undersökningar som upprepats vid ett flertal tillfällen använts. Några av dessa har genomförts årligen sedan början av 1970-talet, medan andra har betydligt färre datainsamlingar. För två av dem finns det tyvärr inte data efter 2000 respektive 2003.

## CANs årliga undersökningar av skolelevers drogvanor

Undersökningarna är enkätundersökningar om ungdomars alkohol- och narkotikavanor som har genomförts sedan 1971 i årskurs 9 och 2004 i år 2 i gymnasiet (Hvitfeldt och Fender 2007). Studierna genomförs med hjälp av enkäter som distribueras till riksrepresentativa urval av klasser och fylls i anonymt av eleverna under skrivningsliknande former. Totalt medverkar cirka 5 500 elever i årskurs 9 medan antalet deltagande gymnasieelever varit strax under 5 000. Bortfallet ligger mellan 10 och 15 procent i nian och i gymnasiet runt 20 procent.

För årskurs 9 finns tillgänglig data om kokainerfarenhet från och med 1989 och för årskurs två i gymnasiet från och med 2004.

## CANs årliga undersökningar av mönstrandets drogvanor

Mellan 1971–2006 gjordes årliga rikstäckande undersökningar av artonåriga mäns drogvanor i samband med att dessa infann sig till mönstringen för militärtjänst (Guttormsson 2007). År 2007 infördes så pass stora förändringar i mönstringsverksamheten att drogvastudien upphörde, därför finns inte data efter 2006. Undersökningarna omfattade alla som mönstrade och formuläret besvarades anonymt i samband med de teoretiska proven vid mönstringen. Årligen deltog cirka 40 000 personer. Kvinnor som mönstrade för frivillig tjänstgöring ingår inte i resultatredovisningen. Ytterligare grupper som inte ingår är artonåriga män som saknar svenskt medborgarskap samt personer med sjukdomar och handikapp. Bortfallet ligger mellan 5 och 15 procent.

## Ungdomsundersökningarna i åldrarna 16–24 år

Undersökningarna av ungdomsgruppen 16–24 år har genom årens lopp genomförts av flera olika institut (Guttormsson m fl 2004). Syftet med undersökningarna är att följa utvecklingen av ungdomars alkohol- och narkotikavanor. I många undersökningar har endast alkoholvanorna studerats men vissa år, och regelbundet under 1990-talet, har också frågor om narkotikaerfarenheten ställts. Samtliga undersökningar fram till 1998 genomfördes av TEMO som telefonintervjuer. År 2000 var det Intervjubolaget (IB) som svarade för telefonintervjuerna och 2003 ARS Research AB. Bortfallet har varierat från 20 till 28 procent vid de mättillfällen som presenteras i denna rapport.

De redovisade bytena av undersökningsinstitut är tyvärr en komplicerande faktor när det gäller att belysa utvecklingen över tid.



## Vuxenundersökningarna i åldrarna 16–75 år

Sedan 1992 har de så kallade vuxenundersökningarna genomförts av TEMO genom intervjuer via hembesök (CAN 2006). Till och med 1994 omfattade urvalet 1 000 personer. Vid 1996 och 1998 års undersökningar uppgick urvalet till 1 500 personer, medan cirka 2 000 personer ingick i undersökningen år 2000. Bortfallet har legat runt 40 procent.

## Resultat

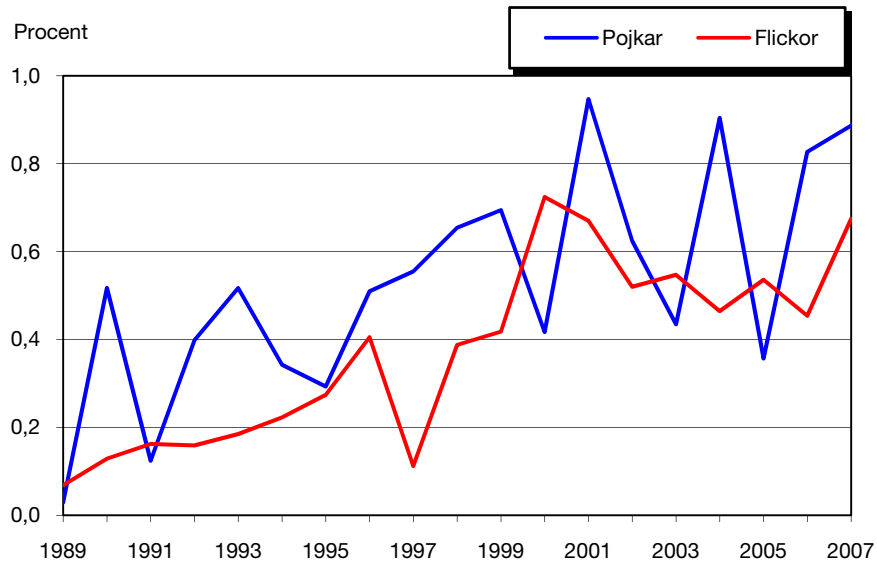
För de undersökningar som genomförts årligen sen en längre tid redovisas resultaten i diagram. Tabellunderlaget för diagrammen återfinns i tabellbilagan där tabellerna är numrerade. För de undersökningar som genomförts mindre frekvent återges resultaten endast i tabellform i den löpande texten i vilken tabellerna anges med bokstäver.

I samtliga tabeller och diagram redovisas resultaten i procent. Procentalen presenteras med en decimal på grund av att andelen som prövat de aktuella drogerna är mycket liten. Detta ger lätt intryck av en exakthet som egentligen inte finns och med beaktande av de få respondenter som prövat narkotika i allmänhet, och kokain i synnerhet, bör resultaten tolkas med försiktighet. Ett litet antal personer påverkar decimalerna och när värdena för ett ovanligt preparat som kokain redovisas i diagramform kan förändringarna från ett år till ett annat se förhållandevis stora ut trots att det i realiteten oftast rör sig om relativt marginella förändringar. Detta gör att många kurvor, på grund av slumpfaktorer, kan bli ganska hackiga.

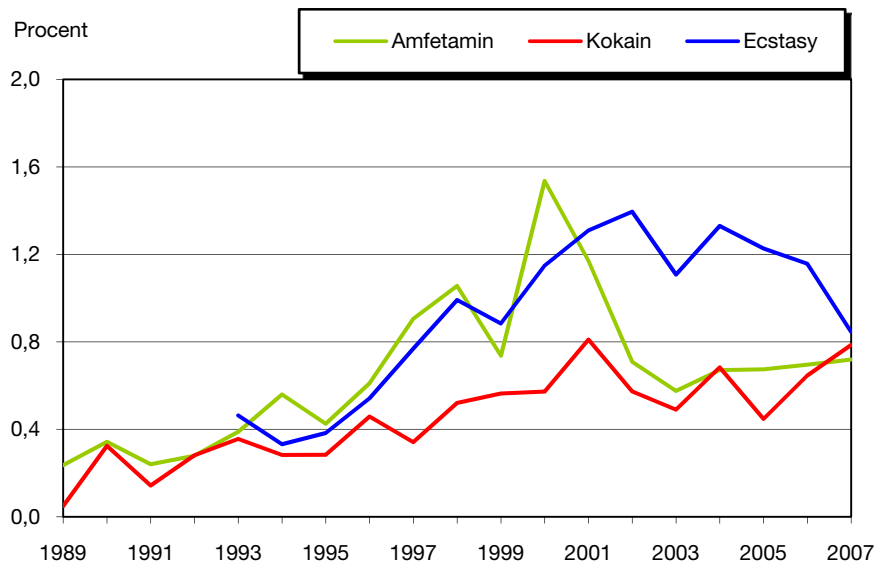
I den mån det finns möjlighet presenteras resultatet uppdelat på kön, preparat, region och åldersgrupp. För elever i årskurs 9 presenteras inte kokainerfarenhet uppdelat på region på grund av att andelen med kokainerfarenhet är för liten.

## Elever i årskurs 9

Andelen elever i årskurs nio som någon gång sagt att de prövat kokain är mycket liten. Endast 0,9 procent av pojkarna och 0,7 procent av flickorna svarade i 2007 års skolundersökning att de någon gång använt kokain (diagram 1 och tabell 1). Mellan åren 1989 och 2000/2001 kan en liten ökning urskiljas, men eftersom det är så pass liten andel som någon gång prövat kokain ska man vara mycket försiktig med att tala om något trendbrott i utvecklingen. Om det överhuvudtaget skedde någon ökning under 1990-talet, så har den inte fortsatt under 2000-talet.



**Diagram 1.** Andelen elever i årskurs 9 som någon gång prövat kokain uppdelat på kön mellan åren 1989–2007.



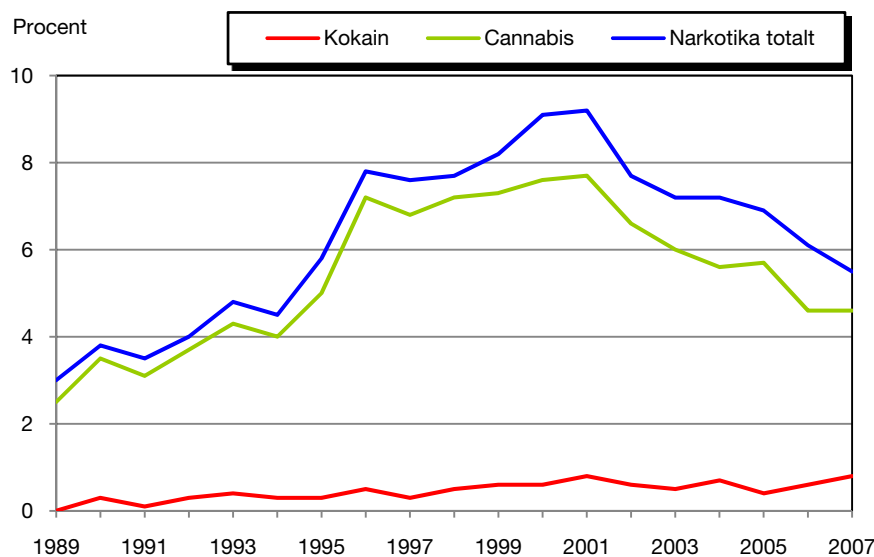
**Diagram 2.** Andelen elever i årskurs 9 som någon gång prövat kokain eller amfetamin mellan åren 1989–2007 samt ecstasy mellan åren 1993–2007.

Andelen elever som uppger att de prövat kokain är liten jämfört med andra ovanliga droger som amfetamin och ecstasy (diagram 2 och tabell 2). Amfetamin följer samma utveckling som kokain vad gäller andelen som prövat, med undantag för en topp år 2000. Det preparat som tycks ha ökat mest mellan 1995–2005 av drogerna i diagram 2 är ecstasy där andelen som svarat att de prövat nästan är tre gånger så hög 2005 som 1995. Andelen med ecstasy-erfarenhet har dock sjunkit de tre senaste åren och ligger nu på ungefär samma nivå som de andra drogerna som presenteras i diagrammet.

Av de preparat som valts att redovisas utgör kokain, amfetamin och ecstasy en relativt liten del av det totala användandet av narkotika. Kokain hör till de preparat som minst andel elever prövat och cannabis är det preparat som störst andel har erfarenhet av (diagram 3 och tabell 2). Av diagrammet kan utläsas att mellan 1990 och 2001 ökade andelen som prövat narkotika kraftigt. Kokainutvecklingen visar på en ytterst liten ökning under samma period. Om man över huvud taget skall tolka detta som en ökning så kan det således konstateras att den tidsmässigt sammanfaller med ökningarna i narkotikaerfarenheten totalt.

## Elever i år 2 i gymnasiet

Med anledning av att gymnasieundersökningarna endast genomförts mellan 2004–2007 redovisas uppgifterna inte i diagram utan endast i tabellform. Av



**Diagram 3.** Andelen elever i årskurs 9 som någon gång prövat kokain och cannabis samt narkotika totalt mellan åren 1989–2007.

preparaten som presenteras i tabell A är kokain det som lägst andel prövat. Vid de fyra undersökningstillfällena skiljer sig inte andelen som prövat kokain nämnvärt bland pojkar, bland flickorna kan dock en liten ökning konstateras. Vad gäller amfetamin och ecstasy minskar andelen som använt preparaten mellan åren 2004 och 2007. Minskningen av andelen som använt preparaten kan även ses i mönstringsundersökningen under motsvarande år (diagram 4). Liksom bland elever i årskurs 9 är det förhållandevis få som svarat att de har erfarenhet av kokain, amfetamin och ecstasy. Bland dem som prövat narkotika är cannabis det i särklass mest använda preparatet.

Pojkar uppger i högre utsträckning än flickor att de prövat såväl kokain som övriga av de redovisade preparaten.

I tabell B redovisas erfarenheterna av kokain i en enkel regionindelning. Eftersom värdena blir extra osäkra när de bryts ner på regioner har de tre åren 2005–2007 slagits samman till ett treårsmedelvärde. Andelen elever som uppger att de prövat kokain är större i storstadslänen än i övriga län. I Stockholms och Skåne län svarade 2,3 respektive 2,0 procent att de någon gång använt kokain jämfört med 0,8 procent i övriga län i Sverige. I Västra Götaland var det 1,2 procent som uppgav att de någon gång använt kokain.

**Tabell A.** Andelen elever i årskurs 2 i gymnasiet som någon gång prövat amfetamin, ecstasy, kokain eller cannabis samt narkotika totalt uppdelat på kön. 2004–2007.

	Pojkar				Flickor			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Amfetamin	1,8	1,8	1,6	1,3	2,1	1,6	1,5	1,6
Ecstasy	2,6	2,8	1,8	1,7	3,3	1,6	1,7	1,7
Kokain	1,3	1,4	1,7	1,3	0,8	0,9	1,1	1,3
Cannabis	15,9	16,8	15,0	15,6	12,3	11,6	12,6	12,3
Narkotika totalt	16,8	17,4	15,8	16,5	13,9	12,7	14,2	13,3

**Tabell B.** Andel elever i årskurs 2 i gymnasiet som någon gång prövat kokain uppdelat på region, treårsmedelvärden. 2005–2007.

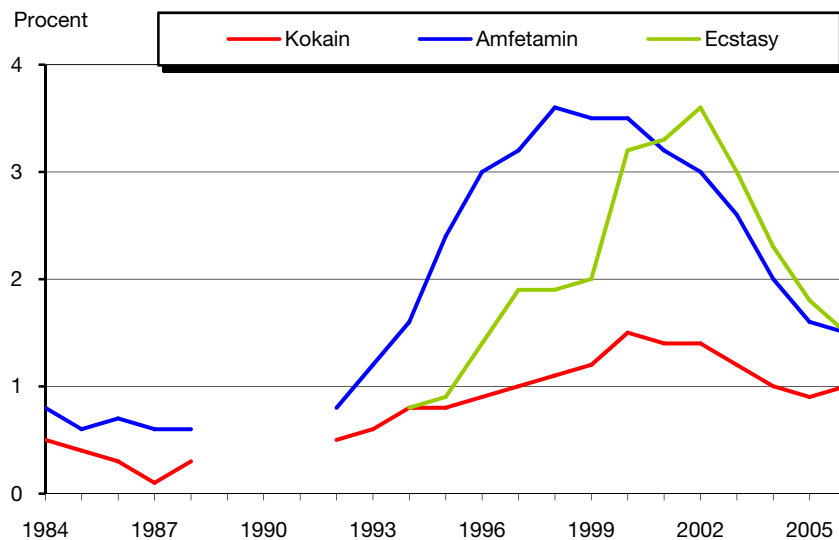
Län	Andel med kokainerfarenhet
Stockholm	2,3
Västra Götaland	1,2
Skåne	2,0
Övriga län	0,8

## Mönstrande 18-åriga pojkar

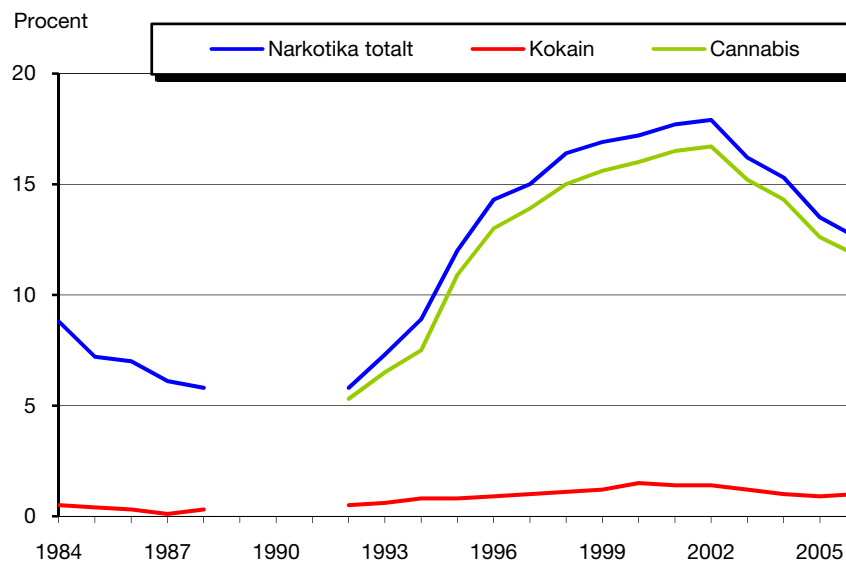
På grund av tekniska problem kan inga data presenteras för perioden 1989–1991. Ecstasyfrågan introducerades 1994 och därmed presenteras data först från det året.

Av de mönstrande som svarat att de provat något av preparaten kokain, amfetamin och ecstasy utgör kokain den drog som minst andel personer har erfarenhet av (diagram 4 och tabell 3). Från mitten av 90-talet har andelen med amfetamin- och ecstasyerfarenhet ökat kraftigt i förhållande till dem med kokainerfarenhet. Efter den kraftiga uppgången av personer som provat preparaten har amfetamin sedan 1998 och ecstasy sedan 2002 nästan halverats till år 2006. Andelen med kokainerfarenhet hade sin topp år 2000 och har stadigt sjunkit sen dess med undantag för en liten ökning vid det sista mättilfället.

Andelen mönstrande 18-åriga pojkar med narkotikaerfarenhet steg från 5,8 procent till 17,9 procent mellan åren 1992–2002 (diagram 5 och tabell 3). Andelen med kokainerfarenhet steg från 0,5 procent till 1,4 procent under samma period. Sedan år 2002 har både den totala andelen med narkotikaerfarenhet och andelen som provat kokain i stort sätt minskat för varje år. Detta innebär att utvecklingen för dem med kokainerfarenhet har följt utvecklingen för den totala andelen mönstrande med narkotikaerfarenhet, vilken helt domineras av cannabis.



**Diagram 4.** Andelen mönstrande som någon gång provat kokain eller amfetamin mellan åren 1984–1988 och 1992–2006 samt ecstasy mellan åren 1994–2006.



**Diagram 5.** Andelen mänstrande som någon gång prövat kokain och narkotika totalt mellan åren 1984–1988 och 1992–2006 samt cannabis mellan åren 1992–2006.

Av den totala andelen mänstrande med narkotikaerfarenhet utgör kokain en ytterst liten del. Cannabis är det preparat som flest personer med narkotikaerfarenhet har prövat. Andelen som prövat kokain av dem som har narkotikaerfarenhet har mellan 1992–2006 legat mellan sex och nio procent. Resultatet tyder på att andelen med kokainerfarenhet inte har förändrats nämnvärt bland dem som prövat narkotika sett över tid.

Andelen mänstrande med uppgiven kokainerfarenhet är högst i storstäderna vid alla redovisade mättillfällen (tabell C). Störst andel med kokainerfarenhet finns i Stockholms län som klart skiljer sig från övriga delar av Sverige vid alla redovisade mättillfällen.

**Tabell C.** Andelen mänstrande som någon gång prövat kokain uppdelat på storstadslän och övriga län åren 1995, 2000 och 2005.

	Stockholm	Västra Götaland	Skåne	Övriga län
1995	1,6	0,7	1,1	0,4
2000	2,9	1,9	0,9	0,9
2005	2,0	1,0	0,9	0,6

## Ungdomsundersökningarna (16–24-åringar)

Tabell D visar att kokain utgör en mycket liten del av den totala narkotikaanvändningen i gruppen 16–24-åringar. I samtliga undersökningar hos både män och kvinnor är det mycket vanligare att respondenterna prövat amfetamin jämfört med kokain. Vid en jämförelse mellan amfetamin, ecstasy och kokain kan det konstateras att kokain, med något enstaka undantag, är det preparat som prövats av minst andel respondenter. Det bör noteras att det för de fyra undersökningarna finns en hackighet i utvecklingen för kokain, liksom för amfetamin, men inte för narkotikautvecklingen totalt. Däremot följer ecstasyutvecklingen relativt väl utvecklingen för narkotika totalt. Resultatet visar att män i högre utsträckning än kvinnor prövat såväl kokain som de andra redovisade preparaten.

Kokainanvändandet i olika åldersgrupper är svårtolkat. Resultatet visar inga tydliga tecken på hur utvecklingen varit under de redovisade åren. När man ser att kokainanvändandet ökat för varje år i åldersgruppen 16–18 år kan man lätt tro att bruket gått ner i åldrarna (tabell E). En beräkning av medelåldern för dem som använt kokain vid respektive mättillfälle visar dock att detta inte är fallet. År 1996 var snittåldern för dem som använt kokain 21,6 år, 1998 21,0 år och 2003 21,7 år. Resultatet visar därmed att den typiske personen med kokainerfarenhet inte blivit yngre.

**Tabell D.** Andelen ungdomar 16–24 år som prövat ecstasy, amfetamin, kokain eller cannabis samt narkotika totalt, efter kön åren 1994, 1996, 1998 och 2003.

	Män				Kvinnor			
	1994	1996	1998	2003	1994	1996	1998	2003
Ecstasy	0,7	0,7	0,9	4,4	–	0,8	0,6	2,7
Amfetamin	1,2	3,9	2,4	4,7	0,5	1,7	1,0	3,0
Kokain	0,5	1,2	0,7	1,3	–	0,8	0,2	1,3
Cannabis	6,8	11,8	13,7	19,4	1,4	8,2	6,9	13,6
Narkotika totalt	6,8	12,9	14,4	20,4	2,0	8,3	8,0	14,4

**Tabell E.** Andel med kokainerfarenhet uppdelat på åldersgrupper åren 1994, 1996, 1998 och 2003.

	16–18	19–21	22–24
1994	–	–	0,8
1996	0,2	1,5	1,3
1998	0,3	0,7	0,5
2003	0,5	0,8	2,6

**Tabell F.** Andelen som någon gång prövat kokain uppdelat på storstadslän och övriga län åren 1994, 1996, 1998 och 2003.

	Stockholm	Västra Götaland	Skåne	Övriga län
1994 <sup>a)</sup>	–	–	–	–
1996	3,6	0,5	1,0	0,1
1998	0,3	1,0	0,6	0,4
2003	2,2	1,7	1,6	0,7

a) För år 1994 saknas tillgänglig data för länsuppdelning.

När man jämför storstadslänen med övriga län visar resultatet att personer med kokainerfarenhet är mycket vanligare i storstadslänen än i övriga län (tabell F). Intressant är att andelen i gruppen övriga län ökar vid varje mättillfälle. Gruppen övriga län är tillsammans med Västra Götalands län de enda som indikerar att andelen med kokainerfarenhet ökat över tid.

## Vuxenundersökningarna (16–75-åringar)

För vuxenundersökningarna finns endast data till och med 2000 (tabell G). Andelen som prövat kokain bland 16–75-åringar är emellertid låg i dessa undersökningar hos såväl män som kvinnor, vilket dels stödjer resultaten från tidigare tabeller och diagram och dels understryker vikten av att skillnader mellan dessa små värden måste tolkas med försiktighet. Intressant är att det vissa år är en större andel kvinnor än män som uppgav att de använt kokain. Andelen män som prövat kokain är betydligt mindre jämfört med dem som prövat amfetamin. Vad gäller kvinnorna är motsvarande andelar lika stora bortsett från undersökningen år 2000 där över dubbelt så många svarat att de använt amfetamin än som använt kokain. Liksom i alla andra undersökningar är cannabis det klart dominerande preparatet hos både män och kvinnor.

I den äldsta åldersgruppen (50–75 år), har ingen med undantag för år 1998, uppgett att de använt kokain (tabell H). Andelen personer som svarat att de använt kokain är ungefär lika stor i åldersgrupperna 16–29 som 30–49 år sett över tid. Medelvärde för de tre senaste undersökningarna (1996, 1998 och 2000) är högre än medelvärdet för de tre första undersökningarna (1992, 1993, 1994) för åldersgrupperna 16–29 år och 30–49 år. Resultatet kan tyda på en ökning av kokainanvändandet under andra hälften av 1990-talet i dessa grupper.



**Tabell G.** Andelen män och kvinnor i åldrarna 16–75 år som prövat ecstasy amfetamin, kokain och cannabis. samt narkotika totalt. 1992–2000.

<b>Män</b>					
	Ecstasy	Amfetamin	Kokain	Cannabis	Narkotika totalt
1992	.	1,6	0,2	10,1	11,0
1993	–	2,3	0,5	12,2	13,2
1994	–	2,1	0,3	6,5	7,2
1996	0,1	2,1	0,4	10,5	10,8
1998	0,4	3,1	0,5	16,1 <sup>a)</sup>	15,8
2000	0,3	2,4	0,9	14,6	15,2

<b>Kvinnor</b>					
	Ecstasy	Amfetamin	Kokain	Cannabis	Narkotika totalt
1992	.	0,9	0,4	5,5	6,0
1993	–	0,4	0,4	7,1	7,8
1994	–	0,4	0,5	5,7	5,7
1996	0,4	1,5	1,4	6,0	6,3
1998	0,1	0,6	0,7	8,6 <sup>a)</sup>	8,6
2000	0,1	1,0	0,4	7,6	7,3

a) På grund av att frågorna om cannabis och narkotikaerfarenhet totalt varit separata har det varit möjligt att svara att man prövat cannabis men inte narkotika, vilket förklarar varför andelen som 1998 uppgett att de prövat cannabis är något högre jämfört med narkotika totalt.

**Tabell H.** Andel personer med kokainerfarenhet uppdelat på åldersgrupper.

År	16–29	30–49	50–75
1992	0,7	0,2	–
1993	0,5	0,7	–
1994	0,5	0,6	–
1996	1,5	1,2	–
1998	1,0	0,8	0,2
2000	0,8	1,2	–

År 1992 och 1994 visar resultaten att kokainanvändning var ungefär lika vanlig i övriga delar av landet som i storstäderna medan värdena för övriga år är högre i storstäderna (tabell I). Tabellen bekräftar tidigare redovisade resultat i detta kapitel, nämligen att kokainanvändning är vanligare i storstäder än i andra delar av landet.

**Tabell I.** Andel med kokainerfarenhet uppdelat på bostadsort <sup>a)</sup>.

År	Storstad	Övriga
1992	0,3	0,3
1993	1,0	0,1
1994	0,4	0,3
1996	1,1	0,7
1998	1,1	0,3
2000	1,0	0,4

a) Storstad består av h-region 1 och 2 och gruppen övriga av resterande h-regioner.

## *Bakgrundsförhållanden*

I samtliga redovisade frågeundersökningar är det enbart någon enstaka procent som uppger att de har erfarenhet av kokain. Eftersom antalet respondenter, med ett undantag, är relativt begränsat i samtliga undersökningar är det i absoluta tal endast ett fåtal som använt kokain. Detta gör att det inte är meningsfullt att göra några analyser av gruppen kokainanvändare. Undantaget är mönstringsundersökningen med ca 35 000 svarande i 2006 års undersökning, bland vilka 371 redovisade att de prövat kokain.

Utöver frågor om kön, bostadsort och ålder har mönstringsenkäterna inlett med några frågor om bakgrundsförhållanden. Respondenterna har bland annat fått svara på frågor om härkomst och hur de uppfattar sin livssituation. Nedan presenteras resultat från ett antal av dessa frågor. I redovisningen har materialet delats in i tre grupper. I den ena finns de som prövat kokain. En annan grupp består av de mönstrande som har erfarenhet av narkotika men aldrig använt kokain. I den tredje gruppen ingår de som aldrig prövat något narkotiskt preparat.

Gruppen mönstrande som inte prövat narkotika utgörs till 78 procent av etniska svenskar, 14 procent svenskfödda med någon utlandsfödd förälder och 6 procent utlandsfödda (tabell J). En liten andel består av adopterade (ca 1%). Andelen etniska svenskar sjunker sex procentenheter om man jämför med dem som prövat narkotika (ej kokain) och sjunker ytterligare när man ser till dem som uppger att de använt kokain (61%). Tendenserna är omvända när man ser till svenskfödda med någon utlandsfödd förälder som i stället ökar sin andel från 14 procent bland de som inte prövat narkotika till 19 procent bland de med narkotikaerfarenhet och 23 procent bland dem med kokainerfarenhet. Andelen utlandsfödda är lika stor i grupperna med narkotikaerfarenhet som de utan, andelen ökar dock kraftigt när man ser till dem med kokainerfarenhet då den nästan fördubblas (11%).

Andelen adopterade är av naturliga skäl väldigt liten i varje grupp. Vid en närmare granskning av resultatet kan man utläsa att av dem som ej prövat

narkotika är en procent adopterade medan motsvarande värde är två procent bland de med kokainerfarenhet. Ingen annan grupp uppvisar en så stor ökning i relativa tal som de adopterade.

Man bör ha i åtanke att endast svenska medborgare kallas till mönstring och därmed ingår i datamaterialet. Undersökningen säger således ingenting om narkotikaerfarenheten bland de invandrarungdomar som inte är svenska medborgare.

Oavsett narkotikaerfarenhet uppgav majoriteten, över 70 procent, att de var nöjda med sin livssituation. Man kan dock konstatera en stor skillnad mellan gruppen som inte prövat narkotika och de som använt kokain. Andelen nöjda bland dem som uppgett att de prövat kokain var 72 procent medan 90 procent bland dem som inte prövat narkotika uppgav att de var nöjda (tabell K). Bland de med annan narkotikaerfarenhet än kokain uppgav 79 procent att de var nöjda med sin livssituation.

**Tabell J.** Narkotikavanor bland mönstrande med avseende på härkomst. Procent. 2006.

	Ej prövat narkotika	Prövat narkotika (ej kokain)	Prövat kokain
Född i Sverige, svenska föräldrar	78	72	61
Född i Sverige, utländsk förälder	14	19	23
Född utomlands, utländska föräldrar	6	6	11
Adopterad	1	1	2
Ej svar	2	1	2
Antal personer	30 033	4 321	371

**Tabell K.** Hur nöjd är du med din livssituation som helhet? Narkotikavanor bland mönstrande med avseende på nöjdhetsgraden. Procent. 2006.

	Ej prövat narkotika	Prövat narkotika (ej kokain)	Prövat kokain
Nöjd/Ganska nöjd	90	79	72
Varken nöjd eller missnöjd	6	12	15
Missnöjd/Ganska missnöjd	1	4	10
Ej svar	3	5	3
Antal personer	30 033	4 321	371

Det var en liten andel i samtliga grupper som uppgav att de var missnöjda med sin livssituation. De med kokainerfarenhet svarade dock i mycket högre utsträckning att de var missnöjda (10%) jämfört med de som prövat annan narkotika (4%) och de som inte alls prövat narkotika (1%).

Precis som med livsnöjdheten är majoriteten nöjda med sin familjesituation. Mest nöjda är de som inte prövat narkotika (93%), därefter de som har narkotikaerfarenhet (ej kokain) (85%) och sist de med kokainerfarenhet där 80 procent uppgav att de var nöjda med sin familjesituation (tabell L). Andelen som uppgav att de var missnöjda var störst bland de med kokainerfarenhet (9%) och minst bland dem som inte prövat narkotika (1%).

**Tabell L.** Hur nöjd är du med din familjesituation som helhet? Narkotikavanor bland mönstrande med avseende på nöjdhetsgraden. Procent. 2006.

	Ej prövat narkotika	Prövat narkotika (ej kokain)	Prövat kokain
Nöjd/Ganska nöjd	93	85	80
Varken nöjd eller missnöjd	4	8	10
Missnöjd/Ganska missnöjd	1	4	9
Ej svar	2	3	1
Antal personer	30 033	4 321	371

## *Sammanfattning*

Resultaten talar för att det inte skett några betydande förändringar av kokainanvändandet under de senaste årtiondena. Tillgängliga undersökningar visar att det under de senaste 10–15 åren skett vissa ökningar, dock endast från låga till något mindre låga nivåer. Detta har skett parallellt med att den totala andelen som prövat narkotika ökat. Andelen som överhuvudtaget använt narkotika tycks dock inte ha prövat kokain i ökande omfattning.

Samtliga befolkningsundersökningar som presenterats visar att det är vanligare med kokain i storstadslän än i övriga län. Resultatet visar även att män i högre utsträckning än kvinnor uppger att de använt kokain. Man bör dock notera den konstanta ökningen mellan 2004–2007 bland flickor som går andra året på gymnasiet, vid 2007 års mätning låg flickorna på samma nivå som pojkarna.

I undersökningar av de 18-åriga mönstrande pojkarna framgår det att det bland dem som prövat kokain finns förhållandevis många som har utländsk bakgrund. Gruppen karaktäriseras vidare av att det är relativt många som inte är nöjda med sina livs- och familjesituationer.

Slutligen bör nämnas att av de data som presenterats framgår att kokainanvändning är relativt sällsynt i Sverige och att cannabis är det klart dominerande preparatet. Samtliga undersökningar visar att kokain, jämfört med ecstasy och amfetamin, är det centralstimulerande preparat som minst andel uppger att de prövat.

## *Referenser*

CAN (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007. Rapportserie nr 107. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U, (2007) Mönstrandets drogvanor 2006. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Helling S, Olsson B, Thelin A (1991). Kokain i Sverige 1991. Rapportserie nr 18. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Hvitfeldt T och Fender E (2007). Skolelevers drogvanor 2007. Under produktion. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

**Tabell 1.** Andelen elever i årskurs 9 som använt kokain uppdelat på kön. 1989–2007.

År	Pojkar	Flickor
1989	0,0	0,1
1990	0,5	0,1
1991	0,1	0,2
1992	0,4	0,2
1993	0,5	0,2
1994	0,3	0,2
1995	0,3	0,3
1996	0,5	0,4
1997	0,6	0,1
1998	0,7	0,4
1999	0,7	0,4
2000	0,4	0,7
2001	0,9	0,7
2002	0,6	0,5
2003	0,4	0,5
2004	0,9	0,5
2005	0,4	0,5
2006	0,8	0,5
2007	0,9	0,7

**Tabell 2.** Andelen elever i årskurs 9 som någon gång använt amfetamin, ecstasy, kokain eller cannabis samt narkotika totalt. 1989–2007.

År	Amfetamin	Ecstasy	Kokain	Cannabis	Narkotika totalt
1989	0,2		0,0	2,5	3,0
1990	0,3		0,3	3,5	3,8
1991	0,2		0,1	3,1	3,5
1992	0,3		0,3	3,7	4,0
1993	0,4	0,5	0,4	4,3	4,8
1994	0,6	0,3	0,3	4,0	4,5
1995	0,4	0,4	0,3	5,0	5,8
1996	0,6	0,5	0,5	7,2	7,8
1997	0,9	0,8	0,3	6,8	7,6
1998	1,1	1,0	0,5	7,2	7,7
1999	0,7	0,9	0,6	7,3	8,2
2000	1,5	1,1	0,6	7,6	9,1
2001	1,2	1,3	0,8	7,7	9,2
2002	0,7	1,4	0,6	6,6	7,7
2003	0,6	1,1	0,5	6,0	7,2
2004	0,7	1,3	0,7	5,6	7,2
2005	0,7	1,2	0,4	5,7	6,9
2006	0,7	1,2	0,6	4,6	6,1
2007	0,7	0,8	0,8	4,6	5,5

**Tabell 3.** Andelen mönstrande pojkar som någon gång använt amfetamin, ecstasy, kokain eller cannabis samt narkotika totalt. 1984–2006.

	Amfetamin	Ecstasy	Kokain	Cannabis	Narkotika totalt
1984	0,8	–	0,5	..	8,8
1985	0,6	–	0,4	..	7,2
1986	0,7	–	0,3	..	7,0
1987	0,6	–	0,1	..	6,1
1988	0,6	–	0,3	..	5,8
1989	–	–	–		–
1990	–	–	–		–
1991	–	–	–		–
1992	0,8	–	0,5	5,3	5,8
1993	1,2	–	0,6	6,5	7,3
1994	1,6	0,8	0,8	7,5	8,9
1995	2,4	0,9	0,8	10,9	12,0
1996	3,0	1,4	0,9	13,0	14,3
1997	3,2	1,9	1,0	13,9	15,0
1998	3,6	1,9	1,1	15,0	16,4
1999	3,5	2,0	1,2	15,6	16,9
2000	3,5	3,2	1,5	16,0	17,2
2001	3,2	3,3	1,4	16,5	17,7
2002	3,0	3,6	1,4	16,7	17,9
2003	2,6	3,0	1,2	15,2	16,2
2004	2,0	2,3	1,0	14,3	15,3
2005	1,6	1,8	0,9	12,6	13,5
2006	1,5	1,5	1,0	11,8	12,6



# Kokaintillgängligheten – beslag och priser

*Ulf Guttormsson*

## *Inledning*

När man vill följa förändringar i alkoholkonsumtionen är försäljningen (kompletterad med andra anskaffningskällor) en central uppgift. Av naturliga skäl finns inte motsvarande information om marknaden för illegala droger som exempelvis kokain.

Det som finns tillhands för att försöka uppskatta utbudet och dess förändringar, och för att få en idé om konsumtionsutvecklingen, är bl a uppgifter om rättsväsendets beslag av narkotika. Från Rikskriminalpolisens Beslags- och analysregister (BAR) kan information om tullens och polisens narkotikabeslag hämtas. Denna statistik finns publicerad i *Drogutvecklingen i Sverige* (CAN 2007). Ytterligare en uppgift som kan ge ledning i att tolka marknadsförändringar är de uppgifter om narkotikapriser i detaljistledet som samlas in av CAN (Rask 2007).

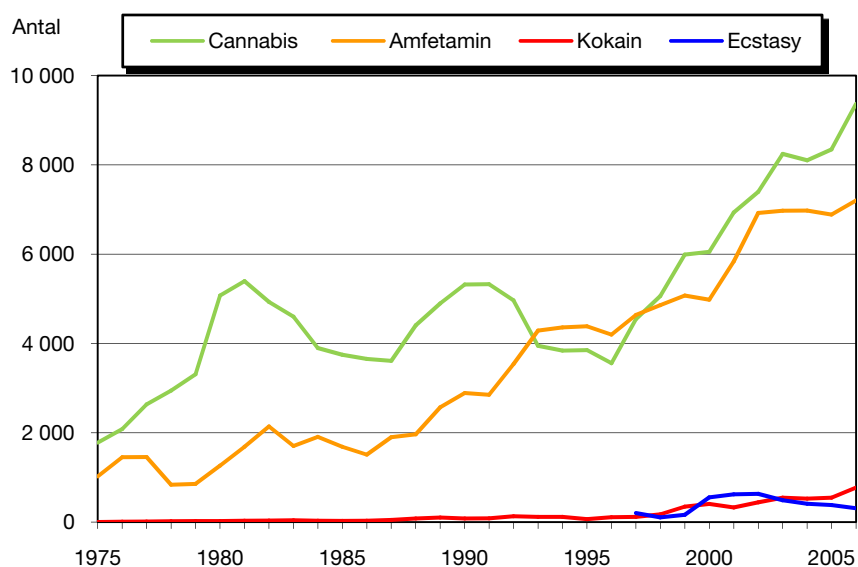
Det är inte alldeles självklart hur dessa data ska tolkas, men möjligen kan informationen användas som ett indirekt mått på förändringar av konsumtionen, och åtminstone borde den ge vissa indikationer om förändringar i tillgängligheten av kokain.

## Resultat

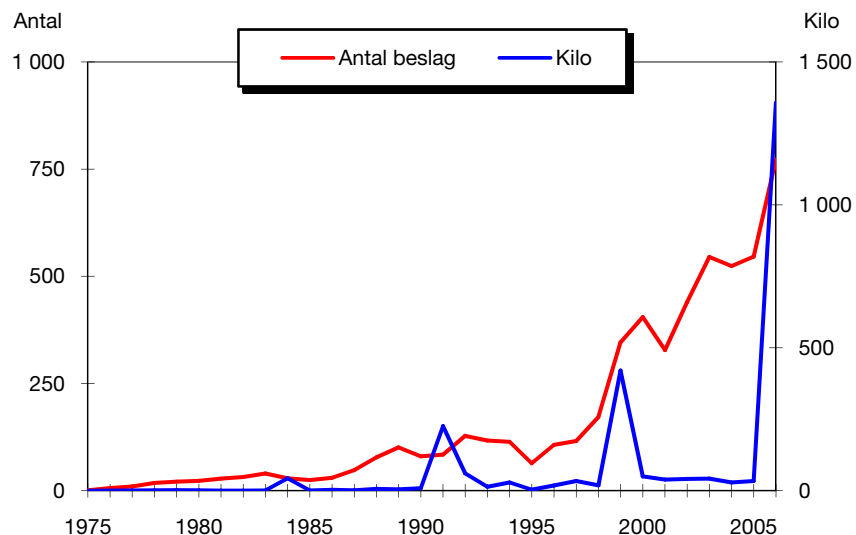
### Beslagsutvecklingen

Sverige har ingen egen kokainproduktion utan det kokain som konsumeras i landet är importerat från Sydamerika, direkt eller via andra länder. Med hjälp av beslagsstatistiken kan det enkelt konstateras att i Sverige är kokainbeslag förhållandevis sällsynta. Det preparat som tas oftast är cannabis; antalet cannabisbeslag har under 2000-talet varit ca femton gånger fler än antalet kokainbeslag.

Tidigare år var kokainbeslagen relativt sett ännu färre. Under 1990-talet uppgick de i medeltal årligen till ca 100 medan de efter millennieskiftet uppgått till närmare 500 (se diagram 1 och tabell 1). Relaterat till samtliga narkotikabeslag har andelen kokainbeslag stigit från mindre än 1 procent under 1990-talet och dessförinnan till 3 procent under 2006.



**Diagram 1.** Antal beslag av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och ecstasy. 1975–2006.



**Diagram 2.** Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av kokain. 1975–2006.

En mera detaljerad bild av beslagsutvecklingen för kokain återfinns i diagram 2 (tabell 2). Figuren visar att inte enbart beslagsantalet har ökat utan detta gäller även de beslagtagna mängderna. Bortsett från ett antal toppar har kvantiteten ökat från enstaka kilar i början av perioden till ca årliga 40 kilo under 2000-talet. Sedan slutet av 1990-talet har såväl antal som storlekar på beslagen antagit en klart högre nivå jämfört med tidigare. Fortfarande är det dock så att beslagen av amfetamin, den stora centralstimulerande drogen i Sverige, är tio gånger mer omfattande än kokainbeslagen under 2000-talet.

Den absoluta majoriteten av de exceptionellt stora mängder som togs under 1991, 1999 respektive 2006 infångades i enstaka större beslag i sjöväga godstrafik från Sydamerika till Sveriges västkust. Tullens bedömningar var att narkotikan inte enbart var avsedd för den svenska marknaden utan att det mesta tvärtom skulle föras vidare ut i Europa. Från ett svenskt konsumtionsperspektiv är dessa beslag således inte relevanta.

Det finns inga säkra uppgifter om hur stor andel av narkotikan rättsväsendet beslagtar, och därmed kan det inte beräknas hur mycket som återstår för konsumtion. Än mindre känt är i vilken mån denna beslagsandel varierar över tid. I en utredning om tullen (SOU 1998:18) uppskattades att rättsväsendet tog 15 procent av det cannabis, amfetamin och heroin som fördes in i Sverige (tullen tog 11% och polisen 4).

Om man för exemplets skull räknar med att rättsväsendet under 2000-talet sammanlagt beslagtagit 15% av det kokain som nått Sverige (och bortser från toppen 2006) så skulle det innebära att i storleksordningen 221 kilo årligen återstår för konsumtion (eftersom ca 39 kilo beslagtagnings i genomsnitt). Per svensk 15 år och äldre skulle detta motsvara en teoretisk årskonsumtion om 0,03 gram kokain.

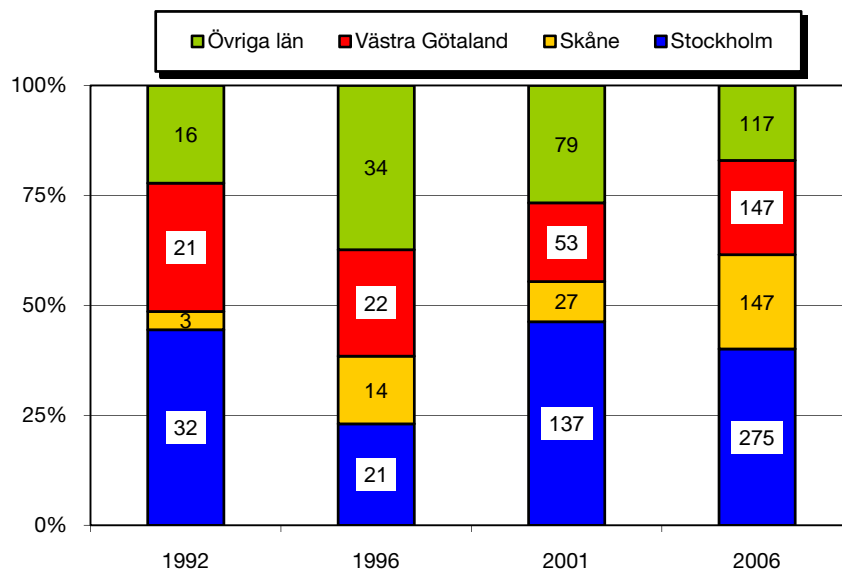
Det går inte att säga exakt hur mycket kokain som konsumeras per berusningstillfälle, det beror bland annat på renhetsgrad och användarens konsumtionsvanor, men det kan i alla fall vara intressant att försöka uppskatta vad ovanstående mängder motsvarar i antal konsumtionstillfällen. I SOU 1998:18 räknade man med en åtgång om 0,1 gram och brukstillfälle. Detta är samma mängd som genomsnittligt rapporterades ha använts under initiationsfasen av kokainanvändare i en undersökning från Amsterdam (Cohen 1990). Enligt denna undersökning uppgick genomsnittsmängden per användningstillfälle till 0,2 gram under första året med kokainanvändning och till strax över 0,4 gram under den period bruket varit som intensivast.

Om man för exemplets skull utgår från att i genomsnitt 0,2 gram är genomsnittsdosen för ett feststillfälle så är den utifrån beslagen beräknade mängden tillräcklig för drygt en miljon konsumtionstillfällen, eller för att ca 90 000 svenskar ska kunna kokainberusa sig en gång i månaden eller för att drygt 20 000 personer ska kunna använda kokain en gång i veckan. Dessa beräkningar är givetvis spekulativa, inte minst för att beslagsgraden är obekant samtidigt som konsumtionsmönstren i Sverige inte heller är kända. Beräkningarna förefaller hamna väl högt och bygger dessutom på antagandet att det inte förekommer något spill samt att inget av kokainet förs vidare till andra länder, exempelvis Norge eller Finland.

I CANs rapport *Kokain i Sverige* från 1991 konstaterades att även om vissa spridningstendenser kunde skönjas så var kokain huvudsakligen en drog som återfanns i innekretsarna i storstädernas nöjesliv (Olsson m fl 1991). En frågeställning är om detta mönster förändrats idag.

En viss ledning ges av polisens beslagsstatistik. Tulldata är däremot inte särskilt intressanta i sammanhanget eftersom deras beslag görs vid gräns på grossistnivå medan de flesta polisbeslagen görs närmare konsumenterna. Regionala polisbeslagsdata finns i dagsläget tillgängliga från 1992, 1996, 2001 och 2006 (egentligen 12-månadersperioden 051001–060930).

Av diagram 3 framgår, som visats tidigare, att beslagsantalet ökat sedan 1990-talets början. Mera intressant i sammanhanget är att se om beslagen kommit att fördelas annorlunda mellan storstadslän och övriga län över tid. Som figuren visar finns ingen tydlig trend vad gäller förändringar mellan regionerna.



**Diagram 3.** Antal (i staplarna) och andel polisbeslag av kokain i de tre storstads-länen respektive övriga län. 1992, 1996, 2001 och 2006 (051001–060930).

Det län som är störst på kokainbeslag är Stockholms län. Så har det varit under hela perioden och totalt görs ca 40% av beslagen i Stockholm. Närmare en fjärdedel av beslagen härrör från Västra Götaland och denna andel har varit förhållandevis stabil. För Skåne kan beslagen möjligen hävdas ha ökat. År 2006 stod länet för 21% av beslagen mot 4% 1992, men utvecklingen är inte kontinuerlig och börjar på en möjligen tillfälligtvis låg nivå.

Intressantast i sammanhanget är dock utvecklingen i övriga län utom storstadslän; har en spridning skett? Bortsett från 1996 ligger beslagsandelen relativt jämnt runt en fjärdedel (1996 var siffran 38%). År 2006 var andelen allra lägst. Beslagsstatistiken tyder således inte på att icke storstadslän skulle ha kommit ifatt storstadslänen. Tydligt är dock att antalet beslag ökat i alla områden – i icke storstadslän har antalet årliga beslag ökat från 16 till 117 mellan 1992 och 2006. Samtidigt har också polisens insatser mot narkotika ökat, räknat i årsarbetskrafter, och det är oklart hur stor betydelse denna satsning har haft för uppgången. För att sätta beslagen i ett vidare sammanhang och få ut mera information av statistiken görs i nästa avsnitt en koppling till gatupriernas utveckling.

## Kokainpriser

Enligt vedertagen ekonomisk teori är tillgången på en vara en viktig faktor när det gäller prisbestämning, efterfrågan en annan. I linje med detta antas prisförändringar på gatunivån, det vill säga konsumentledet, spegla förändringar i narkotikatillgängligheten. Ordet gatupris skall inte tas bokstavligt, i den mån narkotika överhuvudtaget säljs ”på gatan” så torde inte kokain höra till de droger man i första hand köper på det viset. Med gatupris menas här inget annat än priset för den normala överlåtelsemängden i detaljist- eller konsumentled.

Enligt FNs World Drug Report 2000 (UNODCCP 2000) är beslagsstatistik en relativt god indikator på marknadsförändringar om längre tidsserier används (även utan annan tilläggsinformation). Vidare konstateras att fallande priser i kombination med ökande beslag utgör en indikation om ett ökande narkotikautbud. Vad gäller analys av beslagsstatistik nämns i en årsrapport från ECNN (2006) att många länder hävdar ståndpunkten att antalet beslag är en bättre indikator på tillgången än de beslagtagna mängderna, eftersom dessa kan fluktuera kraftigt från ett år till ett annat oberoende av antalet beslag.

Samtidigt konstaterar ECNN att beslagsantalen i mångt och mycket speglar kontrollorganens (polisens) resurser och prioriteringar. År 1993 skärptes påföljden för konsumtion av narkotika i Sverige, vilket gav polisen möjlighet att ta blod- och urinprov vid misstanke om eget bruk. Ett ökat beivrande av de ringa brotten kan leda till öknings i antalet beslag, dock utan att de beslagtagna mängderna ökar i någon nämnvärd omfattning. Mellan 1988 och 2006 har antalet årsarbetskrafter polisen ägnat narkotikabrott mer än fördubblats – med viss reservation för en statistikomläggning 1997 som kan ha överdrivit ökningens styrka (CAN 2007).

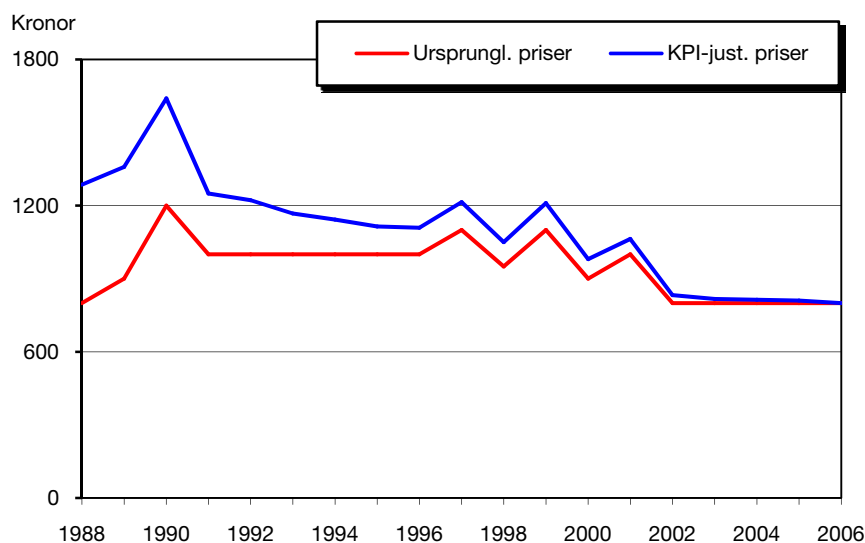
Sedan 1988 finns av CAN insamlade gatuprisuppgifter för kokain i Sverige (Fender och Guttormsson 2007). Uppgifterna kommer från de poliser, på länsnivå liksom på lokal nivå, som ingår som informanter i CANs rapporteringssystem om droger (CRD) och gäller alltså priset för små mängder i konsumentled (Rask 2007).

Kokainpriser rapporterades av sexton länsmyndigheter 2006 vilket är en ökning jämfört med år 2000 då tio myndigheter gjorde det. Inget av de tio län med mera frekvent rapportering låg, med undantag av Uppsala, norr om Stockholms län. År 2006 inkom prisuppgifter från olika regioner för kokain ungefär lika ofta som för ecstasy. Oftare inkom uppgifter för hasch och amfetamin och mindre ofta för kat. Kokain rapporteras alltså förkomma i högre utsträckning söderöver än norröver och en rangordning av vanligheten enligt prisrapporteringen stämmer överens med en motsvarande rangordning för beslagsstatistiken.

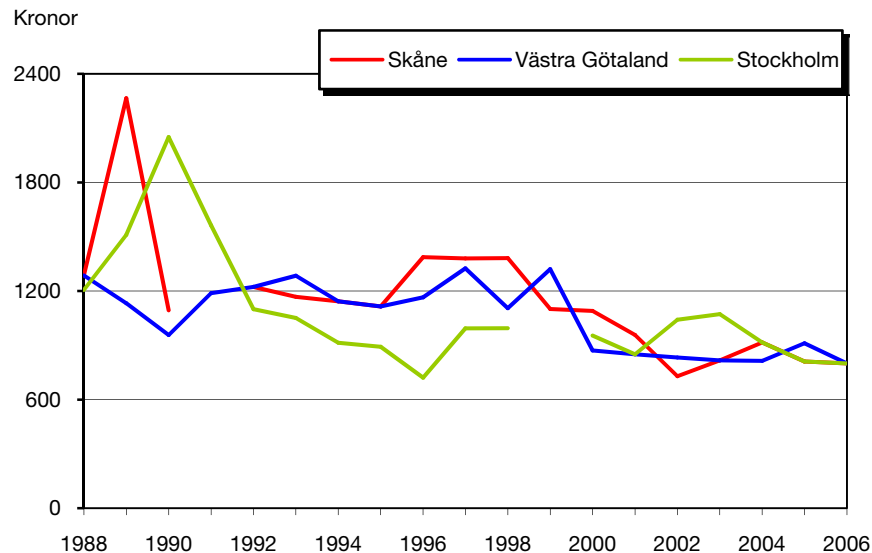
År 2006 sades ett gram kokain kosta mellan 600–1 200 kronor med ett medianvärde på 800 kronor (tabell 3). Eftersom uppgifterna samlats in ända sedan 1988 är det viktigt vid jämförelser över tid att ta hänsyn till utvecklingen av kronans värde, vilket görs genom att justera prisuppgifterna till 2006 års penningvärde med hjälp av SCBs konsumentprisindex.

Även om de inrapporterade kokainpriserna inte ändrats särskilt mycket – från ca 1 000 kronor de första fem åren till runt 800 kronor de senaste fem åren – så innebär detta ändå att realpriset närapå halverats. I omräknade tal kostade ett gram ca 1 300 kronor 1988, vilket innebär att dagens pris bara utgör ca 60% av det sena 1980-talets. Jämför man med 1990, toppåret enligt CRDs prisrapportering, så har en halvering inträffat (diagram 4 och tabell 3).

Merparten av kokainbeslagen gjordes, som framgick i föregående avsnitt, i storstadsregionerna och framför allt i Stockholm. Man kan därför utgå från att merparten av kokainförsäljningen sker i storstadslänen, inte minst som frågeundersökningar också visar att narkotikakonsumtion normalt är vanligare i storstäder än på mindre orter. Kokainprisutvecklingen i storstadslänen framgår av diagram 5 och tabell 4.



**Diagram 4.** Gatuprisutvecklingen i Sverige för kokain. Ursprungliga samt KPI-justerade medianpriser i 2006 års penningvärde. Kronor per gram. 1988–2006.



**Diagram 5.** Kokainprisutvecklingen i KPI-justerade medianpriser i storstadslänen. 1988–2006.

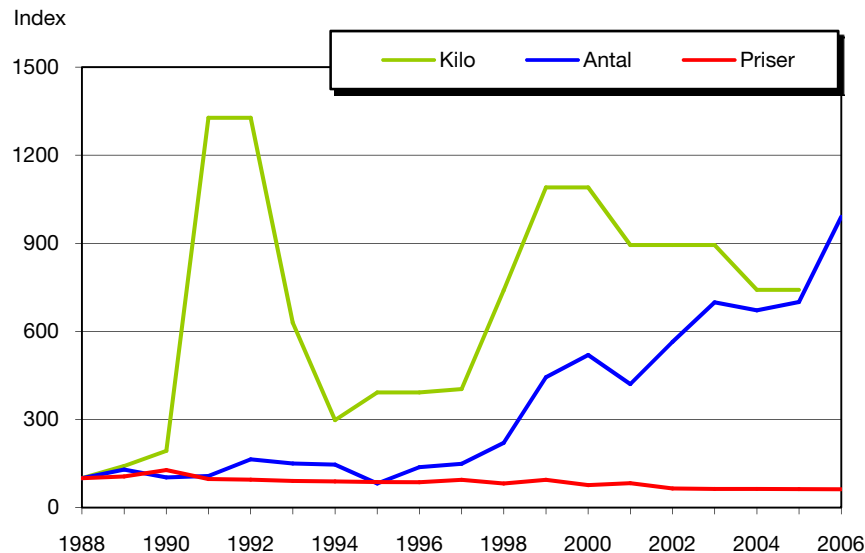
Data saknas för enstaka år i figuren och ibland förefaller utvecklingen dessutom väl ryckig, men på det stora hela följer storstadsregionerna varandra tämligen väl åt. Möjligen liknar utvecklingen i Skåne något mera den i riket med en kontinuerlig nedgång samtidigt som Stockholmspriserna inte förefaller ha ändrats särskilt mycket sedan den redan under första hälften av 1990-talet låga nivån. Priserna i Västra Götaland tycks å andra sidan ha hamnat på en ny och lägre nivå först under 2000-talet.

## Kokaintillgängligheten – analys av beslag och priser

I diagram 6 och tabell 5 redovisas utvecklingen av mängder (vikt) och antal beslag för kokain samt prisutvecklingen för kokain. För ökad jämförbarhet har tidsserierna indexerats med utgångsåret 1988 satt till 100. Beträffande mängderna gäller att rullande treårsmedianvärden använts så att inte tillfälliga variationer får alltför stort genomslag. Som framgår av tabell 5 var kvantiteterna extremt stora åren 1991, 1999 och 2006 (treårsmedianvärde för 2006 kan ej beräknas och redovisas).

Av figuren framgår att under samma period som priserna i det närmaste halverats så har beslagen niodubblats. Möjligen skulle prisfallet kunna förklaras av att kvaliteten försämrats men att så skulle vara fallet finns inga indikationer om.



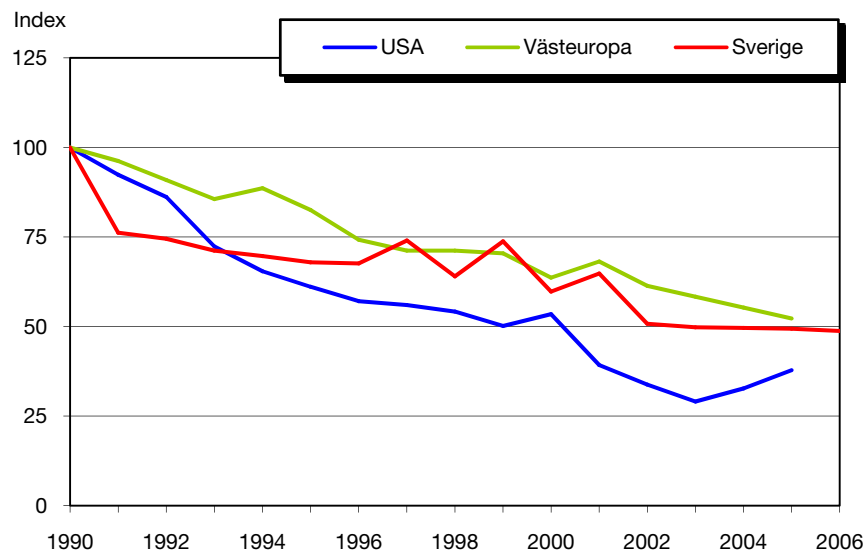


**Diagram 6.** Indexering av KPI-justerade kokainpriser i kronor/gram (2006 års penningvärde) samt rättsväsendets kokainbeslag i antal och kilo (rullande treårsmedian för mängderna). 1988–2006.

Att priserna sjunkit samtidigt som beslagen ökat senaste femtonårsperioden pekar således på ett ökat inflöde av kokain och en ökad tillgänglighet, inte bara i ekonomiska termer utan även i fysiska sådana. En alternativ förklaring till fallande priser skulle förvisso kunna vara en vikande efterfrågan, med åtföljande prissänkningar från marknadens sida. Att detta skulle vara fallet finns dock inga data som understöder. Slutsatsen blir således att tillgängligheten av kokain i Sverige idag relativt sett är god.

I ett internationellt perspektiv är inte den svenska utvecklingen unik. Globalt sett har de beslagtagna mängderna av kokain ökat alltsedan 1980-talet (UNODC 2006). Dessutom har priserna i detaljistled sjunkit enligt den redovisade statistiken från 1990 och framåt. Dock menar FN att den globala kokainproduktionen idag ändå är lägre jämfört med rekordnivåerna runt millennieskiftet.

I diagram 7 (tabell 6) redovisas den indexerade och realprisjusterade prisutvecklingen för USA, Sverige samt Västeuropa (inkluderade länder framgår av tabellen). Som synes följer den svenska prisutvecklingen den i Västeuropa relativt väl medan prisfallet varit än större i USA. Genomsnittspriset i Väst-



**Diagram 7.** Indexerad realprisjusterad gatuprisutveckling i USA, Sverige samt Västeuropa för kokain. Index 1990 = 100. 1990–2006.

europa var runt motsvarande 650 kronor 2005 och i USA knappt 750 kronor samma år. Uppgifterna visar således att kokainpriserna i Europa som helhet alltså är något lägre än de 800 kronor som rapporteras i Sverige. Att det svenska prisfallet till stor del är en följd av ett globalt prisfall torde vara klart.

## Sammanfattande kommentarer

Globalt sett har kokainbeslagen ökat alltsedan 1990-talets början. Priserna har under samma period i grova drag halverats, såväl i USA och Västeuropa som i Sverige. Detta visar på en ökning av kokainutbudet i världen och denna ökning har också påverkat svenska förhållanden. Kokainpriserna i Sverige är idag historiskt låga, och ett gram kostar i konsumentled, eller på ”gatunivå”, omkring 800 kronor. Samtidigt bedömer FN att den globala produktionen idag är något lägre jämfört med rekordåren runt millennieskiftet. Det kan också konstateras att priserna inte sjunkit mera under de senaste fem åren i Sverige utan varit tämligen stabila.

Såväl beslagsdata som information från polisen i CANs rapporteringssystem om droger pekar på att kokain främst förekommer i storstadsregionerna. Bortåt 80% av kokainbeslagen görs exempelvis i storstadslänen (varav hälften i Stockholm), och det är i dessa samt i viss mån andra sydligare län som tillgången verkar vara mera stabil av polisens rapportering att döma. Det samlade intrycket är att kokain sedan länge varit vanligare i storstadsregio-

nera – sedan 1990-talets början förefaller inga väsentliga regionala förändringar ha skett enligt denna typ av uppgifter.

I jämförelse med cannabis, men även med den centralstimulerande drogen amfetamin, är kokain mindre vanligt förekommande i Sverige enligt ovan nämnda källor. Informationen indikerar att kokain tycks förekomma i ungefär samma utsträckning som ecstasy.

Relativt sett har kokain blivit vanligare bland narkotikabeslagen under 2000-talet jämfört med tidigare år. Å andra sidan har kokainandelen inte ökat mer än från knappt en till tre procent av samtliga beslag. I absoluta tal har kokainbeslagen ökat från runt 100 i början av 1990-talet till omkring 600 under de senaste tre åren. Även beslag av flera andra droger har ökat och åtminstone delvis torde polisens satsningar på narkotikabekämpningen ha påverkat statistiken.

Under 2000-talet har årligen normalt ca 40 kilo kokain beslagtogs, vilket är en hög mängd jämfört med föregående period, om man undantar vissa tidigare stora beslag främst ämnade för andra marknader än den svenska (liksom det exceptionellt stora beslaget under 2006). Trots ökningarna är dock amfetamin fortfarande mer än tio gånger så vanligt i beslagsstatistiken.

Om man räknar med att myndigheterna beslagtar runt 15% av kokainet som når Sverige så skulle detta innebära att drygt 200 kilo årligen återstår för konsumtion. Denna mängd skulle teoretiskt räcka till att 90 000 svenskar kokainberusar sig en gång i månaden eller att 20 000 personer gör så en gång i veckan. Detta förefaller vara väl höga siffror, och de beaktar heller inte att leveranser till andra länder kan ta vägen genom Sverige och siffrorna lämnar heller inget utrymme för svinn.

Uppgifter om beslag och prisförändringar kan ge en idé om hur tillgängligheten utvecklats. Befintliga uppgifter pekar på att kokain idag både är billigare men också är mera utbrett, jämfört med slutet av 1980-talet. Självfallet är det viktigt att använda flera pusselbitar än dessa för att få en så fullständig bild som möjligt och detta görs i andra delavsnitt där bland annat konsumtionsundersökningar samt vård- och kriminalstatistik används.

## Referenser

- CAN (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Rapportserie nr 107. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- CAN (1991). *Kokain i Sverige*. Rapportserie nr 18. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Cohen P (1990). *Drugs as asocial construct*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- ECNN (2006). Årsrapport 2005. *Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- Fender och Guttormsson U (2007). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2006*. Rapportserie nr 102. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Rask L (2007). *CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2006*. Rapportserie nr 99. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- SOU 1998:18 (1998). *En gräns – en myndighet?* Slutbetänkande av Utredningen om utvärdering av EU-medlemskapets effekter för Tullverkets dimensionering och organisation. Stockholm: Fritzes.
- UNODC (2006). *World Drug Report 2006. Statistics*. United Nations Office On Drugs and Crime.
- UNODCCP (2000). *World Drug Report 2000*. Oxford: Oxford University Press.

**Tabell 1.** Polisens och tullens beslagsantal av olika narkotikasorter. 1975–2006<sup>a)</sup>.

	Cannabis	Amfetamin	Kokain	Ecstasy	All narkotika, antal <sup>b)</sup>	Andel kokain- beslag av alla narkotikabeslag
1975	1 779	1 021	1	.	3 116	0,0
1976	2 082	1 453	6	.	3 926	0,2
1977	2 637	1 457	10	.	4 433	0,2
1978	2 944	836	18	.	4 387	0,4
1979	3 310	852	21	.	4 739	0,4
1980	5 073	1 262	23	.	7 280	0,3
1981	5 394	1 686	28	.	8 274	0,3
1982	4 928	2 142	32	.	8 057	0,4
1983	4 599	1 705	40	.	7 130	0,6
1984	3 897	1 906	29	.	6 505	0,4
1985	3 746	1 684	25	.	6 215	0,4
1986	3 653	1 509	30	.	5 732	0,5
1987	3 612	1 900	48	.	6 239	0,8
1988	4 406	1 965	78	.	7 467	1,0
1989	4 896	2 572	101	.	8 667	1,2
1990	5 321	2 889	80	.	9 708	0,8
1991	5 328	2 851	84	.	10 155	0,8
1992	4 964	3 538	128	.	10 983	1,2
1993	3 948	4 288	117	10	11 215	1,0
1994	3 838	4 359	114	.	11 027	1,0
1995	3 852	4 386	64	26	11 093	0,6
1996	3 557	4 199	107	.	10 823	1,0
1997	4 545	4 639	116	203	12 813	0,9
1998	5 061	4 859	172	104	14 736	1,2
1999	5 989	5 073	346	163	16 275	2,1
2000	6 050	4 978	405	553	16 781	2,4
2001	6 935	5 837	328	621	19 127	1,7
2002	7 397	6 922	440	631	21 672	2,0
2003	8 247	6 972	545	489	22 479	2,4
2004	8 102	6 977	524	411	22 018	2,4
2005	8 345	6 887	546	381	22 796	2,4
2006	9 365	7 201	772	309	26 426	2,9

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Fr o m 2004 är jämförbarheten med tidigare år delvis begränsad.

b) Inkluderar även andra narkotiska preparat som inte särredovisas i tabellen.

**Tabell 2.** Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2006<sup>a)</sup>.

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1975	0	0	1	0	1	0
1976	2	0	4	0	6	0
1977	6	1	4	0	10	1
1978	12	1	6	0	18	1
1979	15	2	6	0	21	2
1980	17	1	6	0	23	2
1981	21	0	7	0	28	0
1982	21	0	11	0	32	0
1983	25	1	15	0	40	1
1984	22	0	7	43	29	43
1985	19	0	6	1	25	1
1986	20	0	10	3	30	3
1987	29	1	19	1	48	1
1988	60	1	18	6	78	6
1989	75	3	26	1	101	5
1990	50	5	30	4	80	9
1991	58	63	26	163	84	226
1992	82	4	46	57	128	61
1993	92	8	25	6	117	14
1994	79	5	35	24	114	29
1995	52	2	12	1	64	4
1996	91	7	16	11	107	18
1997	79	1	37	33	116	34
1998	129	8	43	11	172	19
1999	305	10	41	410	346	420
2000	365	18	40	32	405	50
2001	271	11	57	28	328	39
2002	407	6	33	35	440	41
2003	493	13	52	29	545	42
2004	468	7	56	23	524	29
2005	546	6	41	28	546	34
2006	683	8	89	1 350	772	1 358

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Fr o m 2004 är jämförbarheten med tidigare år delvis begränsad.

**Tabell 3.** Kokainprisutvecklingen i ursprungliga samt KPI-justerade priser, antalet inkomna enkäter och antalet prissvar för kokain. Gatupriser i kronor per gram. 1988–2006.

	Inkomna enkäter	Antal svar	Prisintervall	Ursprungl. priser		KPI-just. priser	
				Medel	Median	Medel	Median
1988	21	5	250–1250	820	800	1 318	1 286
1989	42	10	500–2000	1 010	900	1 525	1 359
1990	40	11	600–1500	1 114	1 200	1 523	1 640
1991	35	7	900–1500	1 143	1 000	1 429	1 250
1992	39	11	800–1150	959	1 000	1 172	1 222
1993	41	15	500–1500	983	1 000	1 148	1 168
1994	36	9	800–1200	961	1 000	1 098	1 143
1995	39	13	700–1500	973	1 000	1 085	1 115
1996	35	11	250–1500	995	1 000	1 104	1 109
1997	30	6	900–1500	1 133	1 100	1 251	1 214
1998	35	8	700–1500	1 000	950	1 105	1 050
1999	32	4	1000–1250	1 112	1 100	1 224	1 210
2000	21	10	600–1000	860	900	937	980
2001	42	22	700–1200	914	1 000	972	1 063
2002	39	23	700–1200	870	800	906	833
2003	42	26	600–1100	842	800	860	817
2004	42	26	600–1000	842	800	856	814
2005	42	29	400–1000	824	800	835	810
2006	42	29	600–1200	810	800	810	800

**Tabell 4.** Kokainprisutvecklingen i ursprungliga samt KPI-justerade medianpriser samt antalet prissvar för kokain i storstadslän respektive övriga riket. 1988–2006.

	Skåne			Västra Götaland			Stockholm		
	Antal svar	Urspr. priser	KPI-priser	Antal svar	Urspr. priser	KPI-priser	Antal svar	Urspr. priser	KPI-priser
1988	1	800	1 286	1	800	1 286	2	750	1 205
1989	3	1 500	2 265	2	750	1 132	3	1 000	1 510
1990	2	800	1 093	3	700	957	5	1 500	2 050
1991	–	–	–	1	950	1 188	5	1 250	1 563
1992	1	1 000	1 222	3	1 000	1 222	5	900	1 100
1993	3	1 000	1 168	4	1 100	1 285	6	900	1 051
1994	3	1 000	1 143	3	1 000	1 143	3	800	914
1995	2	1 000	1 115	3	1 000	1 115	6	800	892
1996	3	1 250	1 387	4	1 050	1 165	3	650	721
1997	2	1 250	1 380	2	1 200	1 325	1	900	993
1998	2	1 250	1 381	2	1 000	1 105	3	900	995
1999	3	1 000	1 100	1	1 200	1 320	–	–	–
2000	2	1 000	1 089	3	800	871	8	875	953
2001	4	900	957	5	800	851	9	800	851
2002	5	700	729	6	800	833	7	1 000	1 041
2003	7	800	817	6	800	817	6	1 050	1 072
2004	8	900	915	6	800	814	10	900	915
2005	7	800	810	4	900	912	11	800	810
2006	8	800	800	3	800	800	6	800	800



**Tabell 5.** Kokainbeslag av tull och polis i antal och mängd (rullande treårsmedelvärden), KPI-justerade priser för kokain (kronor per gram) samt indexeringar av beslag och priser. Index 1988 = 100. 1988–2006.

	Kilo	Kilo, 3-års- median <sup>a)</sup>	Antal	Median- priser	Kilo, index	Antal, index	Priser, index
1988	6	5	78	1 286	100	100	100
1989	5	6	101	1 359	141	129	106
1990	9	9	80	1 640	193	103	128
1991	226	61	84	1 250	1 327	108	97
1992	61	61	128	1 222	1 327	164	95
1993	14	29	117	1 168	629	150	91
1994	29	14	114	1 143	298	146	89
1995	4	18	64	1 115	392	82	87
1996	18	18	107	1 109	392	137	86
1997	34	19	116	1 214	404	149	94
1998	19	34	172	1 050	740	221	82
1999	420	50	346	1 210	1 090	444	94
2000	50	50	405	980	1 090	519	76
2001	39	41	328	1 063	894	421	83
2002	41	41	440	833	894	564	65
2003	42	41	545	817	894	699	64
2004	29	34	524	814	741	672	63
2005	34	34	546	810	741	700	63
2006	1 358	696	772	800		990	62

a) Medianen för 1988 gäller för 1987–1989.

**Tabell 6.** Gatuprisutvecklingen i USA, Sverige samt Västeuropa för kokain. Inflationsjusterade värden i 2005 års penningvärden för USA och Västeuropa <sup>a)</sup> samt i 2006 års penningvärde för Sverige. Index 1990 = 100. 1990–2006.

	USA		Västeuropa		Sverige	
	(usd)	Index	(euro)	Index	(sek)	Index
1990	275	100	132	100	1 640	100
1991	254	92	127	96	1 250	76
1992	237	86	120	91	1 222	75
1993	199	72	113	86	1 168	71
1994	180	65	117	89	1 143	70
1995	168	61	109	83	1 115	68
1996	157	57	98	74	1 109	68
1997	154	56	94	71	1 214	74
1998	149	54	94	71	1 050	64
1999	138	50	93	70	1 210	74
2000	147	53	84	64	980	60
2001	108	39	90	68	1 063	65
2002	93	34	81	61	833	51
2003	80	29	77	58	817	50
2004	90	33	73	55	814	50
2005	104	38	69	52	810	49
2006	.	.	.	.	800	49

a) Västeuropas siffror är populationsvägda medelvärden från Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Norge, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland och Österrike.

# Intryck från fältet – Data från CANs rapporterings- system om droger

*Linnéa Rask*

## *Inledning*

Den 1 juli 1985 fick CAN regeringens uppdrag att följa drogutvecklingen i landet. I uppdraget ingick bland annat att utveckla ett regionalt rapporteringssystem. Målsättningen var att genom rapportörer i ett antal kommuner få en snabbare indikation på förändringar i missbrukssituationen än vad officiell statistik kan ge. Ett nätverk med informanter från socialtjänst, sjukvård, polis, frivård och frivilligorganisationer i ett urval av kommuner började därmed byggas upp. Två gånger per år sänds ett formulär ut till dessa kontaktpersoner. Det innehåller bland annat frågor om nya droger, gatupriser och förändringar i missbrukssituationen.

CANs rapporteringssystem om droger (CRD) har utvecklats efter hand. Hösten 2006 ingick totalt 28 kommuner, inklusive de 15 största, i rapporteringen samt alla länspolismyndigheter. Antalet uppgiftslämnare varierar beroende på ort och storstadskommunerna har fler rapportörer än andra kommuner. Detta medför att de tre storstadsområdena påverkar totalsiffrorna förhållandevis mycket. I länsrapporteringen ingår Rikspolisstyrelsens kontaktmän i narkotikafrågor i alla län.

Svaren på frågorna ska spegla den kunskap respondenterna personligen fått genom sitt arbete på orten/i regionen. Eftersom urvalet av kommuner inte är slumpmässigt gör undersökningen inte anspråk på att vara riksrepresentativ. Det strategiska urvalet medför ändå goda möjligheter att förhållandevis snabbt fånga upp information om nya preparat och nya drogtrender, vilket är det primära syftet.

I slutet av formuläret hösten 2006 ingick frågor om kokain, tillkomna på uppdrag av Mobilisering mot narkotika. I denna rapport redovisas svaren från dessa specialfrågor, men också andra uppgifter om kokain som samlats in via det reguljära formuläret.

Kommuner och polismyndigheter i länen som ingår i rapporteringen till CRD.

---

Kommuner:	Huddinge Botkyrka Stockholm Solna Uppsala Linköping Norrköping	Jönköping Växjö Karlskrona Malmö Lund Helsingborg Varberg	Göteborg Borås Örebro Surahammar Västerås Falun Gävle	Söderhamn Sundsvall Örnsköldsvik Östersund Umeå Lycksele Luleå
Polismyndigheter:		Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar	Gotland Blekinge Skåne Halland Västra Götaland Värmland Örebro	Västmanland Dalarna Gävleborg Västernorrland Jämtland Västerbotten Norrbotten

---

## Metod

Undersökningen är en enkätundersökning riktad till länspolismyndigheterna samt respondenter i ett urval av kommuner som jobbar inom socialtjänst, sjukvård, polis, frivård eller frivilligorganisationer och som antas ha kunskap om den lokala drogsituationen. Den ordinarie undersökningen syftar främst till att ge en bild av trenderna i missbruksutvecklingen och nya drogformer i deltagande kommuner under den senaste sexmånadersperioden. Föreliggande undersökning har behandlat perioden april–september 2006. Rapportörerna ombeds alltid att endast lämna uppgifter utifrån kunskaper de fått genom sitt arbete på orten eller i regionen.

Frågeformulären sändes ut i oktober 2006 till 234 rapportörer. Svaren skulle sändas till CAN senast den 15 november. Därefter började arbetet med att kontakta de rapportörer som ej svarat. Påminnelser sändes ut via mail till dem med e-post och brevfrösendelser till övriga. I ett sista steg kontaktades rapportörerna per telefon. Inrapporteringen avslutades den 8 december. Dock tillkom två formulär från länspoliserna något senare och de inväntades innan databearbetningarna påbörjades. Totalt har 197 uppgiftslämnare besvarat enkäten. Nio uppgiftslämnare hade slutat (ny uppgiftslämnare nåddes inte i tid) och sju utgick på grund av hög arbetsbelastning och tidsbrist. Sammanlagt deltog 84 procent av respondenterna.

För första gången har en webbaserad enkät använts. Tyvärr saknar många av rapportörerna en mailadress och dessutom har det visat sig att många efterfrågat en pappersenkät även bland de uppgiftslämnare som senare svarat via

datorn. Förhoppningen är att den nya webbenkäten på sikt ska resultera i snabbare rapportering och återkoppling. Övriga frågeformulär i CRD-systemet skickas till CAN via fax, varvid de automatiskt dataregistreras. Vid denna datainsamling uppgick svaren via webbenkäten till 56 procent av samtliga inkomna formulär.

Undersökningen gör inte anspråk på att vara representativ för landet som helhet, men det är sannolikt att den kan ge en ganska god bild av situationen. Detta utesluter inte att det kan se annorlunda ut i andra, ej deltagande, kommuner samt att företeelser kan vara okända för rapportörerna.

CANs rapporteringssystem om droger ska ses som ett komplement till andra informationskällor, t ex regionala och nationella kartläggningar, de reguljära skol- och mönstringsundersökningarna, andra drogvaneundersökningar samt statistik från polis, tull och övrigt rättsväsende.

Polisen, socialtjänsten, sjukvården och frivården har den bästa kännedomen om missbruk som fått så allvarliga följder att det kommit till myndigheternas kännedom. Även frivilligorganisationer är representerade i större kommuner. Vissa frågor i formuläret gäller företeelser som inte kan förväntas vara kända av alla verksamhetsområden som är representerade bland uppgiftslämnarna. Andelen som svarat ”vet ej” är också högre för företeelser som inte förekommer i någon större omfattning. Eftersom data samlas in från personer och institutioner som har stora kontaktytor bör möjligheten att få en uppfattning om grupper och miljöer där kokainanvändning sker vara god.

## *Resultat*

Antalet uppgiftslämnare varierar mellan de deltagande kommunerna och är flest i storstäderna (tabell 1). Nedan följer en kortare redovisning av resultaten. För en mer ingående beskrivning hänvisas till tabellerna i slutet av kapitlet. Genomgående för de specifika frågorna om kokain gäller att det vanligaste svaret från de lokala uppgiftslämnarna varit att de inte vet. Detta omnämns inte i varje avsnitt nedan men framgår tydligt i respektive tabell.

### **Förändring i antal användare och tillgången på kokain**

För samtliga preparat utom kokain gäller att det är betydligt fler lokala uppgiftslämnare som har redovisat ett oförändrat antal personer som använder än att det förekommit en ökning, medan dessa värden är ungefär lika stora för kokain (tabell A). Kokain är därmed det preparat för vilket flest personer har redovisat att det förekommit en ökning under de senaste 6 månaderna före

enkäten, 33 procent av de lokala uppgiftslämnarna och 9 stycken av länspolisrapportörerna rapporterade en ökning för kokain.

Situationen är likartad när det gäller de lokala uppgiftslämnarnas uppfattning om tillgången på olika preparat (tabell 1). I linje med detta är kokain det preparat för vilket flest rapportörer redovisat en ökad tillgång under den aktuella 6-månadersperioden (27 procent). Kokain ligger således högst, även om det är nästan lika många som har upplevt en ökad tillgång på bensodiazepiner och amfetamin (24 respektive 22 procent).

Av de lokala rapportörer som ansett sig kunna bedöma förändringen i antalet personer som använder kokain uppgav hälften att det inte skett någon förändring under sommarhalvåret 2006 jämfört med sexmånadersperioden dessförinnan, medan nästan lika många rapporterade att det skett en ökning (tabell 2). En majoritet av de lokala rapportörerna som gjorde en bedömning uppgav en ökning i Stockholm, Jönköping, Malmö, Lund, Helsingborg, Västerås och Gävle. Även från Jönköpings, Skåne och Västmanlands länspolismyndigheter inkom denna information som därmed överensstämmer med de lokala rapporterna (tabell 3).

Nio av de 21 länspolismyndigheterna uppgav en ökning av antalet personer som använde kokain i den förra datainsamlingen, det vill säga den som avsåg vinterhalvåret 2005–2006. Av de länspolismyndigheter som redovisade en ökning vid den senaste undersökningen uppgav Östergötland, Skåne, Västra Götaland, Värmland och Dalarna även en ökning för den föregående sexmånadersperioden. Av dem som rapporterade en oförändrad situation hade Uppsala, Kronoberg, Gotland och Norrbotten redovisat en ökning i den föregående undersökningen.

En ökning vad gäller tillgången på kokain under sommarhalvåret 2006 rapporterades från nästan hälften av de lokala uppgiftslämnare som kunnat göra en bedömning (tabell 4). En majoritet av dem som gjorde en bedömning av tillgången på kokain uppgav en ökning i Stockholm, Norrköping, Jönköping, Lund, Helsingborg, Varberg, Västerås samt Gävle. Även nio av länspolismyndigheterna svarade att tillgången på kokain ökat i regionen under perioden (tabell 5). Denna rapportering överensstämde med den lokala i Östergötlands, Jönköpings, Skåne och Västmanlands län.

Både tillgången och användningen av kokain uppgavs ha ökat under perioden enligt länspolismyndigheterna i Östergötland, Jönköping, Blekinge, Skåne, Västra Götaland, Västmanland, Dalarna och Västerbotten. I Uppsala rapporterades tillgången ha ökat men inte användningen och i Värmland uppgavs fler personer använda kokain medan tillgången rapporterades oförändrad.

Även vid inrapporteringen våren 2006 svarade nio av länspolismyndigheterna att kokaintillgången ökat. Av dem som redovisade en ökning vid den se-

naste undersökningen uppgav Uppsala, Östergötland, Skåne, Västra Götaland, Dalarna och Västerbotten en ökad tillgång även vid föregående rapportering. Dessutom rapporterades en ökning mellan oktober 2005 och mars 2006 från Stockholm, Gotland och Norrbotten medan de vid den senaste rapporteringen uppgav att tillgången var oförändrad.

**Tabell A.** De lokala uppgiftslämnarnas bedömning av förändringarna i antal personer när det gäller drogsituationen på orten de senaste sex månaderna (april – september 2006). Procent av uppgiftslämnarna i kommunerna (176 uppgiftslämnare).

	Före- kommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vej ej	Ej svar
Cannabis	1	24	62	3	10	–
Injicerar amfetamin	2	7	68	5	18	–
Amfetamin på annat sätt	1	15	64	–	20	–
Injicerar heroin	4	7	53	6	30	–
Röker heroin	2	14	45	3	35	–
Kokain	1	33	35	1	30	–
Ecstasy	1	7	49	12	31	–

**Tabell B.** De lokala uppgiftslämnarnas bedömning av förändringarna i tillgången på olika preparat samt illegala bensodiazepiner på orten de senaste sex månaderna (april – september 2006). Procent av uppgiftslämnarna i kommunerna (176 uppgiftslämnare).

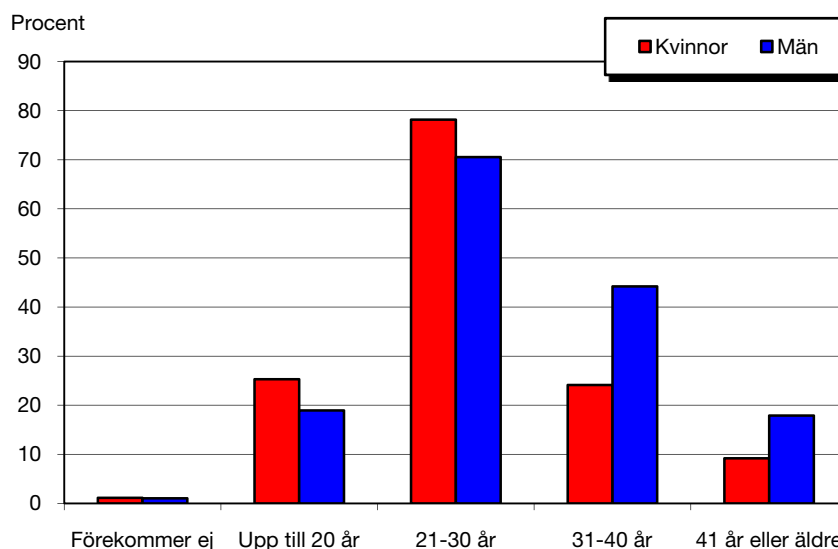
	Före- kommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vej ej	Ej svar
Hasch	1	18	54	2	26	–
Marijuana	1	9	46	2	43	–
Vitt heroin	3	7	30	7	52	1
Brunt heroin	1	10	29	4	56	1
Amfetamin	1	22	47	1	29	1
Kokain	1	27	26	1	44	1
Ecstasy	1	5	40	5	50	1
Bensodiazepiner	1	24	43	1	32	–

## Åldersfördelning

När det gäller både kvinnor och män är det vanligaste svaren att det är personer i åldern 21–30 år som använder kokain. Bland de lokala uppgiftslämnare som rapporterat en uppfattning svarade 78 procent att det bland kvinnor är denna åldersgrupp som använder kokain på orten och motsvarande för män var 71 procent (diagram 1 och tabellerna 6–9).

Den näst vanligaste åldersgruppen som rapporterades av de lokala uppgiftslämnarna var bland män mellan 31 och 40 år. Däremot var det ungefär lika vanligt att det uppgavs förekomma kokain bland kvinnor under 21 som bland kvinnor mellan 31–40 år. Detta svarsmönster återkommer dock inte bland uppgifterna från länspolisrapportörerna, då bara en svarade att kokainanvändning förekommer bland yngre än 21-åringar och denne länsrapportör uppgav att detta gällde bland män.

Även utifrån den regionala rapporteringen kan utläsas att kokain uppges förekomma mest hos både män och kvinnor mellan 21 och 30 år.



**Diagram 1.** I vilka åldrar bland kvinnor respektive män förekommer kokainanvändning på orten? Andel som uppgett respektive alternativ av de lokala uppgiftslämnarna som har lämnat en bedömning.

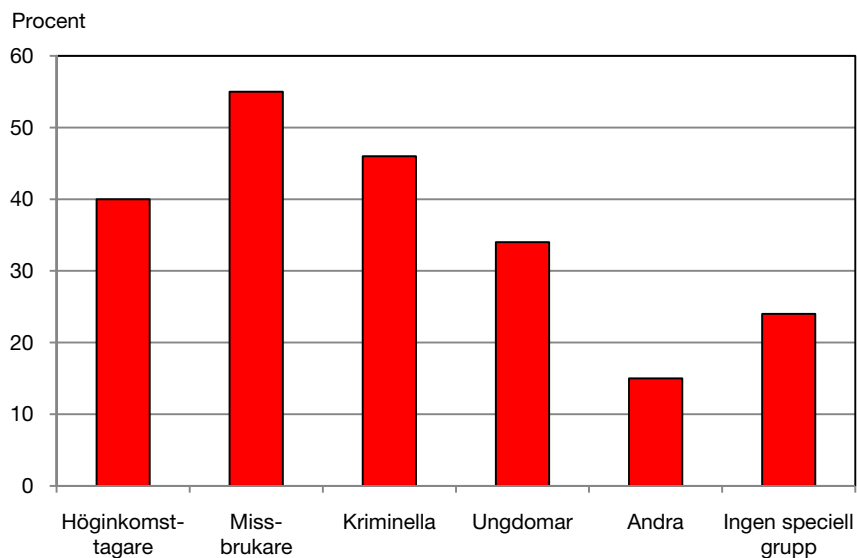


## Grupper

Både de lokala uppgiftslämnarna och länspolismyndighetsrapportörerna har pekat ut personer med andra missbruksproblem och övrigt kriminella som mest förekommande när det gäller kokainanvändning. Höginkomsttagare och ungdomsgäng har också uppgetts förekomma bland kokainanvändarna på många håll (diagram 2 samt tabellerna 10 och 11).

Andra ungdomsgrupper har markerats av tre länsrapportörer och 13 lokala. De ungdomsgrupper som då avsetts har enligt sex rapportörer varit ungdomar som ofta går på krogen, ytterligare tre har nämnt att det är ungdomar som festar. Fem av rapportörerna nämner att det är unga med ordnad ekonomi, socialt väletablerade, medelklass eller vanliga unga vuxna. En länspolismyndighetsrepresentant respektive en lokal uppgiftslämnare har pekat ut supportergrupperingar, ytterligare en rapportör har nämnt supportrar under alternativet ”andra grupper”. Från enstaka länspolismyndigheter nämns även studenter på nationer, förorter och lokala krogar samt unga vuxna i gäng.

Ytterligare grupper som nämnts av tre länspolismyndigheter är krogbesökare, kompisgäng, halvkriminella i restaurangmiljö samt socialt väletablerade. Av de lokala uppgiftslämnarna rapporterade 16 att ytterligare grupper kunde läggas till. Sex av dessa nämnde krogen och att det är frekventa krogbesökare det handlar om medan en svarade att det är människor som festar mycket.

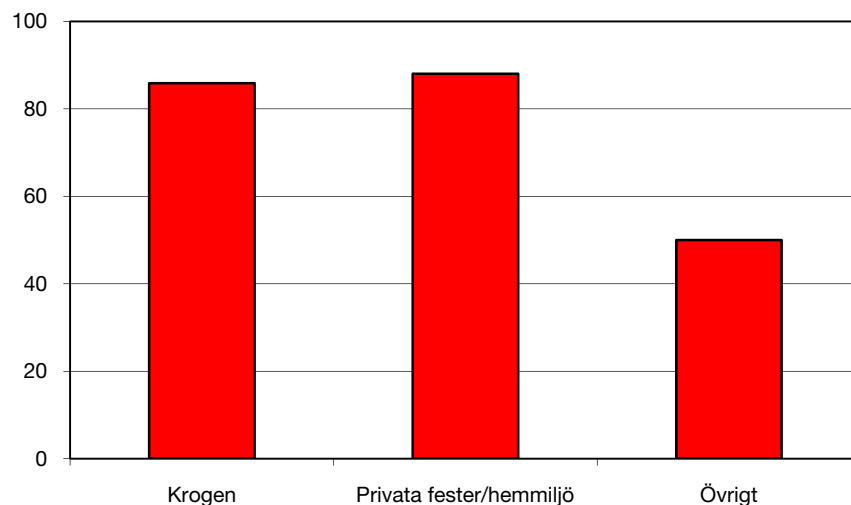


**Diagram 2.** I vilka grupper förekommer kokainanvändning på orten? Andel som uppgett respektive alternativ av de lokala uppgiftslämnarna som har lämnat en bedömning.

## Miljöer

De miljöer som uppgavs av flest rapportörer, både lokala och regionala, var krogar och privata fester. Av de lokala uppgiftslämnarna uppgav 79 personer att kokain förekommer på ett fåtal eller flera krogar på orten (diagram 3 samt tabellerna 12 och 13). Av länspolismyndigheternas rapportörer är det 17 stycken som uppgav att kokainanvändningen sker på krogar. Privata fester är det enskilt mest frekventa svarsalternativet och uppgavs av 88 procent av de lokala uppgiftslämnare som hade någon. Hemmiljö och klubbar har också redovisats av många.

Andra ställen har fyllts i av nio lokala uppgiftslämnare och fyra länspolisrapportörer. Tre av de lokala uppgiftslämnarna och en länspolis har uppgett idrottsevenemang. En länspolis och en lokal rapportör nämnde sydamerikanska sammanslutningar/grupper, vilket ju snarare betecknar en grupp användare än en miljö. Andra miljöer som nämndes av enstaka lokala rapportörer var missbruksmiljöer, krogtoaletter, festivaler, förorter respektive city. Ytterligare uppgifter om miljöer från länspoliserna var missbruksmiljöer samt studentnationer.



**Diagram 3.** I vilka miljöer förekommer kokainanvändning på orten? Andel som uppgett respektive alternativ av de lokala uppgiftslämnarna som har lämnat en bedömning.

### *Förändringar senaste 12 månaderna*

Vid datainsamlingen som gjordes under oktober till december 2006 ställdes också frågan om det under de senaste 12 månaderna skett några förändringar i kokainanvändningen i några speciella grupper. Många rapportörer hade inte någon uppfattning; 99 av de 176 lokala uppgiftslämnarna (56%) svarade att de inte visste medan 37 (21%) svarade nej. Lika många (37) ansåg att det skett en sådan förändring och bland länspoliserna tre stycken (tabellerna 14 och 15).

Uppgifter om att det gått nedåt i åldrarna och att det förekommer mer bland ungdomar inkom från 17 lokala uppgiftslämnare och en länspolis. Fem rapportörer uppger att det ökat bland pojkar/män och lika många att det är bland flickor/kvinnor ökningen skett.

Fem lokala rapportörer har skrivit att det förekommer bland grupper som ofta är på krogen eller klubbar alternativt festar mycket.

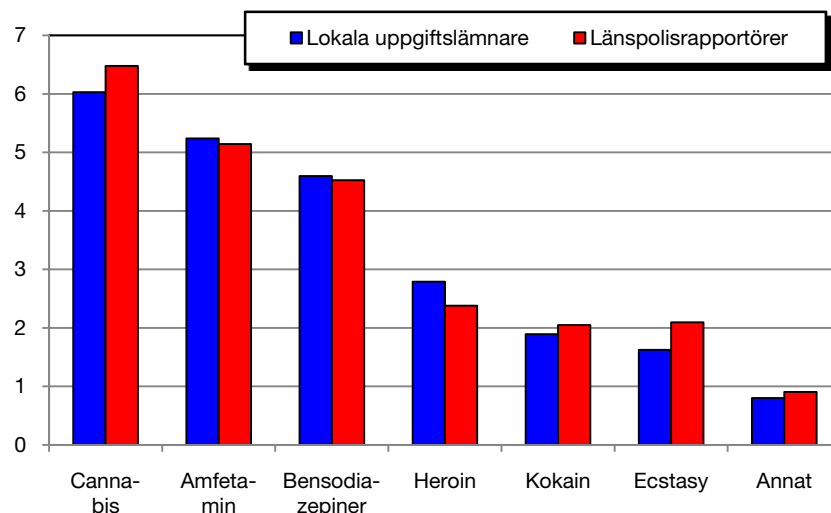
Medelklass, välbärgade grupper, väletablerade, välfungerande och personer som tjänar mycket omnämns, men även lägre socialgrupper verkar förekomma bland användarna. Tre lokala och en länsrapportör uppgav därtill att fler personer som redan har ett missbruk använder kokain. En länspolisrapportör uppgav att en total ökning av kokain skett i ett flertal miljöer.

### *Rangordning för kokain utifrån de vanligaste drogerna på orten/i regionen*

Uppgiftslämnarna ombads att rangordna amfetamin, bensodiazepiner (illegalt bruk), cannabis, ecstasy, heroin och kokain efter hur vanligt förekommande de är på orten/i regionen. Rapportörerna kunde även lägga till ett ytterligare preparat som de själva fick namnge. Medelvärdena redovisas i diagram 4 och tabellerna 16–17. Värdena har omräknats så att det preparat som rankats som vanligast fått värdet 7, näst vanligast 6 osv. När svar utelämnats har värdet bestämts till 0.

Av de 176 lokala uppgiftslämnarna uppgav 117 en rang för kokain och av länspolisrapportörerna var det 16 stycken som rangordnade kokain. Det absolut vanligaste preparatet är cannabis som fick det i särklass högsta värdet, 6,1 bland de lokala uppgiftslämnarna och 6,5 bland länsrapportörerna. Näst vanligast rapporterades amfetamin vars värden dock är betydligt lägre (5,2 respektive 5,1). I båda grupperna av rapportörer är bensodiazepiner det som rangordnats som den tredje vanligaste drogen.

Bland de lokala rapportörerna anses kokain vara det näst ovanligaste av de sex uppgivna preparaten, före ecstasy, med ett genomsnittsvärde på 1,9.



**Diagram 4.** Vilka är de vanligaste drogerna på orten/i regionen? Medelvärden för den uppgivna rangordningen, där 7 är det högsta värdet och betecknar det vanligaste preparatet medan 1 det minst vanliga. Om svar utelämnats har rapportörens värde satts till 0.

Länspolisrapportörerna har i genomsnitt rankat kokain som något ovanligare än ecstasy. Det rangordnades på sjätteplats av de sex preparaten, med värdet 2,0.

Med undantag för Stockholm och Göteborg baseras rangordningen inom en kommun endast på några få uppgiftslämnare, vilket gör siffrorna osäkra. Med beaktande av denna osäkerhet kan det ändå vara värt att notera att rankingen för kokain var som högst i Jönköping och Malmö enligt den lokala rapporteringen och i Jönköpings län enligt länspolisrapporteringen.

Andra preparat som skrevs in och ansågs vanliga av mer än en rapportör var Subutex, GHB, alkohol, DXM och anabola androgena steroider.

### *Rapportörernas svarsunderlag*

Vid datainsamlingen ombads rapportörerna uppge vad som ligger till grund för de uppgivna svaren. Flera alternativ kunde fyllas i (tabellerna 18 och 19).

Totalt 161 av de lokala uppgiftslämnarna uppger att de har svarat utifrån direkta kontakter eller kollegors direkta kontakter med berörda grupper. Detta motsvarar 91 procent av de lokala rapportörerna. Av länspoliserna är det som väntat färre som svarat utifrån egna eller kollegors direkta kontakter. Det var dock 16 av 21 som uppgav att de hade rapporterat utifrån denna typ av uppgifter.

När uppgiftslämnarna har uppgett att andra källor ligger till grund för de lämnade svaren ombads de fylla i vilka källor som avsågs. Fjorton svar inkom från socialtjänsten. Elva av dessa har nämnt polisen som annan källa. Annat som är ifyllt av socialtjänstens rapportörer är brukarorganisationer, frivård, sjukvård, ungdomsarbetare, anhöriga samt anmälningar.

Åtta av rapportörerna från sjukvården har fyllt i något på andra källor. Tre av dessa nämnde polisen och två via någon form av samarbete med socialtjänsten. Andra källor som uppgavs var patienter, krogvakter, restauranger, drog-samordnare, media samt provtagningar.

En rapportör från frivården fyllde i vilka andra källor som hade använts. Det som nämndes var domar och kriminalstatistik. De två frivilligorganisationer som redovisade andra källor skrev att dessa varit anhörigkontakter samt rådgivare för anhöriga till missbrukare.

Fyra lokala polisrapportörer svarade att de använde ytterligare källor. De källor som uppgavs var socialtjänst, frivård, kollegor, tipsare, utredningar samt lagföringar.

Nio av länspolismyndigheterna fyllde i exempel på ytterligare källor. Polisiära undersökningar, tips, externa kontakter, ärenden och underrättelser från kriminalunderrättelsetjänsten var det som nämndes.

Svaren förefaller därmed endast i begränsad omfattning ha påverkats av källor som inte är direkt knutna till den egna arbetsplatsen.

### *Kokainets användnings- och tillgångsförändring*

Frågorna om förändringar under de senaste sex månaderna i tillgången och användningen av olika preparat ingår som standardfrågor i alla datainsamlingar i CRD. I tabellerna 20–22 kan utläsas att det är fler idag som anser sig ha en uppfattning om hur användningen av kokain ser ut på orten. Vid undersökningen våren 2000 svarade hälften av de lokala uppgiftslämnarna ”vet ej” på frågan mot 30 procent i den senaste undersökningen. Motsvarande utveckling finns också att utläsa i tabellerna 23–25 som handlar om tillgången på kokain. För den frågan har ”vet ej”-svaren sjunkit från cirka 60 procent år 2000 till 44 procent i senaste undersökningen. Även länspolismyndigheternas ”vet ej”-svar är lägre 2006 än 2000 och 2001 när det gäller bedömningen av förändringarna i tillgången på kokain (tabell 25).

Allt fler rapportörer har redovisat att ökning skett under de senaste sex månaderna både vad gäller användning och tillgång av kokain. Tydligast är utvecklingen bland de lokala rapportörerna (tabellerna 20–21 och 23–24).

## Sammanfattning

I den här typen av undersökningar, i vilken uppgiftslämnaren har ombetts att endast svara utifrån erfarenheterna på den egna arbetsplatsen, finns det en risk för att svaren påverkas av andra förhållanden, till exempel uppgifter i lokala eller regionala media. På en direkt fråga framgår emellertid att rapportörerna endast i begränsad omfattning förefaller ha påverkats av källor som inte är direkt knutna till den egna arbetsplatsen.

Enligt länspolisrapportörerna är kokain i princip lika vanligt som heroin, dock är det något färre av rapportörerna som skrivit in en rangordningssiffra för kokain jämfört med de andra uppräknade preparaten. Även bland de lokala uppgiftslämnarna är det fler som hoppat över att skriva in en rang på kokain än för de flesta andra drogerna. Medelvärdet är lägre för kokain än för de andra preparaten, vilket betyder att de lokala uppgiftslämnarna totalt sett anser att cannabis, amfetamin, illegala bensodiazepiner, heroin och ecstasy är vanligare än kokain på sina respektive orter.

I förhållande till andra narkotiska preparat är kokain således inte en vanlig drog. Dock uppger många av rapportörerna i denna undersökning att utifrån den kunskap de fått genom sitt arbete på sin ort eller region så har både användningen av och tillgången på kokain ökat i förhållande till tidigare.

Kokainanvändningen förekommer enligt undersökningen främst i åldersgruppen 21–30 år. Yngre användare verkar vara något vanligare bland kvinnor, och äldre lite vanligare bland män, men både äldre och yngre åldersgrupper förekommer av båda könen. Personer med andra missbruksproblem och kriminella är de grupper där kokain är mest förekommande enligt både de lokala rapportörerna och länspolismyndigheterna. Höginkomsttagare och ungdomsgäng är andra grupper som markerats.

De miljöer där kokainanvändning uppges uppträda enligt flest rapportörer, både lokala och regionala, är på krogar och privata fester.

**Tabell 1.** Antal rapportörer som deltagit vid datainsamlingen hösten 2006.

<i>Regional länspolis</i>	21	Varberg	3
Huddinge	5	Göteborg	29
Botkyrka	1	Borås	4
Stockholm	31	Örebro	4
Nacka	0	Surahammar	2
Solna	4	Västerås	5
Uppsala	6	Falun	3
Linköping	7	Gävle	7
Norrköping	5	Söderhamn	3
Jönköping	5	Sundsvall	3
Växjö	5	Örnsköldsvik	2
Karlskrona	5	Östersund	4
Malmö	13	Umeå	4
Lund	5	Lycksele	2
Helsingborg	5	Luleå	4
<b>Totalt lokalt</b>	<b>176</b>		

**Tabell 2.** Hur bedömer du förändringarna i antal personer när det gäller kokain på orten/i regionen jämfört med för 6 månader sedan? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vet ej
Regional länspolis		9	8		4
Huddinge	1	2	2		
Botkyrka		1			
Stockholm		15	9		7
Nacka					
Solna		2	1	1	
Uppsala			4		2
Linköping		2	2		3
Norrköping		1	2		2
Jönköping		3	2		
Växjö			3		2
Karlskrona			2		3
Malmö		5	4		3
Lund		3	1		1
Helsingborg		4	1		
Varberg		1	2		
Göteborg	1	8	9		11
Borås		2	2		
Örebro		1	3		
Surahammar					2
Västerås		2	1		2
Falun			1		2
Gävle		3	1		3
Söderhamn			1		2
Sundsvall		1	1		1
Örnsköldsvik					2
Östersund			1		3
Umeå		2	2		
Lycksele			1		1
Luleå			3		1
Totalt lokalt	2	58	61	1	53



**Tabell 3.** Hur bedömer du förändringarna i antal personer när det gäller kokain i regionen jämfört med för 6 månader sedan? Frekvenser rapporterade från läns-polismyndigheterna.

	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vet ej
Stockholm			1		
Uppsala			1		
Södermanland			1		
Östergötland		1			
Jönköping		1			
Kronoberg			1		
Kalmar					1
Gotland			1		
Blekinge		1			
Skåne		1			
Halland			1		
Västra Götaland		1			
Värmland		1			
Örebro			1		
Västmanland		1			
Dalarna		1			
Gävleborg			1		
Västernorrland					1
Jämtland					1
Västerbotten		1			
Norrbottn					1
<b>Totalt</b>		<b>9</b>	<b>8</b>		<b>4</b>

**Tabell 4.** Hur har tillgången på kokain förändrats under de senaste 6 månaderna på orten/i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vet ej
Regional länspolis		9	9		3
Huddinge	1	1	2		1
Botkyrka			1		
Stockholm		13	4		14
Nacka					
Solna		2	1		1
Uppsala		1	2		3
Linköping			4		2
Norrköping		3			2
Jönköping		3		1	1
Växjö		1	2		2
Karlskrona			1		4
Malmö		4	7		2
Lund		3	1		1
Helsingborg		2	1		2
Varberg		2			1
Göteborg		5	9		15
Borås		1		1	2
Örebro		1	1		2
Surahammar					2
Västerås		2	1		2
Falun			1		2
Gävle		3	1		3
Söderhamn	1		1		1
Sundsvall		1	1		1
Örnsköldsvik					2
Östersund			1		3
Umeå			2		2
Lycksele			1		1
Luleå			1		3
<b>Totalt lokalt</b>	<b>2</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>2</b>	<b>77</b>

**Tabell 5.** Hur har tillgången på kokain förändrats under de senaste 6 månaderna i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändring	Minskning	Vet ej
Stockholm			1		
Uppsala		1			
Södermanland			1		
Östergötland		1			
Jönköping		1			
Kronoberg			1		
Kalmar					1
Gotland			1		
Blekinge		1			
Skåne		1			
Halland			1		
Västra Götaland		1			
Värmland					1
Örebro			1		
Västmanland		1			
Dalarna		1			
Gävleborg			1		
Västernorrland			1		
Jämtland			1		
Västerbotten		1			
Norrbottn					1
<b>Totalt</b>		<b>9</b>	<b>9</b>		<b>3</b>

**Tabell 6.** I vilka åldrar bland kvinnor förekommer kokainanvändning på orten/i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Kvinnor –20 år	Kvinnor 21–30 år	Kvinnor 31–40 år	Kvinnor 41 år–	Före- kommer ej	Vet ej	Ej svar
Regional länspolis		8	6	2		8	3
Huddinge	1	1			1	1	1
Botkyrka			1				
Stockholm	4	16	6	3		10	3
Nacka							
Solna	1	2	1				1
Uppsala		1	1			4	
Linköping	1	2				5	
Norrköping	2	2				2	
Jönköping	1	2	1			1	1
Växjö		2				2	1
Karlskrona		1				4	
Malmö		4	2	2		5	2
Lund	2	2				1	1
Helsingborg		2	2			1	
Varberg	1	1				1	
Göteborg	6	13	4	2		12	
Borås		3				1	
Örebro	1	4					
Surahammar						2	
Västerås	2	2	1	1		3	
Falun						2	1
Gävle		3	1			3	1
Söderhamn						3	
Sundsvall		1	1			2	
Örnsköldsvik						2	
Östersund						3	1
Umeå		2				2	
Lycksele		1				1	
Luleå		1				3	
<b>Totalt lokalt</b>	<b>22</b>	<b>68</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>76</b>	<b>13</b>

**Tabell 7.** I vilka åldrar bland kvinnor förekommer kokainanvändning i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Kvinnor –20 år	Kvinnor 21–30 år	Kvinnor 31–40 år	Kvinnor 41 år–	Före- kommer ej	Vet ej	Ej svar
Stockholm		1					
Uppsala			1				
Södermanland		1					
Östergötland							1
Jönköping		1	1				
Kronoberg						1	
Kalmar						1	
Gotland		1					
Blekinge							1
Skåne		1	1	1			
Halland						1	
Västra Götaland		1	1				
Värmland						1	
Örebro		1	1				
Västmanland				1			
Dalarna		1	1				
Gävleborg							1
Västernorrland						1	
Jämtland						1	
Västerbotten						1	
Norrbottn						1	
<b>Totalt</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>8</b>	<b>3</b>

**Tabell 8.** I vilka åldrar bland män förekommer kokainanvändning på orten/i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Män –20 år	Män 21–30 år	Män 31–40 år	Män 41 år–	Före- kommer ej	Vet ej	Ej svar
Regional länspolis	1	11	8	4		7	1
Huddinge	1	2			1	1	
Botkyrka						1	
Stockholm	4	16	9	3		10	1
Nacka							
Solna	2	2	2	1			
Uppsala		2	1	1		4	
Linköping		2	1			5	
Norrköping	1	1	2	1		3	
Jönköping	2	3	4	3		1	
Växjö		1	1			3	1
Karlskrona		1				4	
Malmö	1	3	4	2		5	
Lund	1	3	1			1	
Helsingborg		2	2			1	
Varberg		1	1			1	
Göteborg	5	11	8	3		12	
Borås		2				2	
Örebro		4	1				
Surahammar						2	
Västerås	1	2	1	2		2	
Falun		2	1			1	
Gävle		3	2			3	
Söderhamn						3	
Sundsvall		1	1			2	
Örnsköldsvik						2	
Östersund				1		2	1
Umeå		2				2	
Lycksele		1				1	
Luleå						4	
<b>Totalt lokalt</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>78</b>	<b>3</b>

**Tabell 9.** I vilka åldrar bland män förekommer kokainanvändning i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Män –20 år	Män 21–30 år	Män 31–40 år	Män 41 år–	Före- kommer ej	Vet ej	Ej svar
Stockholm		1					
Uppsala		1	1	1			
Södermanland		1					
Östergötland		1	1	1			
Jönköping		1	1				
Kronoberg						1	
Kalmar						1	
Gotland		1					
Blekinge		1					
Skåne	1	1	1	1			
Halland						1	
Västra Götaland		1	1				
Värmland						1	
Örebro		1	1				
Västmanland				1			
Dalarna		1	1				
Gävleborg							1
Västernorrland			1				
Jämtland						1	
Västerbotten						1	
Norrbottn						1	
<b>Totalt</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>4</b>		<b>7</b>	<b>1</b>

**Tabell 10.** I vilka av följande grupper förekommer kokainanvändning på orten/i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Hög- inkomst- tagare	Tunga miss- brukare	Andra med miss- bruks- problem	Krimi- nella	Ung- doms- gång	Andra ung- doms- grupper	Andra grupper	Ingen spe- cifik grupp	Vet ej	Ej svar
Regional länspolis	7	4	8	9	6	3	3	3	4	
Huddinge	1		1	1			1		2	1
Botkyrka		1	1	1						
Stockholm	11	8	13	14	10	4	6	6	5	
Nacka										
Solna	3	3	3	3	4			2		
Uppsala		1	1	2		1		1	3	
Linköping	1		2	1			1		5	
Norrköping		1	1	2	2		2	1	2	
Jönköping	3	1	1	2	2	2	1		1	1
Växjö	2		1	2				1	2	
Karlskrona									5	
Malmö	4	3	5	3	4	2		3	3	
Lund	1	1	2	1	1			1	1	
Helsingborg	1	1	3	2	2			1		
Varberg	1		1	1		1			2	
Göteborg	8	3	8	10	5	1	3	5	9	
Borås		1	1			1		1	1	
Örebro			2	2				1		
Surahammar									2	
Västerås	2		2	1			1		2	
Falun	1						1		2	
Gävle	1		2	1		1		2	3	
Söderhamn		1							2	
Sundsvall	1								2	
Ömsköldsvik									2	
Östersund	1								2	1
Umeå	1		1					1	2	
Lycksele			1	1					1	
Luleå									4	
Totalt lokalt	43	25	52	50	30	13	16	26	65	3



**Tabell 11.** I vilka av följande grupper förekommer kokainanvändning i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Hög- inkomst- tagare	Tunga miss- brukare	Andra med miss- bruks- problem	Krimi- nella	Ung- doms- gång	Andra ung- doms- grupper	Andra grupper	Ingen spe- cifik grupp	Vet ej	Ej svar
Stockholm	1		1			1				
Uppsala		1		1		1	1			
Södermanland				1	1					
Östergötland	1			1			1			
Jönköping	1			1						
Kronoberg	1		1	1						
Kalmar									1	
Gotland		1	1							
Blekinge			1		1					
Skåne	1	1	1	1	1	1				
Halland									1	
Västra Götaland	1		1		1					
Värmland									1	
Örebro								1		
Västmanland	1	1		1						
Dalarna			1	1	1					
Gävleborg								1		
Västernorrland							1			
Jämtland			1	1	1					
Västerbotten								1		
Norrbottn									1	
<b>Totalt</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	

**Tabell 12.** I vilka miljöer på orten/i regionen förekommer kokainanvändning? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Fåtal krogar	Flera krogar	Privata fester	Hemmiljö	Klubbar	Utomhus	Andra ställen	Vet ej	Ej svar
Regional länspolis	9	9	15	8	6	1	4	3	
Huddinge	1		2					2	1
Botkyrka								1	
Stockholm	2	14	17	9	12	7	3	11	
Nacka									
Solna		3	3	2	3		2	1	
Uppsala		1	1	1			1	5	
Linköping		2	2	1	1			5	
Norrköping	1	1	2	1	1			3	
Jönköping	2	2	4	2		1		1	
Växjö	3		3	2				2	
Karlskrona	1		1					4	
Malmö	2	4	7	4	3	2		6	
Lund	2		3	1	3			2	
Helsingborg	2	2	3	3	1	1			
Varberg	1	1	1	2	1			1	
Göteborg	5	11	12	8	9	1	2	12	
Borås	2		3	1	1			1	
Örebro	2	2	3	2	1	1			
Surahammar								2	
Västerås	1	2	2	2				2	
Falun	1				1			2	
Gävle	3	1	3	1				3	
Söderhamn								3	
Sundsvall		1						2	
Örnsköldsvik								2	
Östersund	1							2	1
Umeå	1	1	2	1	1	1		2	
Lycksele				1				1	
Luleå								4	
<b>Totalt lokalt</b>	<b>33</b>	<b>48</b>	<b>74</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>82</b>	<b>2</b>

**Tabell 13.** I vilka miljöer i regionen förekommer kokainanvändning? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Fåtal krogar	Flera krogar	Privata fester	Hemmiljö	Klubbar	Utomhus	Andra ställen	Vet ej	Ej svar
Stockholm		1	1		1		1		
Uppsala		1	1	1	1		1		
Södermanland		1		1					
Östergötland	1		1	1					
Jönköping	1		1	1	1				
Kronoberg	1		1	1					
Kalmar								1	
Gotland	1		1	1					
Blekinge			1	1					
Skåne	1		1	1	1	1	1		
Halland		1							
Västra Götaland		1	1		1				
Värmland								1	
Örebro		1	1		1		1		
Västmanland	1		1						
Dalarna		1	1						
Gävleborg	1	1	1						
Västernorrland		1							
Jämtland	1		1						
Västerbotten	1		1						
Norrbottn								1	
<b>Totalt</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	

**Tabell 14.** Har det under de senaste 12 månaderna skett några förändringar i kokainanvändningen i några speciella grupper på din ort/i din region? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Ålder	Kön	Sociala	Etniska	Annan	Nej	Vet ej	Ej svar
Regional länspolis	2		2	1	1	8	9	1
Huddinge					1	2	1	1
Botkyrka							1	
Stockholm	5	1	6	2	1	6	15	
Nacka								
Solna	1		1			1	1	
Uppsala					1	2	3	
Linköping			1			3	3	
Norrköping							5	
Jönköping			1				4	
Växjö							5	
Karlskrona						1	4	
Malmö	3	2	1	1		3	7	
Lund		1	1		1		2	
Helsingborg	1					1	3	
Varberg	1	1	1				1	
Göteborg	6	1	2			9	14	
Borås	1	1	1			1	2	
Örebro						3	1	
Surahammar							2	
Västerås	1	1			1	1	2	
Falun		1			1		2	
Gävle					1	1	4	1
Söderhamn							3	
Sundsvall			1				2	
Örnsköldsvik							2	
Östersund			1			1	2	
Umeå						2	2	
Lycksele							2	
Luleå							4	
Totalt lokalt	19	9	17	3	7	37	99	2

**Tabell 15.** Har det under de senaste 12 månaderna skett några förändringar i kokainanvändningen i några speciella grupper i din region? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Ålder	Sociala	Etniska	Annan	Nej	Vet ej	Ej svar
Stockholm					1		
Uppsala					1		
Södermanland						1	
Östergötland							1
Jönköping						1	
Kronoberg						1	
Kalmar						1	
Gotland					1		
Blekinge	1						
Skåne	1	1	1	1			
Halland						1	
Västra Götaland						1	
Värmland						1	
Örebro						1	
Västmanland					1		
Dalarna					1		
Gävleborg					1		
Västernorrland					1		
Jämtland					1		
Västerbotten		1					
Norrbottn						1	
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

**Tabell 16.** Rangordning för de vanligaste drogerna på orten/i regionen. Medelvärden rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.<sup>a)</sup>

	Canna- bis	Amfeta- min	Bensodia- zepiner	Heroin	Kokain	Ecstasy	Annat
Regional länspolis	6,5	5,1	4,5	2,4	2,0	2,1	,9
Huddinge	5,6	5,4	4,8	1,4	2,0	2,6	,8
Botkyrka	7,0	5,0	4,0	6,0	2,0	3,0	,0
Stockholm	6,0	5,2	4,5	3,7	2,9	1,4	,9
Solna	5,3	3,8	3,3	2,0	3,0	,5	,5
Uppsala	5,8	3,8	2,7	1,7	,7	,2	1,3
Linköping	6,9	6,1	4,9	1,7	1,1	2,0	1,0
Norrköping	7,0	5,8	5,2	3,2	1,8	2,6	1,4
Jönköping	6,6	5,4	6,0	2,2	3,4	2,6	,0
Växjö	5,0	3,8	4,4	2,2	1,0	1,4	,0
Karlskrona	5,6	4,8	3,0	1,2	,8	2,4	,0
Malmö	6,2	4,8	4,2	5,0	3,4	1,2	,0
Lund	6,4	5,4	5,0	5,2	2,2	1,8	,6
Helsingborg	6,6	5,6	3,6	5,0	2,4	1,6	,0
Varberg	4,0	6,3	5,3	4,7	1,0	1,7	,0
Göteborg	5,4	4,9	4,2	2,2	1,6	1,4	1,7
Borås	6,3	6,8	4,5	1,3	2,8	1,5	2,3
Örebro	7,0	5,5	5,5	3,8	1,8	2,3	,0
Surahammar	5,5	7,0	5,5	2,0	,0	,0	1,5
Västerås	6,8	4,4	5,6	2,4	1,8	2,0	,0
Falun	7,0	5,7	3,7	,7	1,3	1,7	,0
Gävle	6,6	5,6	5,9	,9	1,4	1,7	,3
Söderhamn	6,0	6,7	5,3	3,7	,3	1,7	,0
Sundsvall	4,0	6,3	6,0	4,0	1,7	2,0	,0
Örnsköldsvik	7,0	5,0	3,0	3,5	,0	4,5	,0
Östersund	6,5	5,8	5,8	,0	,0	3,0	,8
Umeå	6,8	5,8	4,8	3,3	2,3	1,3	,5
Lycksele	6,0	4,5	7,0	1,0	,0	3,5	4,0
Luleå	6,8	5,8	5,5	1,8	,0	,0	1,0
Totalt lokalt	6,0	5,2	4,6	2,8	1,9	1,6	0,8

a) Sju är det högsta värdet och ju högre värde desto vanligare förekommande. Totalt har sex preparat rangordnats samt möjlighet till ett ytterligare preparat som rapportören själv kunnat namnge.

**Tabell 17.** Rangordning för de vanligaste drogerna i regionen. Rang rapporterad från länspolismyndigheterna.<sup>a)</sup>

	Canna- bis	Amfeta- min	Bensodia- zepiner	Heroin	Kokain	Ecstasy	Annat
Stockholm	7	6	5	3	4	2	0
Uppsala	7	6	5	3	2	1	4
Södermanland	7	0	0	5	0	0	0
Östergötland	7	5	6	2	4	3	0
Jönköping	7	6	5	3	5	4	0
Kronoberg	6	5	4	3	2	1	7
Kalmar	0	0	0	0	0	0	0
Gotland	7	6	5	0	0	0	0
Blekinge	7	6	5	4	3	2	0
Skåne	7	1	5	4	3	2	0
Halland	7	6	5	4	3	2	0
Västra Götaland	7	6	3	2	4	5	0
Värmland	6	7	5	4	0	0	0
Örebro	5	7	6	3	2	4	0
Västmanland	7	6	5	2	4	3	0
Dalarna	7	6	5	3	4	2	0
Gävleborg	7	6	5	0	0	0	0
Västernorrland	7	6	5	2	0	3	4
Jämtland	7	6	5	0	3	4	0
Västerbotten	7	5	6	3	0	2	4
Norrbottn	7	6	5	0	0	4	0
<b>Totalt</b>	<b>6,5</b>	<b>5,1</b>	<b>4,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>0,9</b>

a) Sju är det högsta värdet och ju högre värde desto vanligare förekommande. Totalt har sex preparat rangordnats samt möjlighet till ett ytterligare preparat som rapportören själv kunnat namnge.

**Tabell 18.** Vad ligger till grund för dina svar på enkäten? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna totalt respektive från de lokala uppgiftslämnarna redovisat per kommun och totalt.

	Direkta kontakter	Kollegors direkt- kontakter	Indirekt information	Andra källor	Ej svar
Regional länspolis	15	14	4	10	1
Huddinge	4	3	1	1	
Botkyrka		1	1		
Stockholm	21	25	9	3	
Nacka					
Solna	4	3	2	2	
Uppsala	5	4	1	1	
Linköping	5	4	1	3	
Norrköping	2	3	1	1	
Jönköping	4	5		1	
Växjö	5	4	1		
Karlskrona	3	4	2		
Malmö	9	9	3		
Lund	4	5	1		
Helsingborg	3	5		1	
Varberg	2	2	1	1	
Göteborg	23	15	3	4	2
Borås	4	4	2	1	
Örebro	4	4		2	
Surahammar	2	2			
Västerås	4	2		3	
Falun	2	1	1	1	
Gävle	5	3	2	3	1
Söderhamn	3	2			
Sundsvall	2	2	1		
Örnsköldsvik	1				1
Östersund	4	4		1	
Umeå	3	2	1	1	
Lycksele	2	2		1	
Luleå	3	4	2		
<b>Totalt lokalt</b>	<b>133</b>	<b>124</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>4</b>



**Tabell 19.** Vad ligger till grund för dina svar på enkäten? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

	Direkta kontakter	Kollegors direkt- kontakter	Indirekt information	Andra källor	Ej svar
Stockholm	1	1	1		
Uppsala	1	1	1		
Södermanland				1	
Östergötland	1				
Jönköping	1	1			
Kronoberg	1	1			
Kalmar				1	
Gotland	1	1		1	
Blekinge				1	
Skåne	1	1	1		
Halland		1			
Västra Götaland	1	1			
Värmland					1
Örebro	1	1		1	
Västmanland	1	1		1	
Dalarna	1	1			
Gävleborg	1				
Västernorrland	1	1	1	1	
Jämtland	1	1		1	
Västerbotten	1	1		1	
Norrbottn				1	
<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

**Tabell 20.** Hur bedömer du förändringarna i antal personer när det gäller kokain på orten jämfört med för 6 månader sedan? Frekvenser rapporterade från lokala uppgiftslämnare.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår		16	49	2	77	4	148
	Höst	3	30	58	2	75		168
<b>2001</b>	Vår	7	20	64	4	73	2	170
	Höst	7	40	55	9	66	4	181
<b>2002</b>	Vår	7	27	60	3	52	2	151
	Höst	7	24	58	2	55	2	148
<b>2003</b>	Vår	5	30	60	3	51	2	151
	Höst	5	36	56	1	63		161
<b>2004</b>	Vår	6	35	68	2	35	1	147
	Höst	7	40	55	3	47	2	154
<b>2005</b>	Vår	3	40	56	5	44	3	151
	Höst	2	42	58	3	48	3	156
<b>2006</b>	Vår	3	47	55	4	56	2	167
	Höst	2	58	61	1	53	1	176

**Tabell 21.** Hur bedömer du förändringarna i antal personer när det gäller kokain på orten jämfört med för 6 månader sedan? I procent rapporterat från lokala uppgiftslämnare.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår	0	11	33	1	52	3	100
	Höst	2	18	35	1	45	0	100
<b>2001</b>	Vår	4	12	38	2	43	1	100
	Höst	4	22	30	5	36	2	100
<b>2002</b>	Vår	5	18	40	2	34	1	100
	Höst	5	16	39	1	37	1	100
<b>2003</b>	Vår	3	20	40	2	34	1	100
	Höst	3	22	35	1	39	0	100
<b>2004</b>	Vår	4	24	46	1	24	1	100
	Höst	5	26	36	2	31	1	100
<b>2005</b>	Vår	2	26	37	3	29	2	100
	Höst	1	27	37	2	31	2	100
<b>2006</b>	Vår	2	28	33	2	34	1	100
	Höst	1	33	35	1	30	1	100

**Tabell 22.** Hur bedömer du förändringarna i antal personer när det gäller kokain i regionen jämfört med för 6 månader sedan? Frekvenser rapporterade från läns-polismyndigheterna.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår <sup>a)</sup>		7	6	2	7	1	23
	Höst		13	4		4		21
<b>2001</b>	Vår		9	8		4		21
	Höst		9	7		4	1	21
<b>2002</b>	Vår		8	9		2		19
	Höst		9	8	1	2		20
<b>2003</b>	Vår		10	9		2		21
	Höst	1	8	9	1	2		21
<b>2004</b>	Vår	2	10	7		2		21
	Höst	1	8	10		2		21
<b>2005</b>	Vår		9	8		4		21
	Höst		7	11		3		21
<b>2006</b>	Vår		9	8		3		20
	Höst		9	8		4		21

a) Våren 2000 skiljer sig rapportörerna från övriga tillfällen. Då fanns en sk expertnivå, där 10 länspolis-myndigheter fanns representerade samt uppgiftslämnare från socialtjänst, sjukvård och behandlings-hem på olika orter.

**Tabell 23.** Hur har tillgången på kokain förändrats under de senaste 6 månaderna på orten? Frekvenser rapporterade från lokala uppgiftslämnare.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår	3	11	20	3	85	26	148
	Höst	4	20	35	1	105	3	168
<b>2001</b>	Vår	3	23	52	2	89	1	170
	Höst	3	24	47	2	103	2	181
<b>2002</b>	Vår	2	23	51	4	66	5	151
	Höst		23	47	2	72	4	148
<b>2003</b>	Vår	2	24	52	2	69	2	151
	Höst	4	29	40		85	3	161
<b>2004</b>	Vår	5	29	56	1	55	1	147
	Höst	9	31	44	1	67	2	154
<b>2005</b>	Vår	2	25	49	1	71	3	151
	Höst	1	32	46	2	74	1	156
<b>2006</b>	Vår	1	40	44	2	77	3	167
	Höst	2	48	46	2	77	1	176

**Tabell 24.** Hur har tillgången på kokain förändrats under de senaste 6 månaderna på orten/i regionen? I procent rapporterat från lokala uppgiftslämnare.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår	2	7	14	2	57	18	100
	Höst	2	12	21	1	63	2	100
<b>2001</b>	Vår	2	14	31	1	52	1	100
	Höst	2	13	26	1	57	1	100
<b>2002</b>	Vår	1	15	34	3	44	3	100
	Höst	0	16	32	1	49	3	100
<b>2003</b>	Vår	1	16	34	1	46	1	100
	Höst	2	18	25	0	53	2	100
<b>2004</b>	Vår	3	20	38	1	37	1	100
	Höst	6	20	29	1	44	1	100
<b>2005</b>	Vår	1	17	32	1	47	2	100
	Höst	1	21	29	1	47	1	100
<b>2006</b>	Vår	1	24	26	1	46	2	100
	Höst	1	27	26	1	44	1	100

**Tabell 25.** Hur har tillgången på kokain förändrats under de senaste 6 månaderna i regionen? Frekvenser rapporterade från länspolismyndigheterna.

		Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minsk- ning	Vet Ej	Ej svar	Totalt
<b>2000</b>	Vår <sup>a)</sup>	1	6	3	1	8	4	23
	Höst		7	5		9		21
<b>2001</b>	Vår		8	7		6		21
	Höst		6	7		8		21
<b>2002</b>	Vår		6	10		3		19
	Höst		6	10	1	3		20
<b>2003</b>	Vår		9	9		2	1	21
	Höst		5	12		4		21
<b>2004</b>	Vår	1	9	7		3	1	21
	Höst	1	8	9		3		21
<b>2005</b>	Vår		4	13		4		21
	Höst	1	2	12		6		21
<b>2006</b>	Vår	1	9	8		2		20
	Höst		9	9		3		21

a) Våren 2000 skiljer sig rapportörerna från övriga tillfällen. Då fanns en s k expertnivå, där 10 länspolismyndigheter fanns representerade samt uppgiftslämnare från socialtjänst, sjukvård och behandlingshem på olika orter.

# Kokaindiagnoser i patient- och dödsorsaksregistren

*Daniel Svensson, Ola Arvidsson*

## *Inledning*

Missbruk av kokain kan leda till många och olika konsekvenser såväl för missbrukaren som för hans omgivning. Den yttersta konsekvensen kan vara att missbrukaren avlider som en följd av sin kokainanvändning. Detta är mycket ovanligt, men det förekommer.

Däremot är det fler som behöver vård för sitt kokainmissbruk. Mycket av den vården sker inom olika former av öppenvård, medan andra som har ett tyngre vårdbehov vårdas inom slutenvården. Tyvärr saknas det i dagsläget data av rimlig kvalitet från landstingens öppenvård, varför vårddata i den här rapporten grundar sig på uppgifter från slutenvården (det vill säga hälso- och sjukvård som ges till patient inskriven vid vårdenhet).

Syftet med föreliggande rapport är att belysa hur kokainmissbruket och dess förändringar återspeglas i tillgängliga data från patientregistret, där uppgifter om slutenvård ingår, och uppgifter från dödsorsaksregistret.

## *Tillgängliga registeruppgifter*

Från slutenvårdsstatistiken erhålls data rörande antalet utskrivningar som gjorts samt antalet patienter som vårdats för olika diagnoser. Statistiken skiljer på huvuddiagnos och diagnos för bidragande sjukdom vid sidan av huvuddiagnosen. I den här rapporten redovisas i första hand summan av huvuddiagnoser och diagnoser för bidragande sjukdom, så kallad bidiagnos, men också enbart huvuddiagnos. En huvuddiagnos är den bakomliggande orsaken till vården, medan de bidragande (vilka kan vara flera) haft betydelse för patientens tillstånd om än inte varit det huvudskaliga skälet.

Slutenvårdsstatistikens diagnoser är hämtade från patientregistret vid Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (EpC). Diagnoserna är kodade enligt ICD-10 (International Classification of Diseases) och jämförbara data finns för perioden 1998–2005. Kokaindiagnoserna är F14 ”Psykliska störningar och

beteendestörningar orsakade av kokain” samt T40.5 ”Förgiftning av kokain”. Dessa och andra narkotikadiagnoser beskrivs mer utförligt i bilagan sist i detta kapitel.

Kokainintag kan upptäckas genom urinprov. Ett prov är emellertid osäkert efter två dygn då kokainet börjar försvinna ur kroppen. Diagnosen ställs därför i huvudsak utifrån information från patienten själv.

Statistiken redovisar dels antalet utskrivningar dels antalet vårdade individer under de olika åren. Då det gäller antalet utskrivningar under ett år kan en individ räknas flera gånger medan redovisningen av antalet vårdade individer endast inkluderar en och samma individ en gång per år oberoende hur många gånger patienten vårdats för diagnosen i fråga. I huvudsak gäller redovisningen i denna rapport antalet vårdade individer per år.

Materialet omfattar all slutenvård i landet. De patienter som ingår behöver således inte ha behandlats specifikt för beroendeproblematik på en psykiatrisk klinik utan andra sjukdomstillstånd (psykiatriska eller somatiska) eller skador kan ha varit grundorsak till inläggningen. Samma innebörd har det faktum att både huvud- och bidiagnoser räknats med i flertalet tabeller.

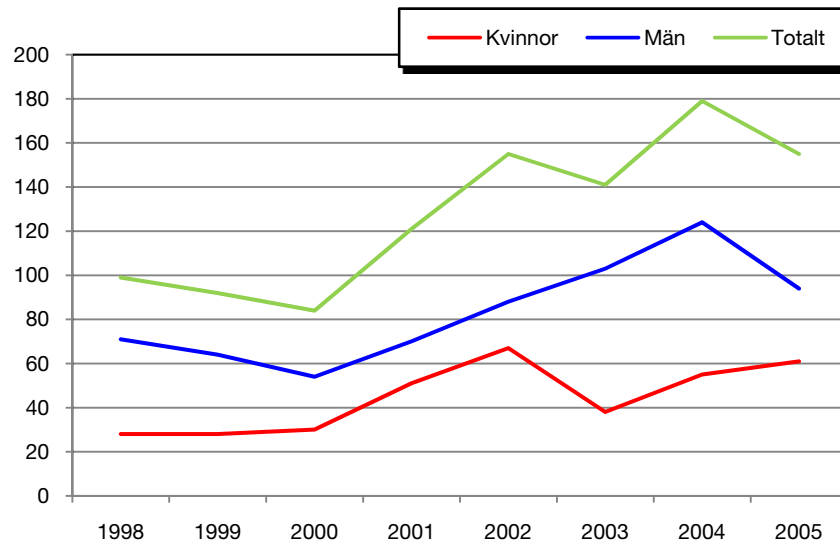
Förutom statistik från slutenvården redovisas också data från dödsorsaksregistret med kokainrelaterade dödsorsaker (F14 respektive T40.5) för åren 1997–2004.

Valet av tidsperiod (1998–2005 för patientregistret och 1997–2004 för dödsorsaksregistret) hänför sig till det faktum att den senaste patientklassifikationen (ICD-10) infördes 1997. Detta år rapporterade några landsting fortfarande diagnoser enligt ICD-9 vilket är förklaringen till att tidsserien för patientregistret startar 1998. Problemet gäller inte dödsorsaksregistret, däremot förekommer en viss eftersläpning vilket är förklaringen till att tidsserien endast sträcker sig till 2004.

## *Resultat*

### Patienter med kokaindiagnos

Antalet utskrivningar med kokainmissbruk som huvud- eller bidiagnos är förhållandevis få. År 1998 gällde det totalt 100 personer (diagram 1 och tabell 1). År 2004 hade antalet ökat till drygt 180 för att året därefter, det sista året med tillgängliga data, vara något lägre (161). Bland såväl männen som kvinnorna är värdena högre 2005 än 2000 även om det högsta värdet bland männen kan noteras 2004 (126) och bland kvinnorna 2002 (67). Genomgående gäller att det är fler män än kvinnor som vårdats för kokainmissbruk.



**Diagram 1.** Antalet utskrivningar med kokainmissbruk som huvud- eller bidia-  
gnos. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 1)

Utvecklingen är likartad, fast på en lägre nivå, när förändringarna belyses ge-  
nom antalet utskrivna personer (diagram 2, tabell 2).

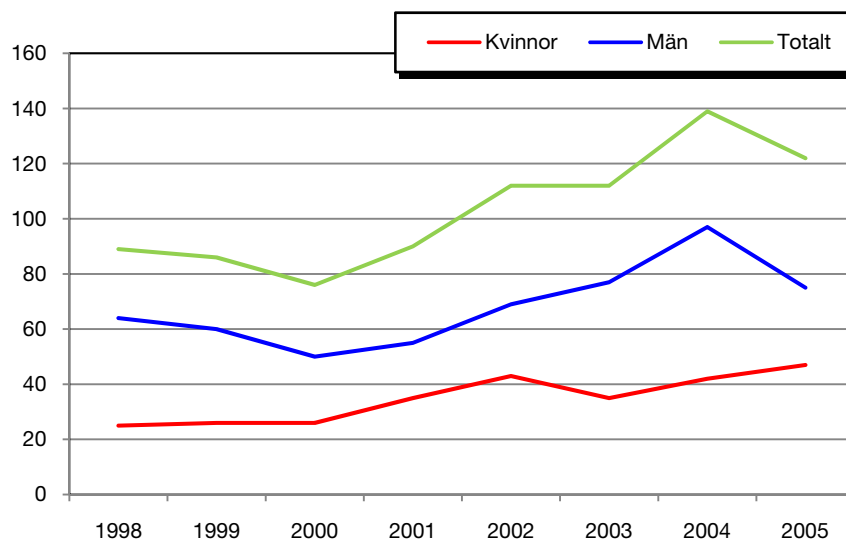
En intressant iakttagelse är att det genomsnittliga antalet årliga vårdtillfällen  
är väsentligt lägre bland personer som vårdats med kokaindiagnos jämfört  
med personer med någon narkotikadiagnos (1,25 för män och 1,30 för kvin-  
nor med kokaindiagnos jämfört med 1,78 och 1,62 för patienter med någon  
narkotikadiagnos).

Antalet utskrivna kvinnor med någon form av kokaindiagnos är färre än  
männen. Diagram 3 och tabell 2 visar att de förändringar som kan noteras  
mellan 1998 och 2005 primärt återspeglar förändringarna i en enda ålders-  
grupp. Ökningen mellan 2000 och 2002, minskningen 2003 och ökningen  
därefter återfinns bara i den yngsta åldersgruppen (–19 år). I övriga tre ål-  
dersgrupper finns inte lika tydliga trender. Värdena under åren 1998 till 2005  
var ungefär desamma i dessa grupper, möjligen med undantag för en svag  
ökning i åldersgruppen 30–39 år.

Antalet män som skrivits ut med diagnosen kokainmissbruk är visserligen  
högre än bland kvinnorna, men det är ändå svårt att se några tydliga tenden-  
ser över tid i olika åldersgrupper (diagram 4, tabell 2). Ökningen i det totala  
antalet utskrivna mellan 2000 och 2004 återfinns inte tillfullo i någon ålders-  
grupp. Det höga värdet 2004 härstammar i första hand från en enda ålders-

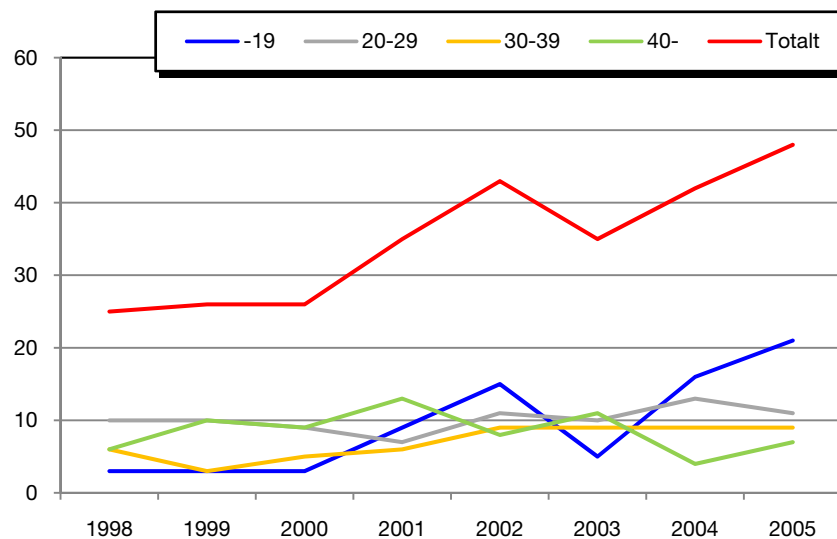
grupp (20–29 år). Detsamma gäller minskningen 2005. En viss ökning kan skönjas i den äldsta åldersgruppen (40– år) mellan 2000 och 2005 (från 14 till 25).

Det är betydligt färre som vårdats för kokainförgiftning än som vårdats för kokainmissbruk. Under åren 1998–2002 fluktuerade antalet mellan 1 och 7 för att 2003 och 2004 stiga till 20 respektive 16 (tabell 3). Därefter sjönk antalet vårdade och uppgick 2005 till 8 personer.

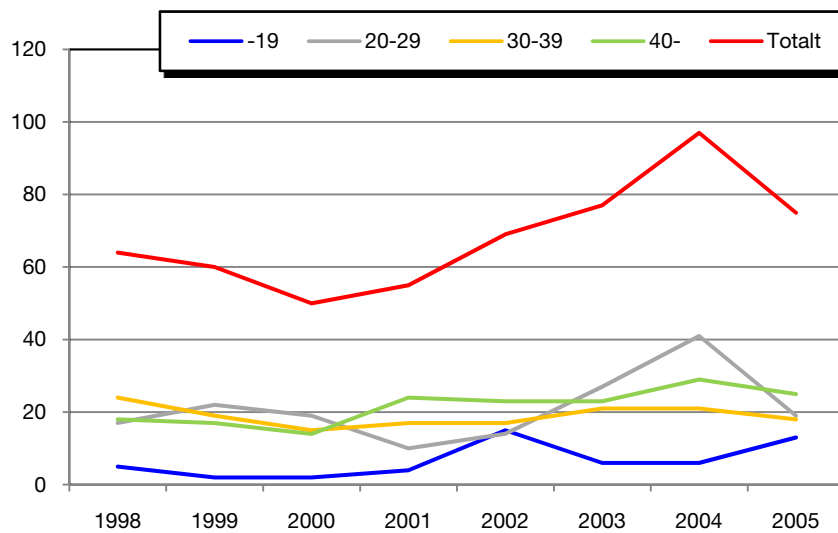


**Diagram 2.** Antalet utskrivna patienter med kokainmissbruk som huvud- eller bi-diagnos. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 2)





**Diagram 3.** Antalet utskrivna kvinnliga patienter i olika åldrar med kokainmissbruk som huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 2)

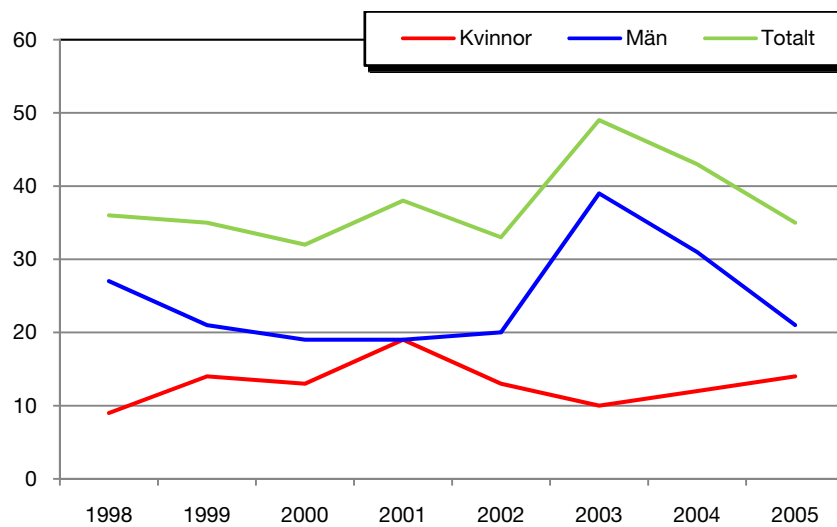


**Diagram 4.** Antalet utskrivna manliga patienter i olika åldrar med kokainmissbruk som huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 2)

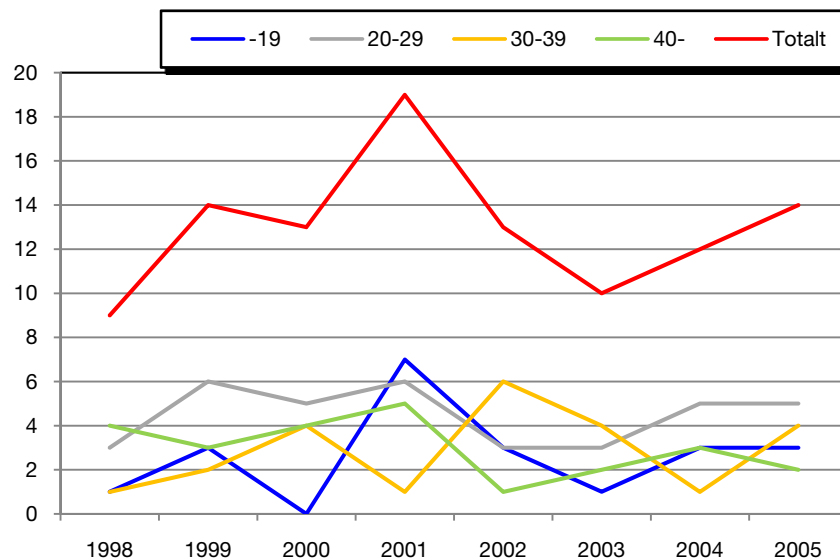
## Patienter med kokainmissbruk som huvuddiagnos

Mindre än hälften av de patienter som skrevs ut efter att ha vårdats för kokainmissbruk har haft detta som huvuddiagnos. Det är endast ett år (2003) som antalet utskrivna närmast sig 50 (diagram 5, tabell 4). Efter att ha legat relativt stabilt under åren 1998–2002 ökade antalet utskrivna män förhållandevis mycket 2003 (från 20 till 39) för att sedan sjunka och 2005 vara nere på samma nivå som två år tidigare. Antalet vårdade kvinnor med kokainmissbruk som huvuddiagnos var som högst 2001, vilket bidrog till en topp i totalkurvan detta år. Männens värde var emellertid inte speciellt högt detta år medan förhållandet var det motsatta 2003, då det förhållandevis höga totalvärdet endast återspeglade en ökning bland männen.

Under åren 1998 till 2005 har kurvorna för männen och kvinnorna sett olika ut. Det enda generella konstaterandet är att antalet män som skrivits ut med kokainmissbruk som huvuddiagnos, med undantag för 2001, alltid varit större än antalet kvinnor.



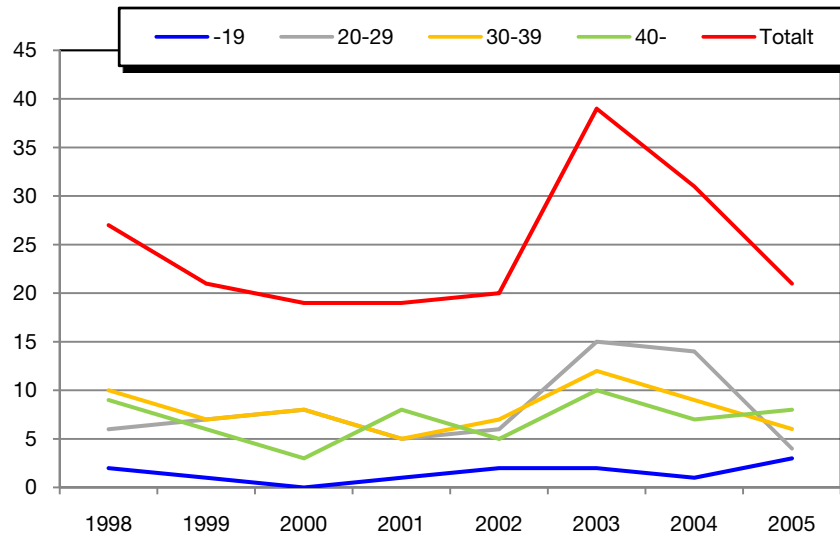
**Diagram 5.** Antalet utskrivna patienter med kokainmissbruk som huvuddiagnos. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 4)



**Diagram 6.** Antalet utskrivna kvinnliga patienter i olika åldrar med kokainmissbruk som huvuddiagnos. 1998–2005. (Tabell 4)

Bland de relativt få kvinnor med kokainmissbruk som huvuddiagnos kan konstateras att förändringarna i totalkurvan mellan 1998 och 2005 i stor utsträckning återspeglar förändringar i den yngsta gruppen (–19 år) som varierat ganska påtagligt. I samtliga åldersgrupper är det fråga om enstaka personer per år som fått en kokainrelaterad huvuddiagnos (diagram 6 och tabell 4).

Även bland männen kan en uppdelning på olika åldersgrupper möjliggöra vissa begränsade slutsatser trots att antalet personer är litet (diagram 7, tabell 4). En är att ökningen mellan 2002 och 2003 återfinns i alla åldersgrupper utom den yngsta (–19 år), att antalet utskrivna personer med huvuddiagnosen kokainmissbruk genomgående varit minst bland de yngsta samt att det för den aktuella perioden inte finns några systematiska skillnader mellan männen i övriga åldersgrupper.

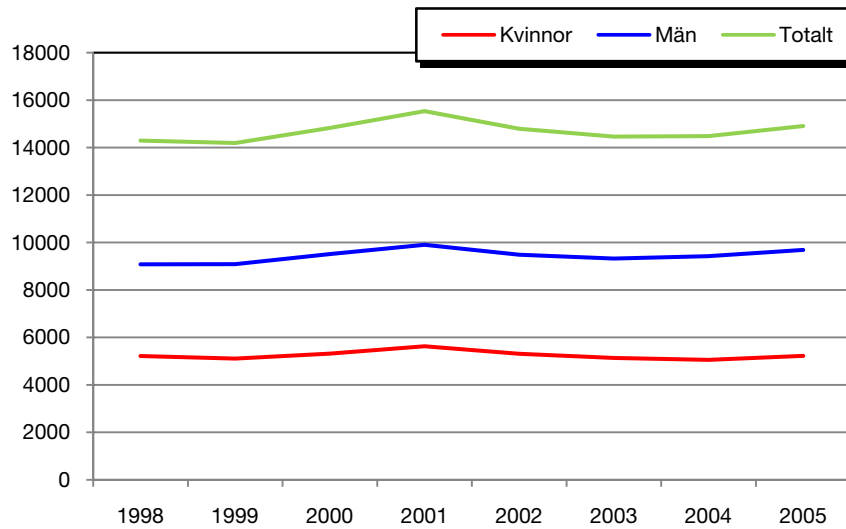


**Diagram 7.** Antalet utskrivna manliga patienter i olika åldrar med kokainmissbruk som huvuddiagnos. 1998–2005. (Tabell 4)

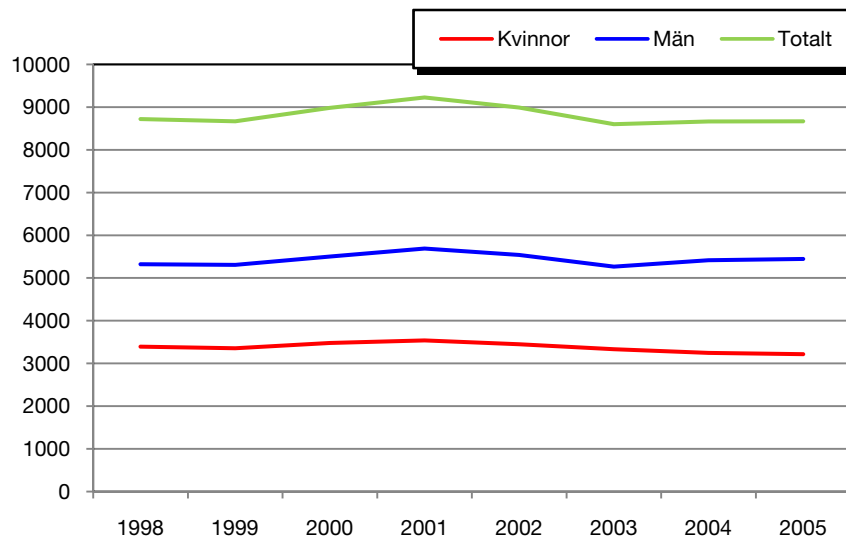
## Patienter med narkotikadiagnos

Under åren 1998 till 2005 har antalet utskrivningar med narkotikamissbruk som huvud- eller bidiagnos varierat mellan ca 14 200 och ca 15 500 (diagram 8, tabell 5). Det högsta värdet noterades 2001 efter en svag ökning under två år. Antalet sjönk sedan svagt under några år för att ånyo öka något till 2005 (ca 14 900). Den svaga ökningen till 2001 återfinns bland såväl männen som kvinnorna.

Under den aktuella perioden har kurvorna för männen och kvinnorna varit relativt parallella, med den genomgående skillnaden att värdena bland männen varit ungefär dubbelt så höga.



**Diagram 8.** Antalet utskrivningar med narkotikarelaterade huvud- eller bidiagnoser. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 5)



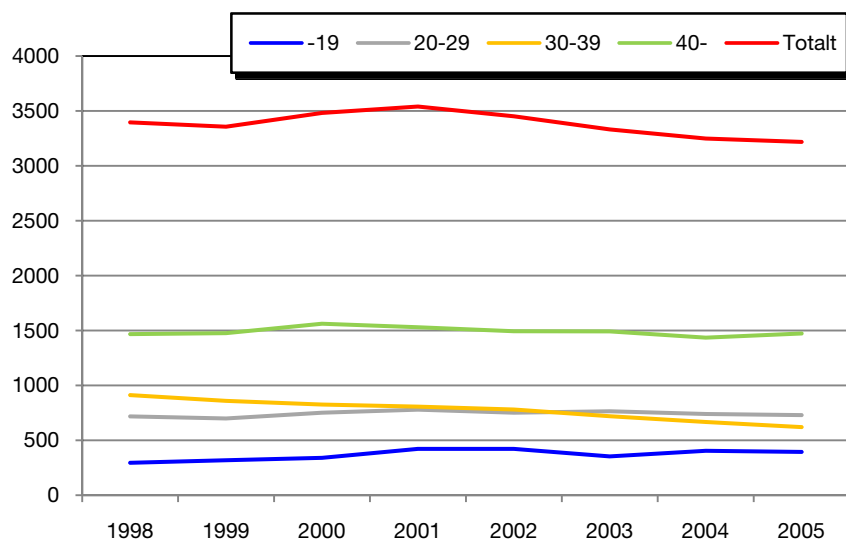
**Diagram 9.** Antalet utskrivna patienter med narkotikarelaterade huvud- eller bidiagnoser. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 6)

Diagram 9 och tabell 6 redovisar antalet utskrivna personer per år. Vissa patienter registreras för flera vårdtillfällen per år, vilket är förklaringen till de olika nivåerna i diagrammen 8 och 9. År 2005 var det genomsnittliga antalet vårdtillfällen där någon narkotikadiagnos ingått ca 1,7.

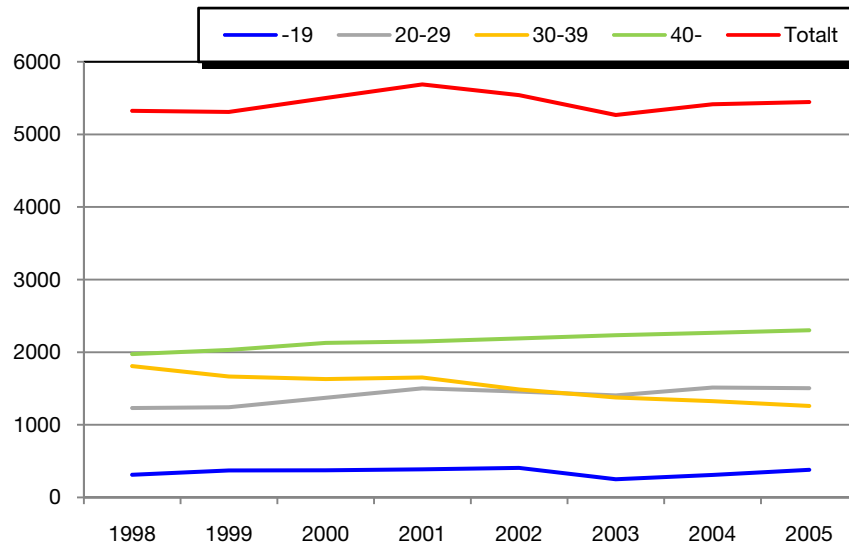
Under perioden 1998–2005 har antalet individer som skrivits ut per år med diagnosen narkotikamissbruk varierat mellan 8 600 och ca 9 200, med ett genomsnitt på 8 815 (tabell 6). Förändringarna över tid har inte varit stora och förändringarna från ett år till ett annat har varit i stort sett parallella med förändringarna för utskrivningarna.

En uppdelning av patienterna i olika åldersgrupper visar bland annat att det mellan 1998 och 2005 inte skett några dramatiska förändringar bland kvinnorna i någon åldersgrupp (diagram 10, tabell 6). Den mest påtagliga är en svag minskningstrend i åldersgruppen 30–39 år. Under den aktuella perioden gäller genomgående att antalet utskrivna kvinnor efter behandling för narkotikamissbruk varit högst i den äldsta åldersgruppen (40– år) och lägst bland de yngsta (–19 år). De båda övriga åldersgrupperna har legat däremellan.

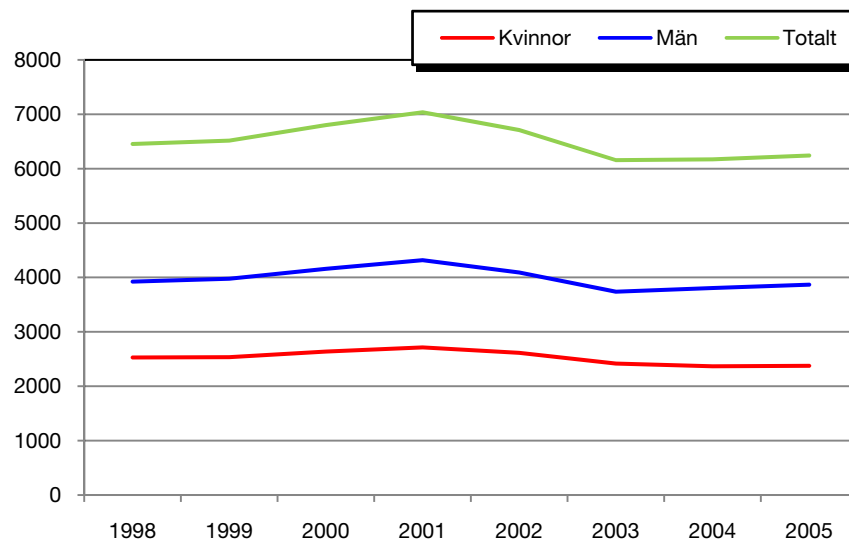
Slutsatserna bland männen är likartade, nämligen att det finns en svag minskningstrend i åldersgruppen 30–39 år, att de äldsta (40– år) genomgående har haft flest vårdade för narkotikamissbruk samt att antalet varit lägst bland de yngsta (–19 år) (diagram 11, tabell 6). Härtill kan läggas att det funnits en svag ökningstendens i den äldsta åldersgruppen.



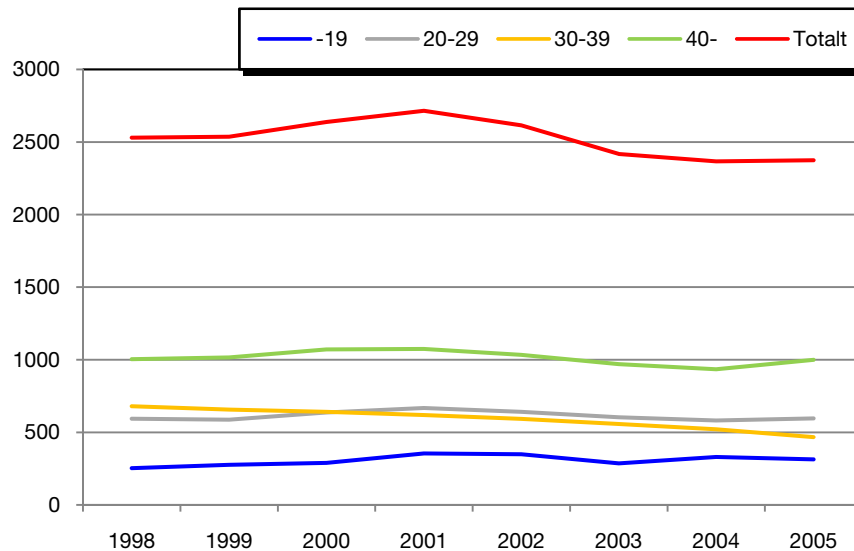
**Diagram 10.** Antal utskrivna kvinnliga patienter i olika åldrar med narkotikamissbruk som huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 6)



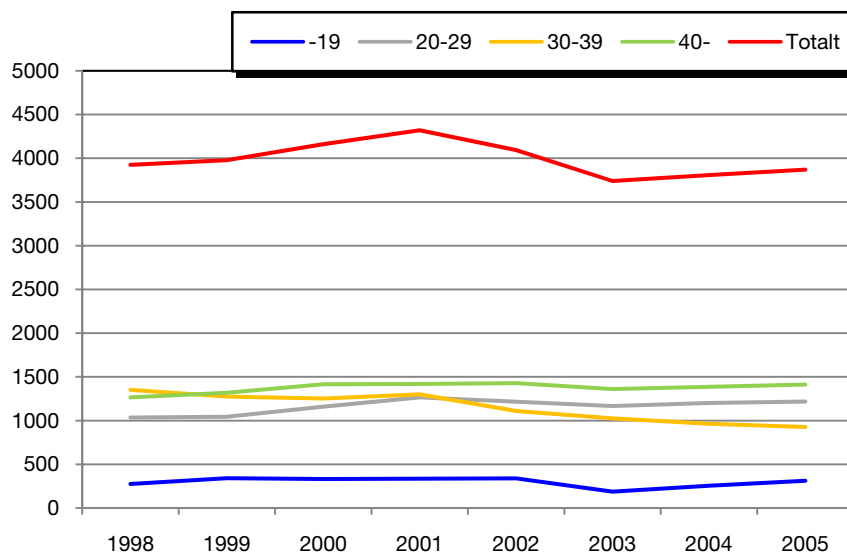
**Diagram 11.** Antal utskrivna manliga patienter i olika åldrar med narkotikamissbruk som huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 6)



**Diagram 12.** Antal utskrivna patienter med narkotikamissbruk som huvuddiagnos. Kvinnor, män och totalt. 1998–2005. (Tabell 7)



**Diagram 13.** Antal utskrivna kvinnliga patienter i olika åldrar med narkotikamissbruk som huvuddiagnos. 1998–2005. (Tabell 7)



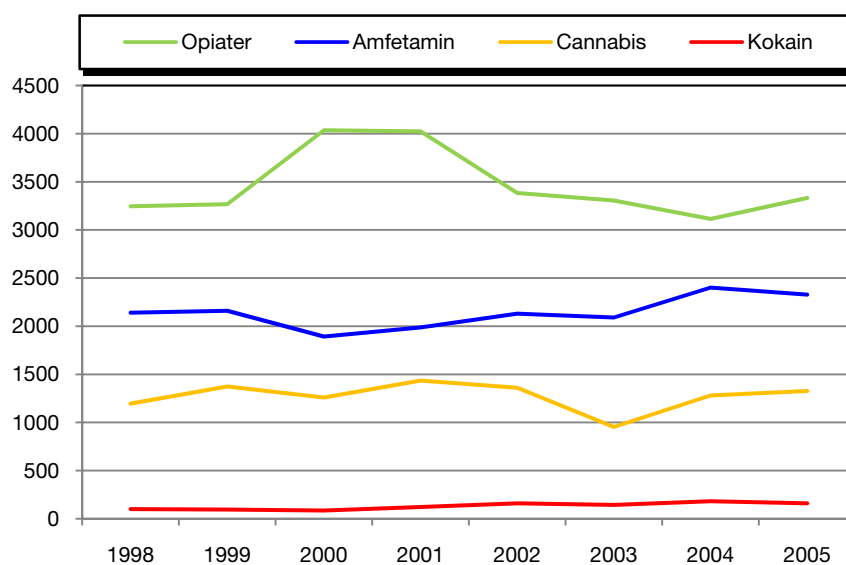
**Diagram 14.** Antal utskrivna manliga patienter i olika åldrar med narkotikamissbruk som huvuddiagnos. 1998–2005. (Tabell 7)



Ungefär tre fjärdedelar av dem som skrivits ut med diagnosen narkotikamissbruk hade detta som huvuddiagnos (diagram 12, tabell 7). I övrigt kan konstateras att kurvorna inte visar några dramatiska och plötsliga hopp samt att de är likartade som för det totala antalet utskrivningar. Även en uppdelning på olika åldersgrupper visar en likartad bild. Detta gäller såväl bland kvinnorna (diagram 13, tabell 7) som bland männen (diagram 14, tabell 7).

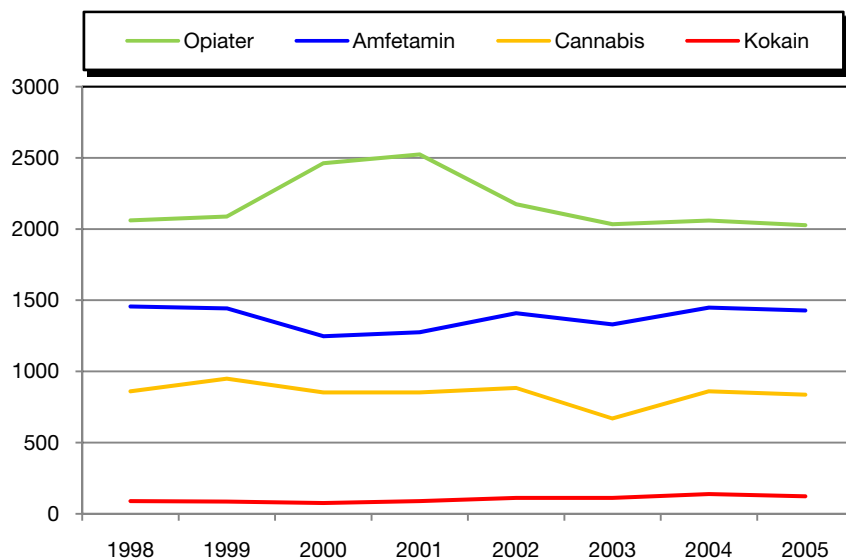
### *En jämförelse med opiater, amfetamin och cannabis*

Utvecklingen av kokainets betydelse som sjukdomsorsak kan också ställas i relation till andra narkotiska preparat. Den vanligaste centralstimulantian i Sverige är amfetamin<sup>1</sup> och den vanligast förekommande narkotikan är cannabis. Opiaterna står emellertid för störst andel vårdtillfällen inom slutenvården av de redovisade kategorierna. I diagrammen 15 (tabell 8) och 16 (tabell 9) redovisas antalet utskrivningar respektive patienter inom sjukvården där någon diagnos innefattat något av preparaten.



**Diagram 15.** Antal utskrivningar med opiater, amfetamin (centralstimulantia), cannabis eller kokain i huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 8)

<sup>1</sup> Sjukdomsklassifikationen ICD-10 särskiljer inte amfetamin från andra stimulantia (se bilaga) men här görs ett antagande om att diagnosen i allt väsentligt avser amfetamin.



**Diagram 16.** Antal utskrivna patienter med opiater, amfetamin (centralstimulantia), cannabis eller kokain i huvud- eller bidiagnos. 1998–2005. (Tabell 9)

Opiater dominerar således bland dem som vårdas även om en viss minskning kan noteras efter toppåret 2001. Antal patienter med amfetamindiagnos ligger på en avsevärt högre nivå än kokain och en viss ökning har skett sedan 2001. Kokain ökar också men från en betydligt lägre nivå. Cannabis står för ett icke oansenligt antal diagnoser men är ändå ovanligt inom slutenvården relativt dess utbredning.

## Patienter med kokain- respektive narkotikadiagnos

Under perioden 1998–2005 har det totala antalet utskrivningar med huvud- eller bidiagnosen kokainmissbruk varierat mellan 85 och 182 medan det totala antalet utskrivningar med någon form av narkotikadiagnos varierat mellan ca 14 200 och ca 15 500. Antalet vårdade för kokainmissbruk är således försvinnande litet i relation till alla som vårdats med någon narkotikadiagnos. Även i relation till andra enskilda preparat har kokain liten betydelse som sjukdomsorsak.

Kurvan över det totala antalet utskrivna 1998–2005 för kokainmissbruk är relativt oregelbunden, vilket i än större utsträckning gäller vid uppdelning på olika köns-, ålders- och diagnosgrupper, jämfört med de förhållandevis jämna kurvorna för det totala antalet vårdade med någon diagnos för narkotikamissbruk. Med beaktande av den stora skillnaden i antalet vårdade för kokain-

missbruk respektive narkotikamissbruk är detta inte oväntat eftersom små tal påverkas lättare och relativt sett mer av slumpmässiga eller andra tillfälliga förändringar.

Trots det begränsade antalet personer som skrivits ut med diagnosen kokainmissbruk kan det konstateras att könsmönstret är likartat det man finner bland alla som vårdats för narkotikamissbruk, nämligen att detta gäller betydligt fler män än kvinnor.

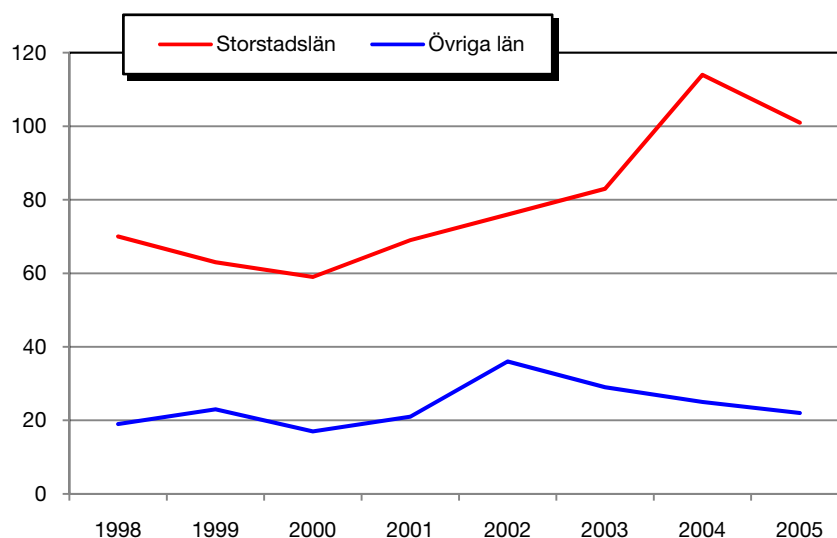
Däremot återfinns inte likartade mönster när de båda materialen delas upp i olika åldersgrupper. Såväl bland männen som bland kvinnorna som skrivits ut med diagnosen narkotikamissbruk gäller att antalet är störst i den äldsta åldersgruppen (40– år) och lägst i den yngsta (–19 år). Något likartat entydigt mönster finns inte bland dem som vårdats för kokainmissbruk.

En jämförelse mellan dem som skrivits ut med diagnosen kokainmissbruk med alla som vårdats för narkotikamissbruk visar, vilket nämnts tidigare, att de med kokaindiagnos har genomsnittligt väsentligt färre antal vårdtillfällen per år (1,27) jämfört med de som vårdats för någon narkotikadiagnos överhuvudtaget (1,66). Motsvarande värden med avseende på de andra preparaten (amfetamin, cannabis och opiater) ligger i regionen 1,5–1,6 vårdtillfällen per person och år. Det kan indikera att de som vårdas för kokaindiagnoser inte har samma vårdbehov som övriga diagnosgrupper. Åldersstrukturen ser också annorlunda ut bland personer med kokaindiagnos med färre patienter i den äldsta åldersgruppen.

## Geografisk fördelning av kokaindiagnoserna

En vanlig föreställning är att kokain företrädesvis används av storstadsbor. En tudelning av diagnosstatistiken i två grupper, den ena bestående av Stockholm, Skåne och Västra Götalands län och den andra av övriga län, visar att majoriteten av patienterna finns i storstadslänen (diagram 17, tabell 10).

Utvecklingen tyder också på att kokaindiagnoserna blivit vanligare i storstadslänen över tid. Motsvarande utveckling står inte att finna bland övriga län där en förhållandevis låg nivå kan noteras under den studerade perioden. Till saken hör att befolkningmängden i de tre storstadslänen sammantaget är i stort sett densamma som i övriga län. Detta förstärker bilden av kokain som en storstadsföreteelse.



**Diagram 17.** Geografisk fördelning av personer utskrivna med kokainrelaterade diagnoser. 1998–2005. (Tabell 10)

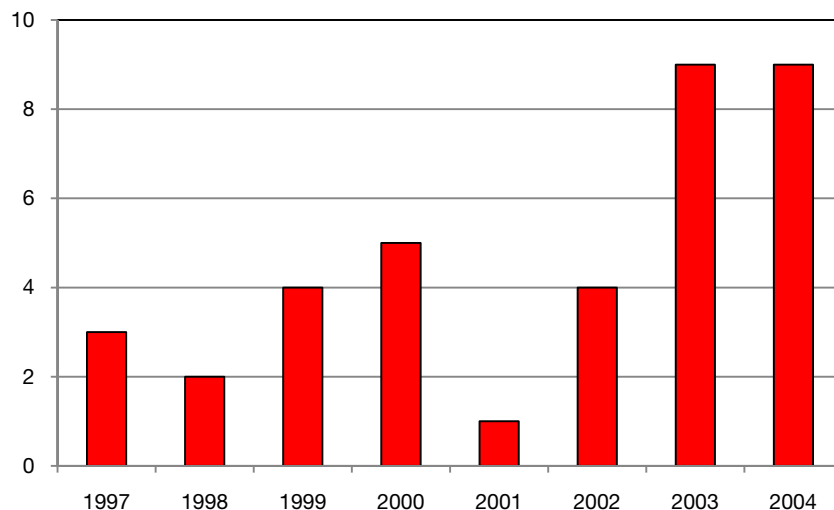
## Kokainrelaterade dödsfall

Uppgifter om kokainrelaterade dödsfall hämtas från dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (EpC). Utvecklingen av dödligheten 1997–2004 där kokain bidragit till dödsfallet framgår av diagram 18 och tabell 11. Antalet årliga kokaindödsfall är, i relation till den totala dödligheten i narkotikarelaterade dödsorsaker, förhållandevis litet och varierar mellan ett och nio. Värdena för de senast registrerade åren befinner sig dock på en högre nivå jämfört med tidigare då endast enstaka dödsfall registrerades. Åren 2003 och 2004 registrerades vardera 9 dödsfall.

Det kan vara värt att påpeka att dessa dödsfall inte nödvändigtvis innebär att personerna avlidit som en direkt följd av kokainanvändning. Redovisningen inkluderar både underliggande och bidragande dödsorsaker<sup>2</sup>.

Motsvarande antal för det totala antalet narkotikarelaterade dödsfall varierar under samma period mellan 335 och 403.

<sup>2</sup> Underliggande dödsorsak är enligt WHO a) den sjukdom eller skada som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden eller b) de omständigheter vid olyckan eller våldshandlingen som framkallade den dödliga skadan. Är dödsorsaken varken underliggande eller en komplikation kallas den bidragande dödsorsak.



**Diagram 18.** Antal kokainrelaterade dödsfall. 1997–2004. (Tabell 11)

En närmare analys av dödsorsakerna visar att de ofta har en underliggande dödsorsak som inte varit kokainrelaterad. Kokainet har således primärt haft en bidragande roll. Av de totalt 37 dödsfallen 1997–2004 hade den underliggande dödsorsaken ett uttalat samband med kokain i endast ett fall. I 25 fall var dödsorsaken förgiftning av narkotiska preparat, med något undantag oavsiktliga. Som regel förekom flera preparat parallellt med kokainet, vanligtvis opiater, alkohol eller sömnmedel. I fem dödsfall var den underliggande dödsorsaken olyckor, oftast i form av trafikolyckor. I några fall var den underliggande orsaken lunginflammation.

Av de 37 avlidna var tre kvinnor. Kvinnorna syns i dödsorsaksstatistiken först och endast 2003, av vilket följer att samtliga avlidna både före och efter det året var män.

Medelåldern bland de avlidna under perioden uppgick till 30 år. Fördelningen med få dödsfall i början av perioden och fler mot slutet gör att en analys av förändringar av medelåldern inte blir speciellt meningsfull.

## *Sammanfattande kommentarer*

En inläggning på sjukhus där kokainmissbruk ingått som diagnos innebär att en läkare har bedömt patientens situation som så allvarlig att vederbörande behöver vård. Behandlingsstatistiken kan därför ge ett bidrag till samhällets kunskap om kokainmissbruk. Det bör emellertid observeras att slutenvårds-

statistiken, liksom all annan statistik, innehåller mörkertal. Ett exempel är att det naturligtvis bara är en liten andel av alla som använt narkotika som behöver, och kommer i kontakt med, slutenvården.

Tyvär saknas det uppgifter om antalet som vårdats för kokainmissbruk inom landstingens öppenvård. Ett rimligt antagande är dock dels att de är betydligt fler än de som vårdats inom slutenvården och dels att det i regel bara är de allvarligaste fallen som läggs in för vård. Statistiken från slutenvården säger således bara något om antalet som varit i störst behov av vård och detta antal torde i sin tur kunna påverkas av hur väl öppenvården fungerar och hur detta förändras över tid.

En annan aspekt att beakta när det gäller att bedöma slutenvårdsstatistikens värde som indikator är att antalet vårdade inte bara kan anses återspegla antalet vårdbehövande utan också påverkas av vårdens tillgänglighet, det vill säga av antalet tillgängliga vårdplatser och om det förändras över tid. Det finns således inget enkelt och entydigt svar på frågan om ett ökat antal vårdade återspeglar ett ökat vårdbehov eller en ökad vårdtillgänglighet (och motsvarande när värdena sjunker). Med beaktande dels av att det är relativt många som under åren 1998 till 2005 slutenvårdats och där narkotika ingått i sjukdomsbilden (ca 8 000–9 000 per år) och dels att detta antal varit av ungefär samma storleksordning alla år, så finns det inga direkta indikationer på några stora och hastiga förändringar i det totala vårdutbudet under den aktuella perioden.

I genomsnitt är det ca 100 personer som årligen skrivits ut med någon koka-indiagnos, varav ett 40-tal haft detta som huvuddiagnos. Dessa förhållandevis låga tal kan påverkas i betydligt större utsträckning av slumpmässiga eller tillfälliga faktorer än uppgifterna om totala antalet utskrivna för narkotikamissbruk. Influensen av slumpmässiga faktorer blir än större när man studerar olika undergrupper. Som exempel kan nämnas att förändringarna i totalkurvan för antalet utskrivna kvinnor med diagnosen kokainmissbruk endast återspeglar förändringar i den yngsta åldersgruppen (–19 år), medan värdena i de övriga åldersgrupperna varit relativt oförändrade (diagram 3, tabell 2).

Trots att uppgifterna om antalet utskrivningar från slutenvården med diagnosen kokainmissbruk är svårtolkade så torde man kunna dra några försiktiga slutsatser:

- Antalet personer som vårdats inom slutenvården där kokainmissbruk ingått utgör endast en mycket liten andel av samtliga som vårdats för narkotikamissbruk (1,4 procent 2005). Även sett i relation till andra narkotiska preparat är kokain ovanligt.
- Även för antalet döda där narkotikamissbruk ingått gäller att de som avlidit och där kokainmissbruk förekommit utgör en mycket liten andel av samtliga som avlidit med en narkotikarelaterad dödsorsak. En viss ökning

kan dock noteras de senast registrerade åren, till skillnad från den totala narkotikarelaterade dödligheten som minskat.

- Antalet män som skrevs ut med en kokainmissbruksdiagnos har inte utvecklats på något kontinuerligt och enhetligt sätt. Det kan dock konstateras att antalet är högre vid slutet än i början av perioden 1998–2005.
- Även bland kvinnorna är antalet utskrivna högre i slutet än i början av perioden, men detta återspeglar i första hand förändringar i en enda åldersgrupp (–19 år). Bland kvinnor 20 år och äldre är mönstret relativt stabilt under perioden.
- Det är fler män än kvinnor som vårdats för kokainmissbruk. I den yngsta åldersgruppen (–19) är bilden de senaste åren dock den omvända.
- Personer med kokaindiagnos är vanligare i storstadslänen (Stockholm, Västra Götaland och Skåne).

Uppgifterna om antalet som vårdats för kokainmissbruk är så osäkra att de, i alla fall under en kort tidsperiod och så länge antalet patienter är förhållandevis litet, inte kan ses som någon bra indikator på utvecklingen av kokainmissbruket. Däremot ger de värdefull information som komplement till andra tillgängliga data och, inte minst, om kokainets hälsokonsekvenser.

**Tabell 1.** Antal utskrivningar med kokainmissbruk som huvud- eller bidiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	3	11	6	9	28	5	17	28	21	71	99
1999	3	11	3	12	28	3	24	22	17	64	92
2000	3	11	6	10	30	2	19	20	14	54	84
2001	19	8	6	18	51	9	15	19	27	70	121
2002	37	12	9	10	67	27	16	22	27	88	155
2003	6	11	11	12	38	6	36	31	30	103	141
2004	24	14	14	4	55	12	56	24	34	124	179
2005	27	13	15	7	61	21	23	20	35	94	155

a) ICD-10: F14.0–9, T40.5.

**Tabell 2.** Antal utskrivna individer med kokainmissbruk som huvud- eller bidiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	3	10	6	6	25	5	17	24	18	64	89
1999	3	10	3	10	26	2	22	19	17	60	86
2000	3	9	5	9	26	2	19	15	14	50	76
2001	9	7	6	13	35	4	10	17	24	55	90
2002	15	11	9	8	43	15	14	17	23	69	112
2003	5	10	9	11	35	6	27	21	23	77	112
2004	16	13	9	4	42	6	41	21	29	97	139
2005	21	11	9	7	47	13	19	18	25	75	123

a) ICD-10: F14.0–9, T40.5.



**Tabell 3.** Antal utskrivningar med kokainförgiftningsdiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
1999	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
2000	1	0	0	0	1	0	4	1	0	5	6
2001	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2
2002	1	1	0	0	2	1	3	0	1	5	7
2003	1	2	2	3	8	1	6	2	3	12	20
2004	1	1	0	1	3	1	7	3	2	13	16
2005	0	4	0	0	4	0	1	3	0	4	8

a) ICD-10: T40.5.

**Tabell 4.** Antal utskrivna individer med kokainmissbruk som huvuddiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	-19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	1	3	1	4	9	2	6	10	9	27	36
1999	3	6	2	3	14	1	7	7	6	21	35
2000	0	5	4	4	13	0	8	8	3	19	32
2001	7	6	1	5	19	1	5	5	8	19	38
2002	3	3	6	1	13	2	6	7	5	20	33
2003	1	3	4	2	10	2	15	12	10	39	49
2004	3	5	1	3	12	1	14	9	7	31	43
2005	3	5	4	2	14	3	4	6	8	21	35

a) ICD-10: F14.0–9, T40.5.

**Tabell 5.** Antal utskrivningar med narkotikamissbruk som huvud- eller bidiagnos<sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	380	1140	1527	2168	5215	462	1996	3345	3280	9083	14298
1999	410	1113	1453	2133	5109	534	2098	3101	3355	9088	14197
2000	453	1205	1390	2269	5317	576	2284	3024	3630	9514	14831
2001	673	1273	1386	2297	5629	766	2578	3012	3553	9909	15538
2002	584	1187	1328	2213	5312	673	2437	2678	3700	9488	14800
2003	421	1194	1242	2281	5138	302	2381	2515	4128	9326	14464
2004	543	1169	1164	2178	5054	454	2568	2314	4095	9431	14485
2005	529	1315	1071	2305	5220	592	2638	2344	4118	9692	14912

a) ICD-10: F11–16.0–9, F18–19.0–9, O35.5, P04.4, T40.1–9, T43.6, Z50.3, Z71.5.

**Tabell 6.** Antal utskrivna individer med narkotikamissbruk som huvud- eller bidiagnos<sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	296	719	913	1468	3396	312	1231	1808	1973	5324	8720
1999	319	700	861	1477	3357	372	1242	1664	2031	5309	8666
2000	341	752	827	1562	3482	373	1371	1630	2128	5502	8984
2001	422	780	808	1530	3540	388	1501	1652	2148	5689	9229
2002	422	753	782	1494	3451	407	1457	1486	2190	5540	8991
2003	354	766	720	1493	3333	251	1405	1377	2234	5267	8600
2004	405	741	667	1436	3249	310	1513	1325	2267	5415	8664
2005	394	730	621	1474	3219	381	1504	1260	2302	5447	8666

a) ICD-10: F11–16.0–9, F18–19.0–9, O35.5, P04.4, T40.1–9, T43.6, Z50.3, Z71.5.

**Tabell 7.** Antal utskrivna individer med narkotikamissbruk som huvuddiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Kvinnor					Män					Totalt båda könen
	Ålder					Ålder					
	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	–19	20–29	30–39	40–	Totalt	
1998	253	594	680	1004	2531	275	1034	1351	1265	3925	6456
1999	276	588	657	1016	2537	341	1043	1275	1319	3978	6515
2000	289	637	641	1072	2639	332	1160	1253	1416	4161	6800
2001	354	668	619	1075	2716	335	1266	1300	1419	4320	7036
2002	348	641	593	1034	2616	339	1217	1109	1429	4094	6710
2003	286	604	558	970	2418	188	1166	1025	1361	3740	6158
2004	330	582	521	934	2367	255	1201	964	1387	3807	6174
2005	313	596	467	999	2375	312	1218	927	1412	3869	6244

a) ICD-10: F11–16.0–9, F18–19.0–9, O35.5, P04.4, T40.1–9, T43.6, Z50.3, Z71.5.

**Tabell 8.** Antal utskrivningar med opiat-, amfetamin-, cannabis- och kokainrelaterade diagnoser som huvud- eller bidiagnos <sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Opiater	Amfetamin (centralstimulantia)	Cannabis	Kokain
1998	3245	2141	1196	100
1999	3267	2161	1374	95
2000	4036	1893	1260	85
2001	4024	1987	1435	121
2002	3384	2130	1361	160
2003	3306	2090	954	143
2004	3114	2401	1280	182
2005	3332	2328	1328	161

a) ICD-10: Kokain: F14.0–9, T40.5. Cannabis: F12.0–9, T40.7. Amfetamin m.m.: F15.0–9, T43.6. Opiater: F11.0–9, T40.0–3.

**Tabell 9.** Antal utskrivna individer med opiat-, amfetamin-, cannabis- och kokainrelaterade diagnoser som huvud- eller bidiagnos<sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Opiater	Amfetamin (centralstimulantia)	Cannabis	Kokain
1998	2062	1456	861	89
1999	2089	1443	950	86
2000	2462	1248	853	76
2001	2524	1276	853	90
2002	2175	1409	885	112
2003	2035	1331	670	112
2004	2060	1448	861	139
2005	2028	1428	837	123

a) ICD-10: Kokain: F14.0–9, T40.5. Cannabis: F12.0–9, T40.7. Amfetamin m.m.: F15.0–9, T43.6. Opiater: F11.0–9, T40.0–3.

**Tabell 10.** Geografisk fördelning av personer med kokainrelaterade diagnoser<sup>a)</sup>. 1998–2005.

År	Storstadslän	Övriga län	Totalt
1998	70	19	89
1999	63	23	86
2000	59	17	76
2001	69	21	90
2002	76	36	112
2003	83	29	112
2004	114	25	139
2005	101	22	123

a) ICD-10: F14.0–9, T40.5.

**Tabell 11.** Antal kokain- och narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak <sup>a)</sup>. 1997–2004.

År	Kokain	Narkotika totalt
1997	3	335
1998	2	341
1999	4	353
2000	5	403
2001	1	403
2002	4	391
2003	9	385
2004	9	362

a) Kokain; F14 och t.40.5. Narkotikarelaterade dödsorsaker: F11–F16, F18–19.0–9, O35.5, P04.4, T40.0–3, T40.5–9, T43.6, Z50.3, Z71.5.

## Diagnosnummer enligt ICD-10

Samtliga nedanstående diagnoser utgör narkotikadiagnoser medan diagnosnumren F14.0–9 och T40.5 är kokaindiagnoserna. Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein (amfetamin m m): F15.0–9 och T43.6. Cannabisdiagnoser: F12.0–9 och T40.7. Opiatdiagnoser: F11.0–9 och T40.0–3.

### **F11–F16, F18, F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av**

F11.0–9 Opiater  
F12.0–9 Cannabis  
F13.0–9 Sedativa eller hypnotika  
F14.0–9 Kokain  
F15.0–9 Andra stimulantia, däribland koffein  
F16.0–9 Hallucinogener  
F18.0–9 Flyktiga lösningsmedelpsykoaktiva substanser  
F19.0–9 Flera droger i kombination eller av andra psykoaktiva substanser

### **Följande fjärdepositioner används för kategorierna F10–F19**

.0 Akut intoxication  
.1 Skadligt bruk  
.2 Beroendesyndrom  
.3 Abstinens  
.4 Abstinens med delirium  
.5 Psykotisk störning  
.6 Amnesisyndrom  
.7 Psykotisk störning som restillstånd eller med sen debut  
.8 Andra specificerade psykiska störningar och beteendestörningar  
.9 Psykisk störning och beteendestörning, ospecificerad

### **O35.5 Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel**

### **P04.4 Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern**

### **T40 Förgiftning med narkotiska eller psykodysleptiska medel**

T40.1 Heroin  
T40.2 Codein eller morfin  
T40.3 Metadon  
T40.5 Kokain  
T40.6 Andra och ospecificerade narkotika  
T40.7 Cannabis  
T40.8 LSD  
T40.9 Hallucinogener

### **T43.6 Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk**

### **Z50.3 Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare**

### **Z71.5 Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk**

# Kokain i lagföringsstatistiken

*Erik Fender*

## *Inledning*

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) redovisar sedan 1996 statistik över personer som lagförts för narkotikabrott i Sverige. Statistiken ger inte en fullständig beskrivning av den faktiska narkotikabrottsligheten eftersom endast den del av brottsligheten som konstateras genom lagföring redovisas. Det är framför allt genom polisens och tullens arbete som narkotikabrotten uppdagas och därför påverkas statistiken av myndigheternas prioriteringar. Statistiken underskattar narkotikabrottslighetens volym men kan ge en bild av utvecklingen av förekomsten av olika preparat.

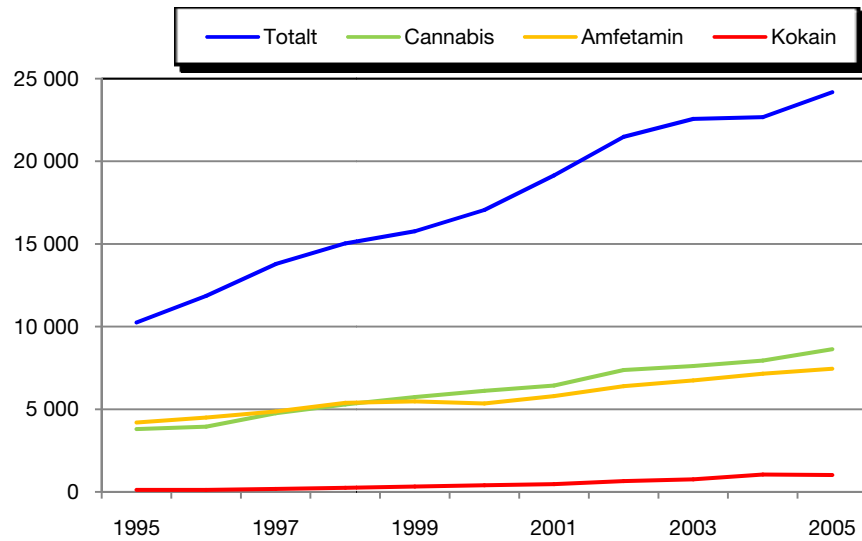
I detta avsnitt redovisas det totala antalet lagförda samt en grov regional uppdelning. Förutom denna redovisning är det möjligt att fördela materialet på kön och ålder. Vi har emellertid avstått från detta i nuläget eftersom det skulle kräva kompletterande datakörningar från Brå.

Med lagföring avses godkända strafförelägganden (böter och/eller villkorlig dom utfärdade av åklagare som godkänts av den lagförde) och fällande dom.

## *Resultat*

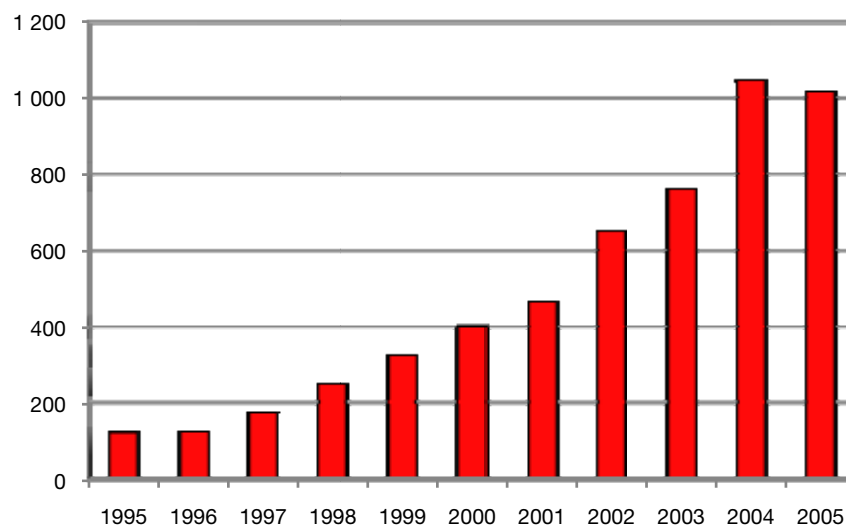
Av de redovisade preparaten är cannabis och amfetamin de vanligaste bland personer som lagförts för narkotikabrott (diagram 1 och tabell 1). Mellan åren 1995–2005 kan en viss ökning av kokain urskiljas parallellt med en ökning av det totala antalet narkotikalagföringar. Inom ramen för denna gemensamma trend ökar andelen lagföringar där kokain ingår från att 1995 utgöra en procent till att år 2005 uppgå till fyra procent.

Under perioden 1995–2005 har antalet lagföringar där kokain förekommer mångdubblats; år 1995 var antalet 121 och 2005 1 016 (diagram 2 och tabell 1). Under den redovisade 10-årsperioden blir antalet lagföringar fler för varje år, med undantag för 2005. Om 2005 uppvisar tecken på ett trendbrott återstår att se. Det kan dock konstatera att utplaningen sker efter en kraftig ökning av lagföringar där kokain förekommer och därför bör man vara försiktig



**Diagram 1.** Narkotikapreparat i godkänt strafföreläggande eller dom efter typ av preparat åren 1995–2005. <sup>a)</sup>

a) Om en och samma lagföring innehåller mer än ett preparat redovisas varje enskilt preparat.



**Diagram 2.** Antal lagföringar där kokain ingått 1995–2005.

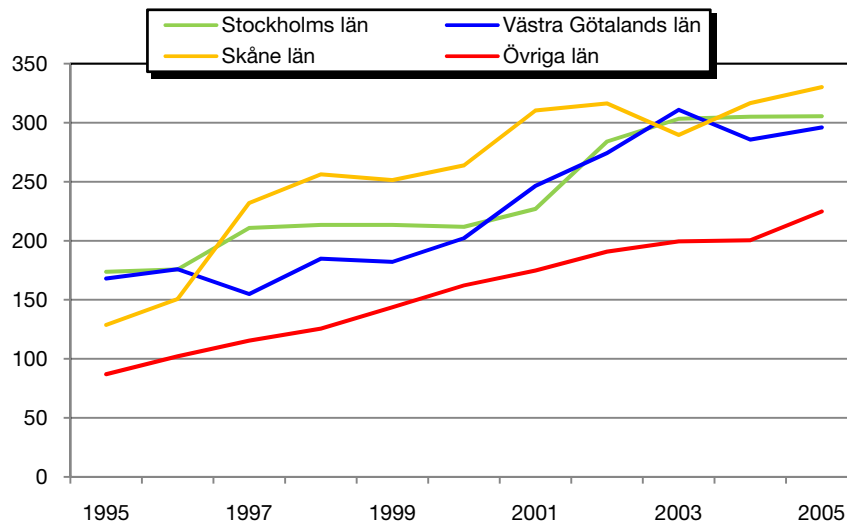


med att redan nu tala om trendbrott. Trots den till synes kraftiga ökningen under den redovisade perioden ska man komma ihåg att kokain, jämfört med andra preparat, fortfarande förekommer mycket sällan i lagföringssammanhang.

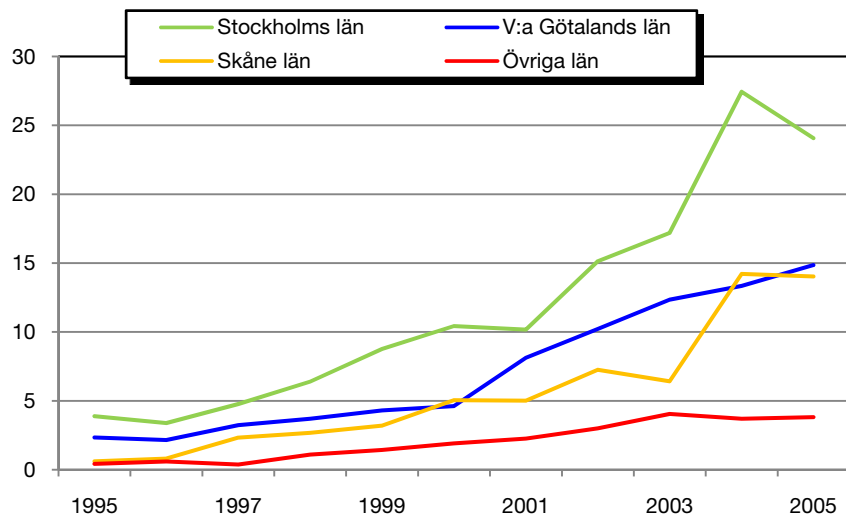
Det totala antalet narkotikalagföringar ökar kraftigt under den redovisade perioden i alla län (diagram 3 och tabell 2). Det kan konstateras att det är vanligare att personer lagförs för narkotikabrott i storstadslän jämfört med övriga län. Diagrammet visar att utvecklingen är likartad för alla typer av län under den redovisade perioden. Den kraftigaste ökningen står Skåne län för där 129 personer per 100 000 invånare lagfördes för narkotikabrott 1995 för att 2005 uppgå till 330 personer. En bidragande orsak till att storstadslänen skiljer sig från övriga län kan vara att mycket av narkotikan förs in i landet via internationella hamnar och flygplatser. Kommer man med bil blir dessutom Skåne, som ligger närmast kontinenten, den naturliga inkörsporten i landet.

Storstadslänen uppvisar en kraftig ökning mellan 1995–2005 av antalet lagföringar där kokain förekommer (diagram 4 och tabell 3). Det står helt klart att kokain i lagföringssammanhang är vanligare i Stockholms län än i övriga län. I Stockholms län var det 2005 nästan 25 lagföringar per 100 000 invånare, i Västra Götalands och Skåne län 15. I övriga län var det knappt 5 lagföringar per 100 000 invånare, vilket visar på en stor skillnad mellan storstadslän och övriga län. Över tid kan man konstatera att det flertalet år varit vanligare med kokainlagföringar i Västra Götalands län jämfört med Skåne län. Detta kan tyda på att städernas storlek har, eller i alla fall har haft, betydelse för antalet lagföringar där kokain ingår.

Det bör observeras att diagrammet visar antal lagföringar per 100 000 invånare och inte antal personer per 100 000 invånare, vilket innebär att en person kan stå för ett flertal lagföringar.



**Diagram 3.** Antal narkotikalagföringar fördelat på region per 100 000 invånare 1995–2005.



**Diagram 4.** Antal lagföringar med kokain fördelat på region per 100 000 invånare 1995–2005.

## Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar brottsstatistiken att antalet lagföringar där kokain förekommer ökade under perioden 1995–2005. Detta skedde till en del inom ramen för en allmän ökning av antalet narkotikarelaterade lagföringar. Under tioårsperioden har dock kokainets andel ökat från en till fyra procent. Det är vanligare att personer blir lagförda för narkotikabrott i storstadslänen jämfört med övriga län. Skillnaden blir ännu större om man begränsar sig till lagföringar där kokain förekommer. Man ska dock komma ihåg att lagföringar där kokain förekommer är ovanliga jämfört med andra preparat som cannabis och amfetamin.

**Tabell 1.** Narkotikapreparat i godkänt strafföreläggande eller dom efter typ av preparat. 1995–2005. <sup>a)</sup>

År	Cannabis	Amfetamin	Kokain	Totalt (alla preparat)
1995	3 795	4 200	121	10 250
1996	3 949	4 497	122	11 859
1997	4 756	4 860	175	13 782
1998	5 287	5 389	248	15 029
1999	5 735	5 472	322	15 773
2000	6 111	5 352	401	17 061
2001	6 432	5 791	466	19 152
2002	7 369	6 397	650	21 484
2003	7 619	6 742	761	22 566
2004	7 940	7 149	1 047	22 670
2005	8 634	7 455	1 016	24 188

a) Om en och samma lagföring innehåller mer än ett preparat redovisas varje enskilt preparat.

**Tabell 2.** Samtliga narkotikapreparat i godkänt strafföreläggande eller dom fördelat på region per 100 000 invånare, 1995–2005.

År	Stockholms län	V:a Götalands län	Skåne län	Övriga län
1995	173,7	167,9	128,8	87,0
1996	175,7	175,8	150,7	102,2
1997	210,8	154,8	232,0	115,4
1998	213,4	184,7	256,3	125,6
1999	213,5	182,0	251,4	143,7
2000	211,8	202,2	263,9	162,3
2001	227,0	246,5	310,4	174,8
2002	284,1	274,3	316,4	190,8
2003	303,4	310,9	289,7	199,5
2004	305,1	285,7	316,6	200,5
2005	305,6	296,0	330,2	224,8

**Tabell 3.** Kokainlagföringar i godkänt strafföreläggande eller dom fördelat på region per 100 000 invånare. 1995–2005.

År	Stockholms län	V:a Götalands län	Skåne län	Övriga län
1995	3,9	2,3	0,6	0,4
1996	3,4	2,2	0,8	0,6
1997	4,8	3,2	2,3	0,4
1998	6,4	3,7	2,7	1,1
1999	8,8	4,3	3,2	1,4
2000	10,4	4,6	5,0	1,9
2001	10,2	8,1	5,0	2,3
2002	15,1	10,2	7,2	3,0
2003	17,2	12,3	6,4	4,0
2004	27,4	13,3	14,2	3,7
2005	24,1	14,9	14,0	3,8

# Sammanfattande kommentarer

*Björn Hibell, Erik Fender, Ulf Guttormsson, Thomas Hvitfeldt*

Det är ofta svårt att beskriva tillstånd och företeelser som innebär brott mot lagar eller normer. Detta är något som man i regel försöker dölja så långt som möjligt, vilket gör det besvärligt att samla data som bygger på att enskilda lag- eller normbrytare själva skall redovisa information som de uppfattar som känslig.

När det gäller frågeundersökningar kan man därför konstatera att de svar man får tenderar att bli mer osäkra ju känsligare frågorna är. Konsumtion av narkotika är exempel på ett ämnesområde som många kan förväntas uppfatta som känsligt.

Även övriga källor om kokain som använts i den här rapporten har specifika metodproblem som gör det svårt att dra några säkra slutsatser. Det gäller bland annat det faktum att många missbrukare inte är kända, och därmed inte registrerade av olika myndigheter samt att den offentliga statistiken ofta påverkas av prioriteringar och resurstilldelning.

Metodproblemen begränsar i första hand möjligheten att bedöma omfattningen av kokainerfarenheten och missbruket. Vissa osäkra uppskattningar av storleksordningen har dock gjorts. Härtill ger tillgängliga data en viss uppfattning om utvecklingen över tid, problemets omfattning jämfört med missbruket av andra narkotiska preparat samt om det är större i vissa grupper än i andra.

## *Kokain i Sverige och andra länder*

Tillgängliga data indikerar att kokain är mindre vanligt i Sverige än i flera andra länder. Detta gäller såväl USA som i många länder i Europa. En annan intressant notering är att kokainpriserna verkar vara högre i Sverige än i många andra länder men att de sedan 1990 har förändrats relativt parallellt i Sverige, Västeuropa och USA.

## *Kokain och annan narkotika*

Det är endast få personer i de redovisade frågeundersökningarna som svarat att de någon gång prövat kokain. Med beaktande av känsligheten i att lämna den typen av uppgifter finns det anledning att betrakta de lämnade uppgifterna som osäkra och att de därför bör tolkas med försiktighet.

En jämförelse med svaren om erfarenheten av andra narkotiska preparat ger dock en kompletterande information om värdet är större eller mindre än för andra preparat. Bilden från de olika undersökningarna är ganska entydig: Kokain tillhör de preparat som endast få personer har svarat att de använt. Cannabis är det i särklass mest använda preparatet, vilket gäller nästan alla som uppger att de använt narkotika. Det näst vanligaste preparatet varierar något mellan olika undersökningar, eller rättare sagt mellan olika åldersgrupper, men dessa andelar är betydligt lägre än dem som gäller för cannabis.

Bilden av att kokain är ett preparat som används betydligt mindre ofta än annan narkotika bekräftas av andra tillgängliga data. Ett exempel är att kokainets andel av de narkotiska preparat som beslagtas är mycket litet. Ett annat exempel som belyser tillgängligheten, och därmed indikerar konsumtionens omfattning i relation till andra preparat, är att uppgiftslämnarna i CANs rapporteringssystem om droger (CRD) rangordnar kokain lågt när det gäller vilka narkotiska preparat som förekommer på orten eller i regionen där de är verksamma.

Bilden av att kokain förekommer relativt sällan jämfört med andra narkotiska preparat framkommer även när det gäller antalet utskrivna från slutenvård med narkotikarelaterade diagnoser och lagföringar där kokain förekommer. I samtliga fall är cannabis vanligast följt av amfetamin.

En slutsats är således att kokain är ovanligt jämfört med vissa andra narkotiska preparat.

## *Förändringar över tid*

Frågeundersökningarna indikerar i flertalet undersökningsserier att kokainanvändningen har ökat. I flera undersökningar finns högre värden i slutet än i början av 1990-talet och i de fall detta kan noteras har det skett parallellt med att det blivit fler som svarat att de använt narkotika. Frågeundersökningar är emellertid ett trubbigt instrument när det gäller att belysa utvecklingen av ovanliga beteenden som kan förväntas vara känsliga att tillstå.

Det finns också andra uppgifter som indikerar att åtminstone tillgängligheten har ökat. Sålunda har antalet beslag av kokain ökat sedan början av 1990-

talet och detta gäller också de beslagtagna kvantiteterna. Tendensen har visserligen varit densamma för andra narkotiska preparat, men ökningen har varit mer betydande för kokain, vilket bidragit till att kokainets andel av samtliga beslag har ökat från en till tre procent.

Under samma period har priset på kokain sjunkit i Sverige, liksom i USA och andra delar av Europa. Priset har visserligen varit relativt stabilt under 2000-talet, men minskningen under 1990-talet indikerar, tillsammans med de ökade beslagen, att tillgängligheten av kokain är högre i dag än i början på 1990-talet. Indikationer på en ökad tillgänglighet av kokain återfinns också i svaren från de lokala och regionala rapportörerna i CRD-systemet.

Även om det inte finns någon enhällig trend när det gäller utvecklingen av antalet som slutenvårdats med någon kokainrelaterad diagnos så kan det konstateras att värdena är högre i slutet än i början av perioden 1998–2005.

Antalet lagföringar för kokain har ökat sedan 1995, vilket har skett inom ramen för en allmän ökning av de narkotikarelaterade lagföringarna. De kokainrelaterades andel av alla lagföringar har dock ökat från en till fyra procent.

Tillgängliga data pekar således i riktning mot att kokain har blivit mer tillgängligt och använts mer under senare år jämfört med mitten på 1990-talet.

## *Kön och ålder*

I befolkningsundersökningarna är det endast någon eller några enstaka procent som har uppgett att de provat kokain. Trots de låga värdena finns det en entydig tendens att det är fler pojkar/män än flickor/kvinnor som har erfarenhet av kokain.

Även i övriga material som innehåller uppgifter om kön visar det sig att kokain förekommer oftare bland män än kvinnor. Detta är emellertid inget som gäller specifikt för kokain. Samma tendens finns för andra narkotiska preparat, varför den könsskillnad som konstaterats för kokain bör ses inom ramen för en allmän tendens att det är fler män än kvinnor som provat och missbrukar narkotika.

Eftersom de olika befolkningsundersökningarna genomförts med olika frågor och datainsamlingsmetoder är det inte relevant att spegla ålderskillnader genom att jämföra olika undersökningar. Skolundersökningarna i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 är dock jämförbara och pekar, inte oväntat, på att det är något fler 18- än 16-åringar som uppgett att de använt kokain. Detta är emellertid inget specifikt för kokain utan gäller också andra narkotiska preparat.

Ungdomsundersökningarna indikerar att andelen som prövat kokain är högre i åldersgruppen 19–21 år än i gruppen 16–18 år. I den senaste undersökningen (från 2003) är värdet än högre bland dem som var 22–24 år.

De tre åldersgrupper som används i frågeundersökningarna av den vuxna befolkningen är än bredare. I de undersökningar som gjordes 1992-2000 är dock värdena i åldersgruppen 30–49 år, i genomsnitt, inte lägre än i gruppen 16–29 år. Däremot är det nästan ingen i gruppen 50–75 år som svarat att de använt kokain.

Bilden av att förhållandevis många som prövat kokain finns i dessa åldrar återkommer i CRD-systemet i vilket rapportörerna bedömer att kokainanvändning i första hand förekommer i åldersgruppen 21–30 år.

Sammanfattningsvis kan konstateras att kokain, liksom narkotika i allmänhet, är vanligare bland män/pojkar än bland kvinnor/flickor. En osäker bedömning som primärt baseras på små tal i frågeundersökningarna pekar på att erfarenhet av kokain primärt förekommer åldrarna 20–49 år, medan data från CRD-systemet indikerar att en aktuell användning av kokain i första hand förekommer i åldersgruppen 21–30 år.

## *Geografisk fördelning*

Frågeundersökningarna visar klart att kokain i första hand förekommer i de tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö. Det finns emellertid även i andra delar av landet, men där är värdena genomgående lägre. Tillgängliga data från frågeundersökningarna pekar på att denna bild inte förändrats i någon större omfattning under det senaste årtiondet.

Antalet beslag av kokain utanför storstadsområdena är högre 2006 än 1992. Ökningen har emellertid varit av ungefär samma storleksordning i de tre storstäderna. Koncentrationen till storstäderna bekräftas således av beslagsstatistiken som visar att bortåt 80 procent av kokainbeslagen görs i storstadsområdena och att denna andel varit ungefär densamma sedan början av 1990-talet.

Bilden är densamma i såväl brottsstatistiken som i patientregistret. Det är sålunda fler som blivit lagförda för kokainrelaterade narkotikabrott i storstäderna än i övriga län. Det är också fler i de tre storstäderna som vårdats för någon kokaindiagnos.

Tillgängliga data indikerar att tillgången på kokain har ökat såväl i storstadsområdena som utanför dessa, men att kokain fortfarande i första hand förekommer i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö.



## *Grupper och miljöer*

Informationen om i vilka grupper och i vilka miljöer som kokain förekommer är mycket begränsad. CRD-systemet innehåller dock vissa bedömningar från ca 200 rapportörer runt om i landet. Enligt såväl de lokala rapportörerna som de regionala på länspolismyndigheterna förekommer kokain i första hand bland personer med andra missbruksproblem och kriminella. Andra grupper som nämns är höginkomsttagare och ungdomsgång.

Det bör observeras att de svars kategorier som rapportörerna hade att välja på inte är helt enhetliga eller heltäckande, vilket gör det svårt att tolka svaren.

Det enda övriga material som innehåller information om vilka grupper som har erfarenhet av kokain är mönstringsundersökningen bland 18-åriga pojkar. I 2006 års undersökning framkom att det bland dem som provat kokain fanns förhållandevis många som hade utländsk bakgrund. Gruppen karaktäriserades vidare av att relativt många inte var nöjda med sina livs- och familjesituationer.

Den information som finns tillgänglig i de båda undersökningarna är så olika till sin karaktär att materialen varken kan sägas bekräfta eller dementera varandra.

När det gäller miljöer där kokain förekommer nämnde CRD-rapportörerna i första hand krogar eller privata fester. Dessa begrepp är mer entydiga varför svaren kan bedömas ge en relativt god bild av rapportörernas uppfattningar.

## *En jämförelse med den förra kartläggningen*

Liksom i den förra kartläggningen i början av 1990-talet (Helling et al 1991) har det inte heller denna gång varit möjligt att göra någon säker bedömning av kokainmissbrukets omfattning. Den beräkning som görs i avsnittet om beslag och priser om att det kokain som finns på marknaden skulle räcka till att ca 20 000 personer kan kokainberusa sig en gång i veckan bör betraktas mer som ett tankeexperiment än som en bedömning av missbrukets omfattning. Beräkningen är gjord under flera osäkra antaganden och tar inte hänsyn till att en del kokain passerar Sverige på väg till andra marknader samt att det förekommer ett visst svinn.

Såväl i början av 1990-talet som nu är erfarenheterna och missbruket av kokain betydligt mindre än för andra narkotiska preparat. Cannabis och amfe-

tamin förekommer till exempel vid båda tillfällena i betydligt större utsträckning än kokain.

Det faktum att det är fler under 2000-talet än i början av 1990-talet som vårdats för kokainmissbruk samt att kokainbeslagen ökat och att dess andel av samtliga beslag stigit från en till tre procent indikerar dock att det är fler nu än för ett femtontal år sedan som missbrukar kokain. Ett ökat missbruk av kokain under åren före kartläggningen förekom också förra gången, vilket pekar på att de tendenser mot ett ökat kokainmissbruk som förekom på slutet av 1980-talet har fortsatt.

I den förra kartlägningsrapporten framhölls att ökningen i första hand var koncentrerad till relativt unga (20–40 år) och socialt väletablerade personer som fanns i den omedelbara omgivningen av dem som tidigare missbrukat kokain, det vill säga en kärna av nöjes- och nattlivets ”innemänniskor” i storstäderna. Tillgängliga data i denna kartläggning talar för att kokainanvändningen fortfarande i stor utsträckning är koncentrerad till restauranglivet och till förhållandevis unga personer.

Liksom förra gången saknas information om i vilken utsträckning kokain spritt sig till andra speciella grupper eller till normalbefolkningen. Det förefaller dock sannolikt att något mer omfattande kokainmissbruk fortfarande inte förekommer bland de tunga narkotikamissbrukarna. En sådan tolkning styrks dels av att de som slutenvårdats med kokaindiagnos sällan tillhör den traditionella missbrukargruppen och dels av att priset på kokain, trots att det är lägre i dag än i början av 1990-talet, fortfarande är högt jämfört med det vanligast förekommande centralstimulerande preparatet amfetamin.

## *Behov av ytterligare kunskap*

Trots att kokain förekommer betydligt mer sällan än andra narkotiska preparat finns det anledning att komplettera den kunskap som framkommit i denna kartläggning av tillgängliga data. Ett skäl är att kokain är vanligare i dag än i början på 1990-talet. En annan orsak kan vara den glamour som ofta förknippas med kokain som en drog för framgångsrika personer i attraktiva miljöer, vilket skulle kunna utgöra en lockelse för andra grupper.

Det finns därför anledning att inte bara följa utvecklingen med intresse utan också att försöka skapa en säkrare bild av vilka det egentligen är som använder kokain. Ett sätt att öka kunskapen skulle kunna vara att intervjua personer som vårdas för kokainmissbruk. Ytterligare ett exempel är någon form av undersökning bland dem som lagförts för narkotikabrott där kokain förekommit. En grupp med en stor kunskap om kokain är den stora majoritet som prövat kokain men som inte är registrerade av samhället (det vill säga ”vanli-

ga användare”). De är visserligen inte enkla att identifiera, men i en sådan undersökning skulle man kunna använda snöbollsteknik för att hitta möjliga informanter (idén med snöbollsteknik är enkelt uttryckt att en intervjuperson tipsar om ytterligare användare av vilka några väljs ut för intervju). En annan grupp i vilken det finns fördjupad kunskap om kokain är personer som vistas i miljöer där kokain är vanligt.

CANs rapporteringssystem om droger (CRD) skulle även framgent kunna innehålla specialfrågor om kokain. Förutom den ökade kunskap detta skulle kunna ge i sig, skulle svaren kunna bli en utgångspunkt för uppföljningar bland personer som lämnat speciellt intressant information.

## *Några slutsatser i punktform*

- Kokain förekommer sannolikt i större omfattning i dag än i början av 1990-talet, men är fortfarande ovanligt jämfört med i första hand cannabis och amfetamin.
- Priset på kokain, liksom för annan narkotika, sjönk under 1990-talet, men har sedan dess varit relativt oförändrat. En liknande trend finns såväl i andra europeiska länder som i USA, även om prisnivån är högre i Sverige.
- Liksom i kartläggningen i början av 1990-talet tillåter tillgänglig information ingen säker bedömning av kokainmissbrukets omfattning.
- Kokain förekommer oftare bland män/pojkar än bland kvinnor/flickor.
- Bland 18-åriga mönstrande pojkar är erfarenheten av kokain förhållandevis stor bland personer med utländsk bakgrund samt bland dem som är missnöjda med sin livs- och familjesituation.
- Kokain tycks förekomma mest i anslutning till krogar och andra festmiljöer och företrädesvis ofta bland relativt unga personer. Detta utesluter inte att kokain kan förekomma i andra grupper, men tillgängliga data är för begränsade för att tillåta några sådana slutsatser.
- Liksom i den förra kartläggningen förekommer kokain främst i storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö, men finns också i andra delar av landet.
- Med beaktande av den ökade kokainanvändningen och den glamour som förknippas med kokain finns det anledning att vara vaksam på utvecklingen.

- Kompletterande kunskap om kokainets utbredning skulle kunna erhållas genom specialundersökningar av personer som använder kokain, t ex slutenvårdade med kokaindiagnos, personer som använder kokain under ”kontrollerade former” och andra nyckelgrupper. Ytterligare exempel kan vara domsundersökningar och uppföljningar av information som samlas in via CANs rapporteringssystem om droger (CRD).

## *Referenser*

Helling S, Olsson B och Thelin A (1991): *Kokain i Sverige*. CANs rapportserie nr 18. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

# Tidigare rapporter

- Nr 69** Skolelevers drogvanor 2002
- Nr 70** Svenska elevers drogvanor från sexan till nian
- Nr 71** Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2003
- Nr 72** Spelmissbruk bland ungdomar
- Nr 73** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2003
- Nr 74** Mönstrandres drogvanor 2002
- Nr 75** Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar
- Nr 76** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under hösten 2003
- Nr 77** Skolelevers drogvanor 2003
- Nr 78** Mönstrandres drogvanor 2003
- Nr 79** Uppföljning och utvärdering av insatserna mot svartspit
- Nr 80** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2003
- Nr 81** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2004
- Nr 82** Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004
- Nr 83** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under hösten 2004
- Nr 84** Skolelevers drogvanor 2004
- Nr 85** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2004
- Nr 86** Mönstrandres drogvanor 2004
- Nr 87** Drogvanor i gymnasiet år 2, 2004
- Nr 88** Alkohol- och narkotikamissbruk bland invandrare
- Nr 89** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2005
- Nr 90** Skolelevers drogvanor 2005
- Nr 91** Drogutvecklingen i Sverige 2005
- Nr 92** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under hösten 2005
- Nr 93** Drug Trends in Sweden 2005
- Nr 94** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2005
- Nr 95** Mönstrandres drogvanor 2005
- Nr 96** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 97** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 98** Drogutvecklingen i Sverige 2006
- Nr 99** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2006
- Nr 100** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg sommarhalvåret 2006
- Nr 101** Kartläggning av narkotikapolitiska handlingsplaner i kommuner och stadsdelar
- Nr 102** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2006
- Nr 103** Skolelevers drogvanor 2006
- Nr 104** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 105** Mönstrandres drogvanor 2006
- Nr 106** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 107** Drogutvecklingen i Sverige 2007
- Nr 108** Skolelevers drogvanor 2007

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, har till uppgift att sprida information om alkohol, narkotika och andra droger till alla som arbetar inom drogområdet. Det gör vi genom att samla in och bearbeta fakta som vi sedan sprider via olika publikationer, kurser, konferenser och webbplatser samt via vårt bibliotek.



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning  
Box 70412, 107 25 Stockholm, Klara Norra Kyrkogata 34,  
Tel 08-412 46 00 Fax 08-10 46 41, e-post [can@can.se](mailto:can@can.se), [www.can.se](http://www.can.se)