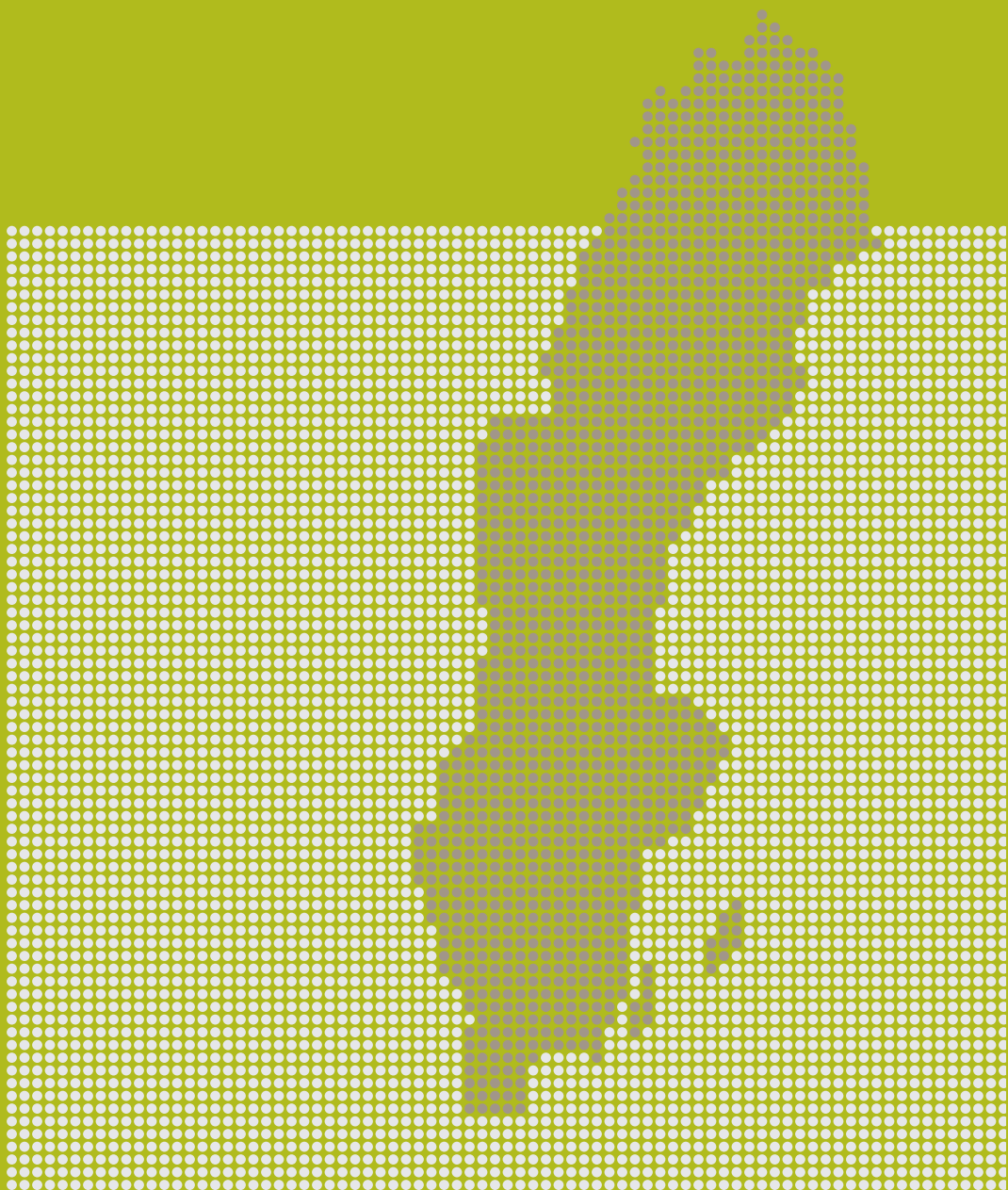


**Drogutvecklingen i Sverige 2019**  
CAN rapport 180



**Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN**

ISSN 0283-1198

ISBN 978-91-7278-295-2 (pdf)

URN:NBN:se:can-2019-2 (pdf)

# **Drogutvecklingen i Sverige 2019**

**– med fokus på narkotika**



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport 180

Stockholm 2019

# Innehåll

Inledning och innehåll .....	3
Sammanfattning .....	4
Alkoholutvecklingen .....	4
Narkotikautvecklingen .....	4
Sniffningsutvecklingen .....	7
Dopningsutvecklingen .....	7
Tobaksutvecklingen .....	7
Narkotikautvecklingen.....	9
Inledning .....	9
Narkotikatillgängligheten .....	11
Narkotikaanvändningen .....	19
Utvecklingen av den problematiska narkotikaanvändningen .....	26
Vård, sjuklighet och dödlighet .....	35
Internationell jämförelse .....	41
Referenser.....	43

# Inledning och innehåll

CAN har alltsedan 1970-talets början utgett översikter över alkohol- och narkotikasituationen. Dessa rapporter har under åren successivt utökats, bland annat med kapitel om tobaks-, sniffnings- respektive dopningsutvecklingen. Den senaste fullutgåvan av Drogutvecklingen i Sverige publicerades 2014 (CAN-rapport 144). Därefter har en kortversion på engelska publicerats (CAN-rapport 163 och svensk version i nummer 164). Fullversioner av denna rapportserie publiceras således inte längre årligen.

Denna rapport är en uppdatering av den föregående kortversionen, men med ett fullständigt kapitel som beskriver narkotikautvecklingen. Utöver detta kapitel innehåller rapporten även uppdaterade sammanfattningar för de övriga fyra substanserna som nämnts ovan. Tony Nilsson har ansvarat för uppgifterna gällande alkohol, Martina Zetterqvist har ansvarat för tobak och Ulf Guttormsson för informationen gällande narkotika, sniffning och dopning. En gemensam referenslista för alla fem substansområden finns i slutet av denna rapport.

Till rapporten hör även ett fyrtiotal figurer i Powerpointformat liksom en tabellbilaga i Excelformat med hundratalet tabeller. Dessa bilagor kan laddas ned från CAN:s hemsida. Tabellbilagan innehåller dessutom ett antal kommentarer av metodologisk natur. För den som vill ha en mera utförlig metodologisk diskussion gällande de datamaterial som utgör underlag för bedömningarna i rapporten hänvisas till *Drogutvecklingen i Sverige 2014*. Denna rapport har producerats med finansiering av CAN:s basanslag från Socialdepartementet.

# Sammanfattning

Denna rapport har utförligt berört narkotikautvecklingen i ett separat kapitel medan de följande sammanfattningarna för alkohol, tobak, sniffning och dopning endast bygger på uppdateringar av tabellbilagan och källor som använts i tidigare fullversioner av Drogutvecklingen i Sverige.

Kortfattat kan nämnas att alkoholkonsumtionen i befolkningen i Sverige har minskat sedan mitten av 00-talet. Bland tonåringar är dagens konsumtionsnivåer historiskt låga medan personer 65 år och äldre dricker mer än tidigare. Män dricker mer alkohol än kvinnor men över tid har könsskillnaderna minskat. Jämfört med 1990-talet är användningen av narkotika högre under 2000-talet och av tillgänglig information att döma har narkotikaanvändningen ökat ytterligare, inte minst under den senaste femårsperioden. I synnerhet rör ökningarna användning av cannabis och narkotikaklassade läkemedel. Användning av sniffnings- och dopningsmedel är relativt sällsynta fenomen i Sverige och inga större förändringar har iakttagits under 00-talet även om trenderna bland skolungdomar varit svagt nedåtgående. Tobakskonsumtionen har minskat i Sverige under 2000-talet, främst vad gäller för rökning men i viss mån även för snusning.

## Narkotikautvecklingen

Användningen av narkotika i Sverige under 2000-talet har varit mera omfattande jämfört med tidigare. Detta pekar såväl frågeundersökningar som olika statistiska indikatorer på. Narkotikaanvändningen tycks dessutom ha fortsatt att öka under senaste femårsperioden.

Tillgången till narkotika har ökat under 2000-talet. Tull och polis har tagit allt större mängder i beslag utan att detta påverkat prisbilden, annat än för cannabis. Att gatupriserna på hasch och marijuana har stigit något beror dock främst på att styrkan (THC-halten) på dessa produkter har ökat. Tillgängliga data pekar också på att narkotikatillgången ökat regionalt. Till skillnad från läget för 20 år sedan finns numera exempelvis kokain och marijuana att tillgå i de flesta svenska län. Vidare har utbudet av olika sorters narkotika ökat, inte minst pga. att nya psykoaktiva substanser (NPS:er) introducerats bl.a. via internethandel, tillsammans med mera traditionella narkotikaklassade läkemedel.

Enligt frågeundersökningar bland skolungdomar har en viss ökning av användning av narkotika skett bland gymnasieeleverna under 2000-talet medan andelen som rapporterat användning av narkotika i nian varit mera oförändrad. Bland elever som använt narkotika finns dock en ökningstendens vad gäller mera frekvent användning. I befolkningen 16–84 år har en ökning av användning av cannabis skett under 2000-talet. Årsaktuell cannabiskonsumtion är vanligast i åldersgruppen 16–29 år men den största ökningen har samtidigt skett bland 30–44-åringar. Totalt har ca 3 % i befolkningen (motsvarande 240 000 personer) använt cannabis senaste året. Användning av cannabis är vanligare bland män än bland kvinnor och könsskillnaderna uppstår i gymnasieåldern men syns inte lika tydligt bland eleverna i årskurs 9.

Undersökningen Vanor och konsekvenser följer erfarenhet bland 17–84-åringar för flera narkotikasorter än cannabis. Mellan 2013 och 2017 ökade förutom cannabisanvändning under senaste 12-månadersperioden även konsumtionen av kokain och ecstasy. År 2017 hade totalt 9 % (eller 675 000 personer) använt narkotika senaste året, inklusive icke-föreskriven användning av narkotikaklassade läkemedel. Enligt samma studie hade 1,8 % av den vuxna befolkningen någon form av substansbrukssyndrom (enligt kriterierna i DSM-5) till följd av konsumtion av narkotiska preparat, inklusive narkotikaklassade läkemedel, varav 0,4 % hade ett svårt substansbruk. För substansbrukssyndrom var könsskillnaderna relativt små.

I brist på direkta mått över utvecklingen av den mera problematiska narkotikaanvändningen under 2000-talet är man hänvisad till indikativa källor, dvs. uppgifter som indirekt kan tänkas spegla omfattning och effekter av missbruk, exempelvis sjuk- eller dödlighetsstatistik. Denna typ av källor indikerar en ökning av problematisk narkotikaanvändning under 2000-talet och pekar på historiskt höga nivåer för den senaste femårsperioden. I än högre grad gäller detta kriminalstatistiska uppgifter. Samtidigt måste denna typ av uppgifter tolkas med viss försiktighet eftersom denna typ av statistik också kan påverkas av andra faktorer än narkotikaanvändningens omfattning.

Ovan nämnda källor indikerar att nyrekryteringen till mera problematisk narkotikaanvändningen inte avtagit under 2000-talet utan snarast ökat. Vidare pekar indikatorerna på att narkotikaanvändningen blivit mer jämnt spridd i landet. Före millennieskiftet var användning av narkotika vanligare i storstadsregioner, i synnerhet Stockholms län, men successivt har en utjämning skett och narkotikaproblemen är idag förhållandevis väl spridda mellan storstads- och icke storstadsregioner. Vidare visar denna typ av källor att män är i majoritet vad gäller mera problematisk narkotikaanvändning och att könsskillnaderna ökat ytterligare under 2000-talet vad gäller statistik relaterad till sjuklighet och dödlighet.

Ett positivt tecken är att injektionsmissbruket tycks ha blivit mindre vanligt enligt inrapporteringen av nya fall gällande hiv respektive hepatit-C, åtminstone har denna typ av skador från injektionsanvändning minskat.

Avslutningsvis kan fastställas att även om narkotikaanvändning har ökat i Sverige under 2000-talet ligger konsumtionen i befolkningen på betydligt lägre nivåer jämfört med exempelvis USA eller flertalet andra europeiska länder. Samtidigt kan det konstateras att tillgänglig statistik pekar på att Sverige ligger sämre till vad gäller narkotikarelaterad dödlighet än övriga Europa, även om det är förenat med svårigheter att göra internationella jämförelser med denna typ av statistik. Data som jämför omfattningen av mer problematisk narkotikaanvändning på internationell nivå saknas för Sveriges del.

## Alkoholutvecklingen

Tillgängligheten till alkohol har ökat över tid avseende antal serveringstillstånd och Systembolagsbutiker. När det gäller priset på alkohol så har det dock varierat över tid i detaljhandeln men som exempel kan anges att senaste tillgängliga prisuppgifter gör gällande att sprit, vin och starköl är billigare 2017 än exempelvis år 2000. Folköl däremot är på ungefär samma prisnivå 2016/2017 som 2000. Tidsserien för alkoholens pris på servering är relativt kort (2007–2017) men under denna period har såväl sprit som vin och starköl blivit dyrare.

Mellan toppåret 2004 och 2018 har den totala alkoholkonsumtionen minskat med ungefär 17 %, räknat i liter ren alkohol per person femton år och äldre. Den totala konsumtionen 2018 (prel. 8,8 liter) är åter på ungefär samma nivå som den var 2001. Män dricker mer alkohol än kvinnor men över tid har skillnaden mellan mäns och kvinnors självrapporterade alkoholkonsumtion minskat. Sedan första hälften av 00-talet har skolungdomars alkoholkonsumtion sjunkit kraftigt. Detta gäller båda könen såväl i årskurs 9 som i gymnasiet år 2.

Antalet förlorade friska levnadsår (DALYs) till följd av alkohol har minskat i Sverige under de två senaste decennierna (eg. 1990–2013). För 2017 har cirka 4 % av den vuxna svenska befolkningen beräknats ha ett alkoholberoende och i absoluta tal motsvarar detta ungefär 310 000 personer. En likvärdig storleksordning uppmättes även några år tidigare (2013).

I genomsnitt har lite mer än 19 % av avlidna motorfordonsförare haft en otillåten alkoholhalt i blodet under de senaste tolv åren där data finns tillgängligt (2006–2017). Under 2017 (som enskilt år) var motsvarande andel 23 %. Alkoholrelaterat våld (antal anmälda misshandelsfall utomhus där gärningspersonen var okänd) ökade mellan 2000 och 2007 men därefter har antalet anmälningar minskat fram till och med 2017. Den alkoholrelaterade dödligheten



ökade generellt sett från början av 2000-talet fram 2007, därefter har den minskat och är betydligt lägre 2017 än tio år tidigare.

I jämförelse med andra europeiska länder ligger den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen 15 år och äldre i Sverige under genomsnittet för Europa. Även bland skolungdomar (15–16 år) visar den senaste (2015) europeiska skolundersökningen ESPAD att Sverige ligger klart under snittet för Europa beträffande att ha druckit alkohol före 14 års ålder, druckit alkohol någon gång, druckit alkohol senaste 30 dagarna och att ha intensivkonsumerat alkohol senaste 30 dagarna.

## Snifningsutvecklingen

Användning av snifningsmedel i Sverige förekommer främst hos yngre tonåringar. Andelen unga som någon gång provat sådana medel har minskat sedan millennieskiftet och uppgick 2018 till cirka 3 % bland svenska skolungdomar. Även i USA har det inträffat en mer eller mindre kontinuerlig minskning vad gäller snifning och denna påbörjades redan under 1990-talets mitt. Enligt ESPAD-undersökningen bland 16-åriga skolelever i Europa har läget varit relativt stabilt på europanivå och Sverige intar i denna undersökning ett mittenläge.

## Dopningsutvecklingen

Relativt få svenskar har använt hormondopningsmedel som anabola androgena steroider (AAS) och tillväxthormon. Enligt den senaste befolkningsundersökningen bland 17–84-åringar är det 0,6 % som gjort detta någon gång och 0,1 % som gjort det under senaste 12 månaderna. Främst handlar det om yngre och medelålders män. Användning av hormondopningsmedel utanför elitidrotten blev vanligare under 1990-talet och därefter har det successivt byggts upp en grupp användare av sådana medel där det primära syftet inte är att vinna idrottsliga fördelar. Efter 2011 pekar kriminalstatistiken på en nedgång i dopningsbrott. Att andelen misstänkta för dopningsbrott under 30 år har minskat samtidigt som något färre skolelever uppger erfarenhet av AAS utgör en indikation på att nyrekryteringen av hormondopningsanvändare kan ha bromsats. Enligt ESPAD-undersökningen bland 16-åriga skolelever i Europa har AAS-läget varit stabilt lågt på europanivå och Sverige intar i denna undersökning ett mittenläge.

## Tobaksutvecklingen

Till skillnad från många andra länder där tobakskonsumtionen i huvudsak omfattar cigarettrökning utgörs tobaksanvändningen i Sverige i huvudsak av två

tobaksprodukter: cigaretter och snus. I den senaste Monitormätningen, som genomförs av CAN, uppgav omkring 7 % av såväl männen som kvinnorna att de rökte dagligen och 21 respektive 5 % att de var dagligsnusare.

Försäljningsstatistiken och konsumtionsvaneundersökningar visar att tobakskonsumtionen har minskat påtagligt under de senaste decennierna. Priset för tobak har stigit och därmed har den ekonomiska tillgängligheten sjunkit under 2000-talet och sedan 2006 också den fysiska tillgängligheten i form av ett minskande antal försäljningsställen.

Främst är det dagligrökning som minskat och nedgången har varit påtaglig bland såväl män som kvinnor men allra störst bland männen. Sedan 1990-talets mitt har dagligrökning varit något vanligare bland kvinnor än bland män i Sverige. De allra senaste åren har skillnaderna dock utjämnats och idag röker kvinnor och män i ungefär lika stor utsträckning. Nedgången bland kvinnor drivs främst av de yngre åldersgrupperna medan dagligrökning bland kvinnor 65–84 år varit förhållandevis oförändrad alltsedan 1980-talet. För männen är nedgången mera jämnt fördelad mellan åldersgrupperna.

Ur ett EU-perspektiv avviker Sverige, dels för att andelen rökare är lägre men dels också för att kvinnor röker minst lika mycket som män. Räknas även snusare in så är dock totala tobakskonsumtionen större bland män också i Sverige.

Snusningen har inte studerats lika kontinuerligt som rökningen i Sverige, men de uppgifter som finns visar att snusningen ökade under 1990-talet och fram till mitten på 2010-talet. Därefter har snusningens omfattning legat på en relativt stabil nivå, även om det har skett en viss ökning bland de förhållandevis få kvinnor som snusar.

Även bland skolelever i årskurs 9 har andelen tobakskonsumenter minskat under en lång tid och under 2000-talet har andelen niondeklassare som röker eller snusar halverats. Bland elever i gymnasiet år 2 har tobaksanvändningen inte minskat i lika stor utsträckning. Under 2010-talet har emellertid flickorna i gymnasiet minskat sin tobakskonsumtion och under de senaste fyra åren även pojkarna. Minskningen beror främst på nedgången av andelen som röker samtidigt som snusningen legat mer stabilt.

Avslutningsvis kan konstateras att tobakskonsumtionen fortfarande bidrar till en väsentlig del av sjukdomsördan i landet. Vid den senaste jämförelsen stod tobak för omkring 8 % av sjukdomsördan, vilket var mer än dubbelt så mycket som den sjukdomsörda som orsakades av alkohol och narkotika.

# Narkotikautvecklingen

## Inledning

Narkotikaanvändningen orsakar olika typer av skador för användarna och samhället i stort. Ett sätt att uttrycka omfattningen av skador för konsumenterna är att använda DALYs, ett internationellt använt mått som visar antal förlorade friska år på grund av sjukdom eller för tidig död som kan redovisa sjukdomsbördan orsakad av exempelvis narkotikaanvändning. För år 2010 uppgick i Sverige antalet narkotikarelaterade DALYs till ca 32 000 för män och ca 8 000 för kvinnor, det vill säga så många friska år gick förlorade under 2010 till följd av narkotikaanvändning. Detta motsvarade 1,8 respektive 0,7 % av den totala sjukdomsbördan i landet (Agardh m.fl. 2014). Narkotika var därmed den tionde största riskfaktorn detta år, även om tobak respektive alkohol genererade större andelar av sjukdomsbördan (7,7 resp. 3,4 %).

Narkotikaproblemet som vi uppfattar det idag etablerades i Sverige under andra halvan av 1960-talet (Olsson, 1994). Sedan 1970-talets början kan utvecklingen belysas mera systematiskt med hjälp av olika undersökningar och statistikällor. Narkotika är dock inte ett entydigt begrepp utan när längre tids-serier rörande utvecklingen betraktas måste hänsyn tas till bl.a. förändringar i definitioner, lagstiftning liksom åtföljande resurstilldelning.

Narkotika kontrolleras enligt Narkotikastrafflagen (1968:64). All icke-medicinsk användning och hantering är straffbar. Med narkotika avses i Sverige de substanser som klassats internationellt eller av regeringen. De listas i Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika (se LVFS, [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)). Preparaten har olika egenskaper men gemensamt är att de påverkar centrala nervsystemet. Nya substanser klassas löpande. Under senare år har det främst handlat om nya psykoaktiva substanser (NPS:er) som introducerats på marknaden främst via internet. Sådana substanser kan även falla under Lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor (1999:42).

Först i detta kapitel följer ett avsnitt om tillgänglighet av olika narkotiska preparat och därefter beskrivs konsumtionsutvecklingen. Som en följd av datatillgången görs detta först för bredare befolkningsgrupper och därefter för grupper med en mera problematisk konsumtion. Därefter beskrivs skadeutvecklingen och slutligen görs en kortare internationell jämförelse.

## Några viktiga historiska händelser och beslut

I tidigare rapporter har en kronologisk presentation av viktigare narkotikapolitiska händelser och beslut presenterats, med start 1923 då Sveriges första enhetliga särslagstiftning på narkotikaområdet infördes. Eftersom denna historiska lista finns att tillgå i CAN-rapport 144 berörs nedan endast händelser som inträffat efter den publikationen.

## Aktuella händelser 2015–2019

**2015–2018:** Totalt har under perioden 95 ämnen klassats som narkotika och 142 som hälsofarlig vara.

**2016:** Statskontorets utvärdering av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi 2011–2015 visar att strategins utformning varit ändamålsenlig för att nå regeringens mål om att komma till rätta med de problem som bruk och missbruk av alkohol, narkotika, dopning och tobak orsakar. I februari 2016 beslutade regeringen om en förnyad ANDT-strategi avseende perioden 2016–2020.

I strategin slås fast att målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle och inom ramen för detta mål ska personer med narkotikamissbruk eller beroende ha tillgång till en effektiv behandling, smittskyddsinsatser samt andra psykosociala insatser. Delmålen är som tidigare att minska tillgängligheten, dödsfallen, antalet som narkotikadebuterar respektive utvecklar skadligt bruk samt att öka tillgängligheten till god vård (Regeringens skrivelse 2015/16:86).

I linje med SOU 2014:43 infördes utöver grova narkotikabrott även synnerligen grova narkotikabrott. Grova brott kan ge 2 till 7 års fängelse medan synnerligen grova brott kan ge 6 till 10 år. År 2018 fastställde HD första fällande domen för grovt narkotikabrott.

**2017:** Riksdagen avskaffade den kommunala vetorätten mot sprutbytesprogram och åldern för att delta i ett program sänktes från 20 till 18 år.

Regeringen gav år 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten ta fram en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Åtgärdsplanen redovisades av Socialstyrelsen (2017a) och detta arbete har påbörjats på flera punkter.

**2018–2019:** Socialstyrelsen och Läkemedelsverket genomförde i linje med ovanstående flera föreskriftsändringar för att öka tillgängligheten till opioidöverdosmotgiftet naloxon och från 2019 är en ny rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende att personer med risk för opioidöverdos erbjuds naloxon samt utbildning om medlet (Socialstyrelsen 2019).

Sveriges Kommuner och Landsting presenterar en handlingsplan mot missbruk och beroende med förslag om bland annat förbättrad samordning mellan kommuner och regioner, att användningen missbruksbegreppet ska ses över samt att den kriminalisering av eget bruk som infördes 1988, med åtföljande straffskärpningen 1993, skall utvärderas (SKL 2018).

## Tillgänglighet till narkotika

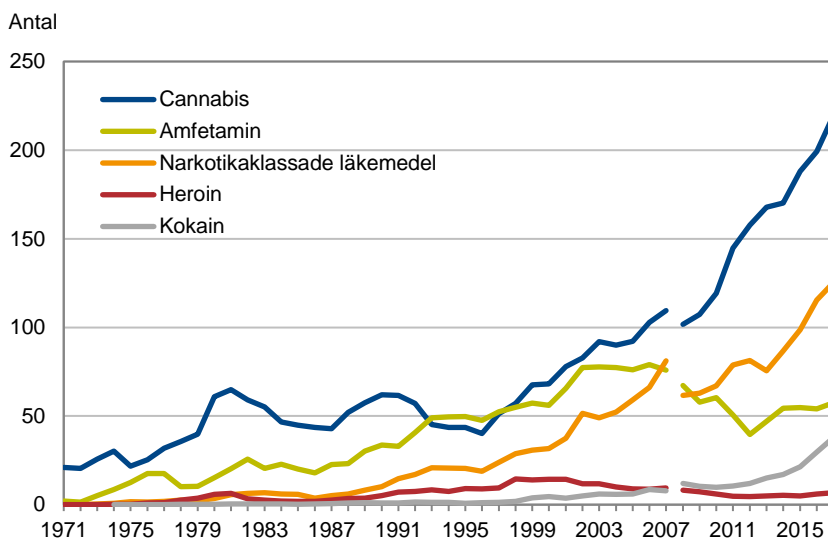
Information liknande den som finns på alkoholområdet vad gäller produktion, försäljning och skatteintäkter saknas på narkotikaområdet. För att få en uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden och hur detta förändras över tid används istället olika indikatorer, inte minst beslags- och prisuppgifter.

I detta avsnitt följer en analys av utbudsutvecklingen för några av de vanligare narkotikasorterna. Avsnittet inleds med en mer generell översikt av utbudsutvecklingen och därefter följer mera ingående preparatredovisningar. Inledningsvis kan konstateras, att med undantag för cannabisodling samt avledning av narkotiska läkemedel från den medicinska sektorn, är den narkotika som konsumeras i landet i huvudsak insmugglad.

## Utvecklingen av tillgängligheten

Narkotikaprisutvecklingen i konsumentledet ("gatunivån") är en indikator som speglar tillgänglighet ur ett ekonomiskt perspektiv. CAN redovisar årligen priser för de vanligare narkotikasorterna. Priserna påverkas av faktorer som produktionskostnader, kvalitetsförändringar, kostnader för penningtvätt, vinstmarginaler, beslagsförluster, efterfrågevariationer, mm. Även om sådana förhållanden bör beaktas för att bättre förstå marknaden saknas dessvärre systematisk information om flertalet av dessa förhållanden (se Guttormsson & Zetterqvist 2018). Prisuppgifterna kan emellertid åtminstone kombineras med information om beslag, och därmed ge en indikation om tillgångsförändringar.

Utvecklingen av antalet beslag för de fem vanligaste substansgrupperna i Sverige framgår av diagram A. Tidsserien har ett brott 2008 på grund av att statistiken tas fram på ett nytt sätt från och med detta år, vilket begränsar jämförbarheten över tid.

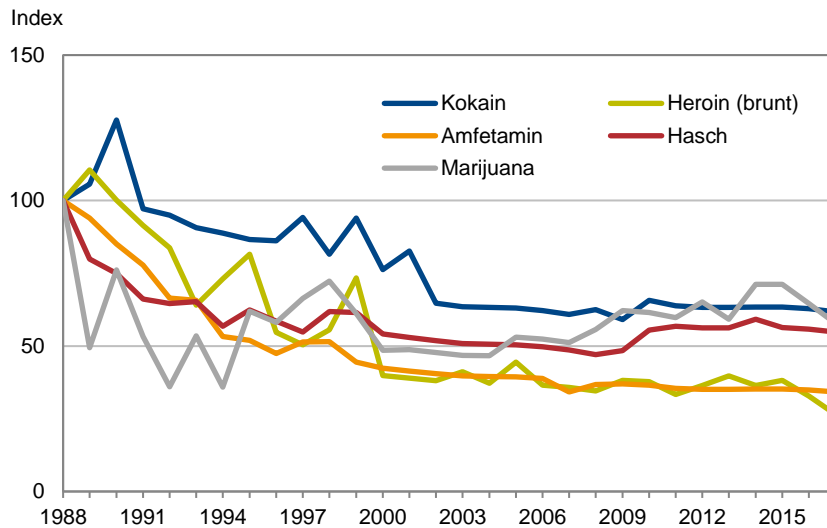


**Diagram A.** Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, narkotikaklassade läkemedel, heroin och kokain, per 100 000 invånare. 1971–2017. (Tabell 33)

Cannabis och narkotikaklassade läkemedel<sup>1</sup> beslagtas allra oftast och dessa substanser har dessutom ökat i förekomst under de senaste 10 åren, även sett till beslagtagna volymer. Också kokain har ökat i förekomst medan bilden för amfetamin och heroin är mindre tydlig (se även diagram C). Det totala antalet narkotikabeslag har i grova drag fördubblats sedan 2008 (tabell 33).

Gatupriserna (saknas för narkotikaklassade läkemedel) har varit förhållandevis stabila under hela 2000-talet, även om cannabispriserna har ökat något enligt diagram B. Att höga beslagsnivåer inte lett till prishöjningar tyder på att beslagen inte påverkat marknaden i alltför stor grad. Att cannabis ökade i pris förklaras dessutom sannolikt främst av kvalitetsökningar (Freeman 2019).

<sup>1</sup> Med "narkotikaklassade läkemedel" avses huvudsakligen icke läkarordinerade narkotikaklassade läkemedel, främst sömnmedel och lugnande medel men även olika smärtstillande preparat. Dock kan det i begränsad omfattning förekomma att även icke narkotikaklassade läkemedel har inkluderats i denna kategori i tullens och polisens redovisningar.



**Diagram B.** Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2017 års penningvärde för hasch, marijuana, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2017. Index 1988=100. (Tabell 39)

Sammanfattningsvis pekar informationen på att den totala tillgängligheten på narkotika har ökat. Även om resursförändringar delvis förklarar beslagsstatistikens utveckling görs bedömningen att cannabis, kokain och narkotikaklassade läkemedel blivit vanligare förekommande under senaste 10-årsperioden. Den ekonomiska tillgängligheten är förhållandevis god, i och med att priserna är förhållandevis låga, trots att historiskt stora beslag görs.

Utöver detta har dessutom utbudet av nya psykoaktiva substanser ökat, det vill säga syntetiska droger, ofta framtagna som lagliga alternativ men senare klassade som narkotika eller hälsofarlig vara. Eftersom tillgängligheten av klassiska narkotikasorter är hög, samtidigt som nya substanser och distributionskanaler tillkommit, bedöms det idag vara lättare att få tag på narkotika än på länge. Nedan följer en mer detaljerad genomgång för olika prepratgrupper.

### *Cannabis*

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligast förekommande narkotikasorten, vilket inte minst beslagsstatistiken pekar på. I intervjuundersökningar svarar majoriteten av dem som använt narkotika att de använt cannabis (se t.ex. Zetterqvist (red) 2018 och Sundin m.fl. 2018). Hasch importeras, ofta med ursprung i Marocko, medan marijuana kan odlas även i Sverige (Polisen och Tullverket 2016).

Av beslagsmängderna att döma så har marijuana blivit betydligt mera vanligt i Sverige under 2000-talet. Hasch utgör fortfarande majoriteten av beslagsvolymen (drygt 60 %) men tidigare låg denna andel närmare 90 %. Ett annat exempel på att marijuana blivit vanligare på den svenska marknaden är att eleverna i CAN:s skolundersökningar numera rapporterar mera erfarenhet av marijuana än av hasch (Zetterqvist 2018). Ytterligare ett exempel är att i CAN:s drogprisrapporteringssystem rapporteras numera marijuanaförekomst från hela landet, vilket inte var fallet för 10 år sedan.

Enligt CAN:s rapporteringssystem om droger halverades realpriserna för cannabis mellan 1988 och 2000 (tabell 37 och diagram B). Marjuanapriserna återhämtade sig dock något 2005 och fem år senare steg även haschpriserna. En sannolik förklaring till detta är ökad styrka (THC-halt). Sådana samband har för hasch fastslagits på europeisk nivå där såväl styrka som pris ökade perioden 2006–2016 (Freeman 2019).

CAN gjorde en konservativ skattning av den inhemska cannabismarknadens omsättning och fann att årsnettoomsättningen, efter kundrabatter och naturabetalningar till försäljarledet, uppgick till över en halv miljard kronor. Från detta ska dock kostnader för inköp (ca 300 miljoner) dras, liksom för transport, lagring och förpackning. Slutvinsten är svår att skatta men det handlar om åtskilliga miljoner (Guttormsson och Zetterqvist 2018).

Sammantaget visar befintlig information att tillgängligheten av cannabis har ökat i förekomst i Sverige alltsedan 1990-talet, att cannabishandeln omsätter betydande belopp och att marijuana numera är ett etablerat alternativ till hasch.

### *Heroin och andra opioider*

Opioider är de vanligast förekommande substanserna vid narkotikarelaterade dödsfall, ofta i kombination med andra substanser, inte minst bensodiazepiner (Socialstyrelsen 2017a). Till opioiderna räknas produkter framställda från opiumvallmo (heroin, morfin, m.fl.) liksom syntetiskt framställda varianter (tramadol, buprenorfin, m.fl.).

Före 1970-talet dominerades opioidanvändning av råopium, vilket sedan ersattes av morfinbas, men under 1970-talets mitt börjar heroin sätta avtryck i exempelvis beslagsstatistiken, samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade<sup>2</sup>. Syntetiska opioider var inte lika vanliga då.

Heroin fortsatte att öka i förekomst t.o.m. 1990-talet, inte minst av beslagsstatistiken att döma, men har blivit mindre vanligt under 2000-talet. Istället har

---

<sup>2</sup> Sedan en längre tid består analyserade heroinbeslag enligt Kriminalpolisens och Tullverkets årsrapporter huvudsakligen av brunt heroin.



enligt samma källor syntetiska opioider, illegalt tillverkade eller i form av läkemedel, blivit desto vanligare (se Polisen och Tullverket 2016). Exempel på opioidläkemedel på den illegala marknaden är tramadol, subutex och oxikodon. Dock indikerar beslagsstatistiken att en återhämtning kan ha skett för heroinet de allra senaste åren (se diagram C och tabell 27).

Att användningen av opioider i olika former idag är förhållandevis vanlig pekar såväl beslags- som dödsorsaksstatistik på. Sannolikt är det mer utbrett med opioidläkemedel än med klassiska opiater som heroin. I den vuxna befolkningen 17–84 år uppgav exempelvis år 2017 endast 0,2 % att de använt heroin eller opium senaste 12 månaderna medan motsvarande andel för icke läkarförskrivna användning av opioidläkemedel var 3,7 % (Sundin m.fl. 2018).

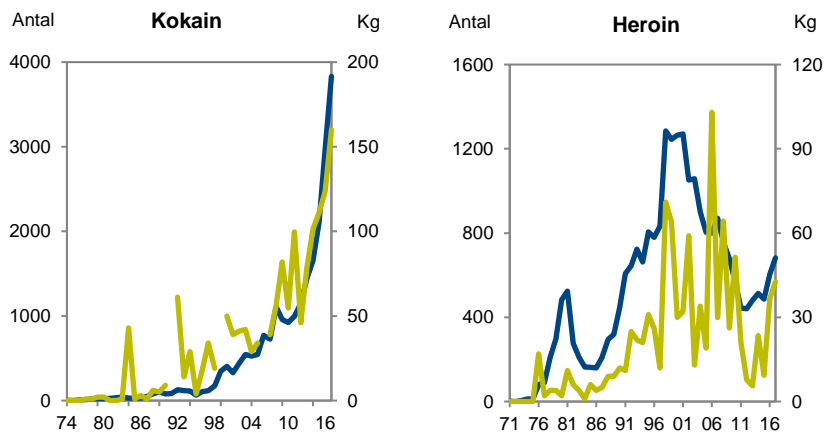
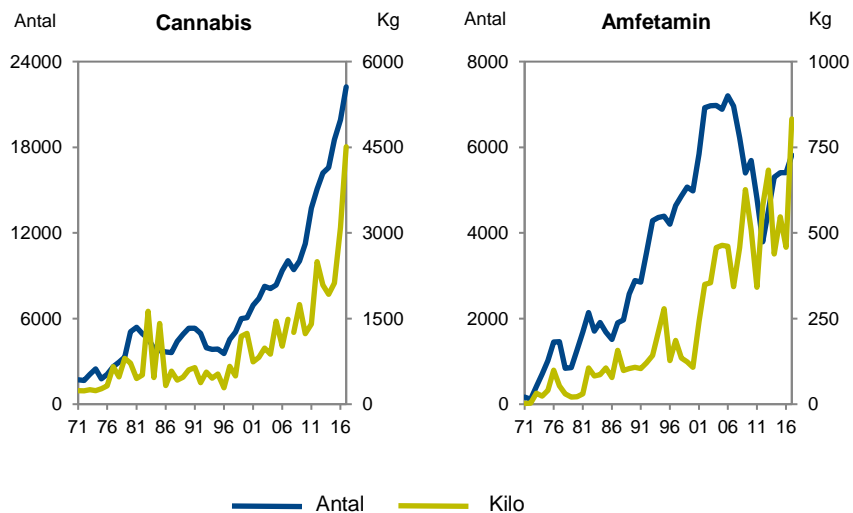
### *Centralstimulantia*

Under denna rubrik behandlas huvudsakligen amfetamin och kokain. Amfetamin var länge dominerande vid den mest problematiska narkotikaanvändningen i Sverige och vanligare än heroin vid injektionsmissbruk. Amfetaminbeslagen har hela tiden legat betydligt högre än de för heroin (diagram C och tabell 35). Dock har amfetaminbeslagen minskat de senaste 10 åren, åtminstone till antalet men inte nödvändigtvis till mängderna.

En delförklaring till nedgången i beslagsantalen kan vara introduktionen nya psykoaktiva substanser, vilka bland annat utgörs av medel med centralstimulerande effekter. Gatupriserna på amfetamin är dock alltså låga och utgör endast en tredjedel av de priser som var aktuella i slutet på 1980-talet så tillgängligheten på amfetamin förefaller idag vara förhållandevis god.

En närbesläktad och starkare variant av amfetamin är metamfetamin. Metamfetamin blev allt vanligare i beslagsstatistiken under 2000-talet och 2011 hade metamfetaminandelen ökat till 28 % av alla amfetaminbeslag. Därefter har dock en nedgång skett och 2017 var andelen nere i 3 %.

En annan förklaring till nedgången i antalet amfetaminbeslag kan vara att kokain samtidigt blivit vanligare. Både beslagsantal och mängder har ökat under 2000-talet, dock utan att nå upp till de volymer som gäller för amfetamin (tabell 36). Också CAN:s prissrapporteringsystem pekar på att kokain blivit vanligare och sedan några år geografiskt spritt till praktiskt taget alla Sveriges polisområden. Även realpriserna för kokain har sjunkit jämfört med läget för 30 år sedan. Idag ligger gatupriset på ca 900 kronor per gram, vilket är tre gånger högre än amfetamin. I befolkningen 17–84 år är det dubbelt så vanligt att under senaste 12 månaderna ha använt kokain (0,9 %) jämfört med amfetamin (0,5 %) (Sundin m.fl. 2018).



**Diagram C.** Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2017. (Tabellerna 34–37)

Under 1990-talet fick syntetiska droger, främst ecstasy (MDMA), en del uppmärksamhet i synnerhet med koppling till ungdomar och festande i klubbmiljö. Under 2000-talet blev ecstasy mera sällsynt enligt beslags- och prisrapporter men under de allra senaste åren har ecstasy åter ökat i förekomst enligt dessa källor.

### *Nya psykoaktiva substanser*

På 2000-talet har ett stort antal nya psykoaktiva substanser (NPS:er) successivt introducerats som missbruksmedel. Eftersom de många gånger marknadsförs och försäljs via internetbaserad postorderhandel benämns de ibland ”nättdroger”, även RC-droger eller legal highs. NPS:er syftar normalt på syntetiskt framställda preparat som (initialt) inte täcks av relevant lagstiftning. De kan exempelvis vara av cannabisliknande eller centralstimulerande natur men under senare år har även smärtstillande medel blivit vanliga, inte minst i form av olika fentanylanaloger. Det förekommer dessutom att olika läkemedel som försålts via internet ibland inkluderas i begreppet.

NPS:er klassas fortlöpande, antingen som hälsofarlig vara eller som narkotika. Från 1 april 2011 har svenska rättsväsendet rätt att beslagta och destruera droger som ännu inte klassats, om de bedöms innehåsa i missbrukssyfte. Ett stort antal nya substanser har klassats under senare år, totalt närmare 250 stycken sedan 2015. Medan syntetiska cannabinoider har blivit mindre vanliga efter 2014 har syntetiska opioider, inte minst i form av olika fentanylanaloger istället börjat förekomma (Polisen och Tullverket 2016). Fentanyl och dess analoger har blivit uppmärksammade i samband med en rad dödsfall och konstaterades under 2017 förekomma oftare än heroin vid obduktioner (Rättsmedicinalverket 2018).

Om beslag av klassade och oklassade NPS:er inkluderas i beslagen av traditionell narkotika och narkotikaklassade läkemedel utgör deras andel ca 20 % 2012 och ca 9 % år 2015 (Rikskriminalpolisen & Tullverket 2013 resp. 2016). Detta visar att NPS:er förekommer men att klassisk narkotika alltså är vanligare, och att dessa droger dessutom kan ha blivit mindre vanligt förekommande jämfört med 2012. Att NPS:er minskat i förekomst märks även i CAN:s skolundersökningar: Mellan 2012 och 2018 minskade andelen elever i gymnasiet år 2 som använt sådana medel från 4 till 1 % och främst handlade det om en nedgång för syntetisk cannabis.

### *Hallucinogener*

Hallucinogener är ett samlingsnamn för droger som framkallar syn- och hörselhallucinationer och benämns ibland även psykedeliska droger. LSD, meskalin och psilocybinsvampar är exempel på sådana medel. Även denna typ av preparat ökade något i popularitet under 1990-talet då narkotika blev vanligare överlag, men på en förhållandevis låg nivå.

En hallucinogen som förekommit och följts länge i Sverige är LSD. I beslagsstatistiken utgör LSD dock enbart en bråkdel av alla beslag, även om nivåerna varit förhållandevis höga under de senaste åren. Förändringar i förekomst av

andra hallucinogena droger följs knappt, men det finns inga skäl att tro att någon sådan drog skulle vara särskilt vanlig eller att tillgängligheten ökat markant.

### *Narkotikaklassade läkemedel*

Det är inte ovanligt att personer med alkohol- och narkotikaproblem också använder narkotikaklassade läkemedel. De med missbrukspotential är främst olika smärtstillande preparat av opioidtyp samt sömnmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp. Användning av sådana läkemedel kan då exempelvis vara en följd av dålig tillgång på ett visst preparat eller så kan en tids centralstimulantiaanvändning avlösas med lugnande medel. Det kan också vara så att flera droger används mer eller mindre simultant för att antingen förstärka eller parera vissa effekter. För en del kan narkotikaklassade läkemedel utgöra den huvudsakliga eller enda komponenten i ett substansmissbruk. Läkemedlen kan exempelvis vara insmugglade, härröra från förskrivning och ha vidareförsålts eller utgöra överkonsumtion hos personer som har fått dem på recept.

I beslagsstatistiken uppvisar narkotikaklassade läkemedel som grupp en kraftig ökning alltsedan 1990-talet (tabell 38 och diagram A). År 2017 beslagtogs tull och polis 3,7 miljoner tabletter, mer än något annat tidigare år, och bensodiazepiner var vanligare än opioider.

Enligt CAN:s undersökning Vanor och konsekvenser från 2017 uppgav 5,3 % av befolkningen 17–84 år icke-förskrivna användning av narkotikaklassade läkemedel under de senaste 12 månaderna – att jämföra med totalt 4,2 % för klassisk narkotika som cannabis, kokain och liknande (Sundin m.fl. 2018). Sådan konsumtion är alltså vanligare än narkotikaanvändning i den vuxna befolkningen. Smärtstillande läkemedel uppgavs i större utsträckning än sömn-/lugnande medel.

Även skolungdomar uppger erfarenhet av narkotikaklassade läkemedel utan läkarförskrivning. I gymnasiets år 2 är det ca 1 % som uppger livstidserfarenhet av icke läkarförskrivna användning av narkotikaklassade smärtstillande respektive lugnande läkemedel (tabell 43).

År 2012 och 2015 tillfrågades samtliga landets polismyndigheter/polisområden av CAN om vilka läkemedel de oftast påträffade i missbrukssammanhang. Båda åren utgjorde bensodiazepiner den största gruppen, vanliga substanser var alprazolam och klonazepam. I den näst största gruppen återfanns de smärtstillande opioiderna. Båda åren hörde tramadol och buprenorfin till de vanligare substanserna i denna grupp (Guttormsson 2016).

## Användningen av narkotika

De kunskaper vi har om den allmänna befolkningens narkotikaanvändning, det vill säga främst tillfällig eller experimentell konsumtion, kommer från olika frågeundersökningar. Utvecklingen av det mera problematiska missbruket, som förekommer i mera begränsad omfattning, beskrivs å andra sidan i regel med riktade kartläggningar eller med hjälp av olika indikatorer, exempelvis vård- eller kriminalstatistik. Detta medför att beskrivningen av narkotikaanvändningen görs i två olika delavsnitt, först berörs användning i befolkningen i stort och därefter fokuseras på den mera problematiska användningen, och anledningen är alltså främst att dataunderlagen är så pass olika.

### Utvecklingen bland ungdomar

Narkotikaanvändning bland ungdomar började förekomma under slutet av 1960-talet (se t.ex. Ds S 1977:8). Sedan 1971 kan utvecklingen följas regelbundet, inte minst via de nationella skol- och mönstringsundersökningarna<sup>3</sup>. Som framgår av diagram D (och tabell 40) var narkotikaerfarenheten bland elever i årskurs 9 som lägst under 1980-talet, ökade under 1990-talet och sedan millennieskiftet ligger den åter på 1970-talets nivåer (Zetterqvist 2018).

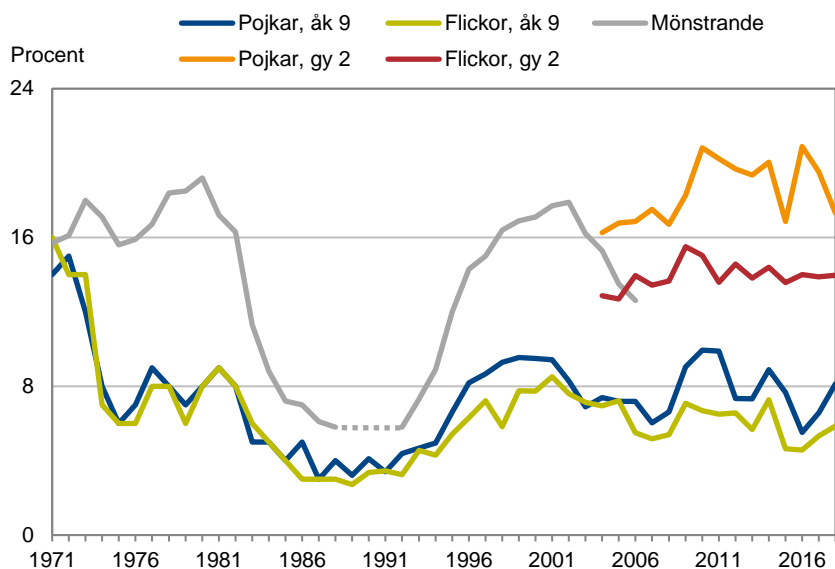
Trenderna för de mönstrande 18-åriga männen var likartad den i nian till och med slutåret 2006. År 2004 startades skolundersökningar i gymnasiet år 2 och bland dessa knappt artonåriga elever kan en viss uppgång av narkotikaerfarenheten skönjas, åtminstone fram till 2010 (tabellerna 41 och 44).

Bland gymnasieeleverna är andelen som provat narkotika mer än dubbelt så hög jämfört med eleverna i årskurs 9. En undersökning bland ungdomar 16–24 år visade att livstidsprevalensen steg med ökande ålder under tonåren men att en mättnad infann sig vid 20-årsåldern (Guttormsson m.fl. 2004). Anorlunda uttryckt var det relativt få som debuterade efter 20 år fyllda och den genomsnittliga debutåldern för gruppen 20 år och äldre var 17,5 år. Detta visar att många ungdomar prövar narkotika i åldrar högre än i vilka CAN:s gymnasieundersökning genomförs och att livstidsprevalensen bland 20-åriga ungdomar är högre än de ca 16 % som uppmäts i gymnasiet.

Narkotikaerfarenheter bland ungdomar utgörs främst av cannabisanvändning. Av tabellerna 42–43 framgår att endast enstaka procent använt preparat som amfetamin, kokain, narkotikaklassade läkemedel etc.

---

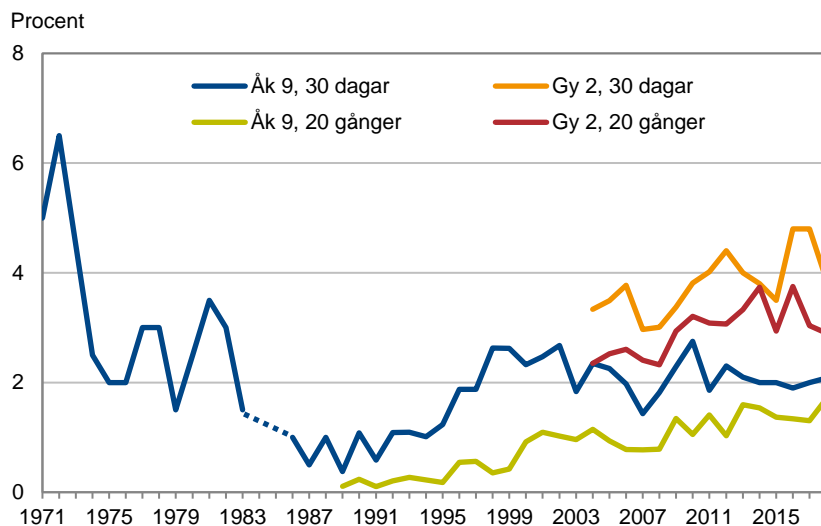
<sup>3</sup> Mönstringsundersökningen avslutades i och med 2006 års datainsamling eftersom den allmänna värnplikten höll på att fasas ut då.



**Diagram D.** Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång provat narkotika. 1971–2018. (Tabellerna 40–41, 44)

Sedan ett antal år förekommer även så kallade nya psykoaktiva substanser, främst syntetiska cannabinoider men även smärtstillande och centralstimulantia, varav flera successivt blivit narkotikaklassade. Enligt skolundersökningarna har ca 1 % av eleverna provat sådana medel 2018, vilket är en nedgång jämfört med 2012 då frågorna introducerades (Zetterqvist 2018).

För att fånga mera aktuell användning av narkotika efterfrågas användning under de senaste 30 dagarna. Enligt diagram E följer utvecklingen av den månadsaktuella användningen i stora drag den för livstidsprevalensen. År 2018 svarade 4 % av gymnasieungdomarna och 2 % av niorna att de använt narkotika senaste 30 dagarna och de lägsta nivåerna uppmättes under 1980-talet. Andelen som använt narkotika fler än 20 gånger uppvisar likartade trender. Även om narkotikaerfarenheten inte ökat särskilt mycket per se, så tycks konsumtionen bland de som väl använt narkotika ha blivit något mera omfattande.



**Diagram E.** Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 år som uppgett att de använt narkotika fler än 20 gånger respektive de senaste 30 dagarna (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2018. (Tabellerna 40–43)

## Utvecklingen i vuxna befolkningen

En nationell frågeundersökning som berör vuxnas narkotikaerfarenheter och som pågått en längre tid är Folkhälsomyndighetens årliga nationella folkhälsoenkät (HLV), vilken efterfrågar erfarenheter av cannabis sedan starten 2004 (och sedan 2014 även ”annan narkotika”).

År 2018 uppgav 13 % av befolkningen 16–84 år att de någon gång använt cannabis (tabell 45). Detta är en något högre nivå jämfört med undersökningsperiodens början (11 %). I åldersintervallet 16–29 år var andelen som provat cannabis högst (22 %). Cannabiserfarenheten faller därefter med stigande ålder och bland 65–84-åringarna, som huvudsakligen hade sin ungdomstid innan narkotika var utbredd i Sverige, var livstidserfarenheten endast ca 1 %.

Totalt ca 3 % i befolkningen svarade 2018 att de använt cannabis senaste året och 1 % att de gjort så senaste månaden (tabellerna 46 och 47). Omräknat till faktiska antal motsvarar detta runt 240 000 respektive 90 000 personer. Årsaktuell cannabisanvändning är vanligast i åldersgruppen 16–29 år men den största ökningen har skett i gruppen 30–44 år (från 1 till 4 % mellan 2004 och 2018).

Liknande resultat framkom i CAN:s undersökning Vanor och konsekvenser bland 17–84-åringar från 2017. Av denna framgår att det jämfört med mätningen från 2013 skett signifikanta ökning av årsaktuell erfarenhet av cannabis, kokain och ecstasy (Sundin m.fl. 2018). Totalt var det ca 9 %, eller 675 000 personer, i studien från 2017 som använt någon typ av narkotika under de senaste 12 månaderna, inklusive icke-föreskriven användning av narkotikaklassade läkemedel<sup>4</sup>. Felanvända narkotikaklassade läkemedel var i sammanhanget vanligare än klassisk narkotika som cannabis och kokain.

De åldersmönster som nämndes tidigare blir tydligare sett till mera regelbunden användning. Detta illustreras i diagram F där 17–84-åringar som använt cannabis senaste 12 månaderna redovisas. Drygt 10 % i den yngsta gruppen uppgav årsaktuell användning samtidigt som endast enstaka promillen bland 65–84-åringarna gjorde så. Årsaktuell cannabiserfarenhet är dubbelt så vanlig bland män som bland kvinnor (4 jämfört med 2 %). Av tabell 47 framgår att mönstret med högre användning bland unga män blir än tydligare när användning under de senaste 30 dagarna betraktas.

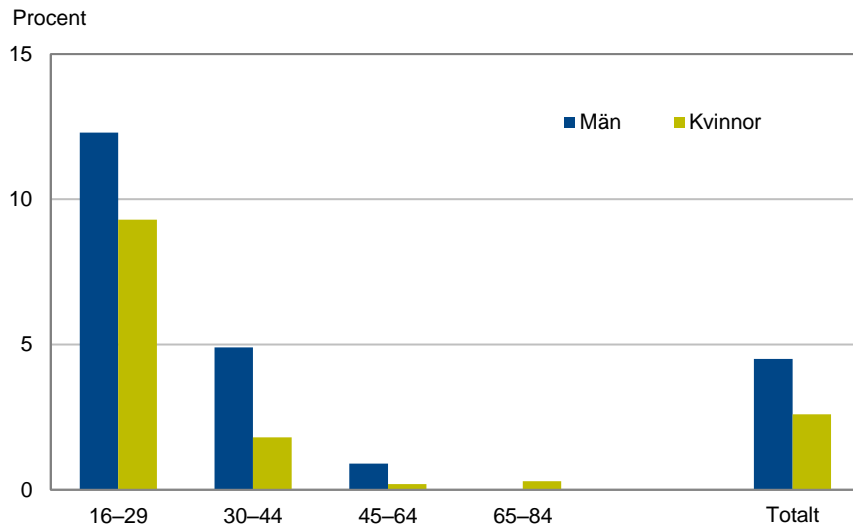
Eftersom det främst är yngre vuxna som använder cannabis är det relevant att titta på utvecklingen för enbart 16–29-åringar. I diagram G redovisas livstids, års- och månadsprevalens för dessa. Några dramatiska förändringar har inte skett under perioden av figuren att döma, även om värdena tenderar att ligga högre de senaste fem åren jämfört med periodens fem första år<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Någon jämförelse med 2013 kan inte göras här pga. förändringar i läkemedelsfrågorna.

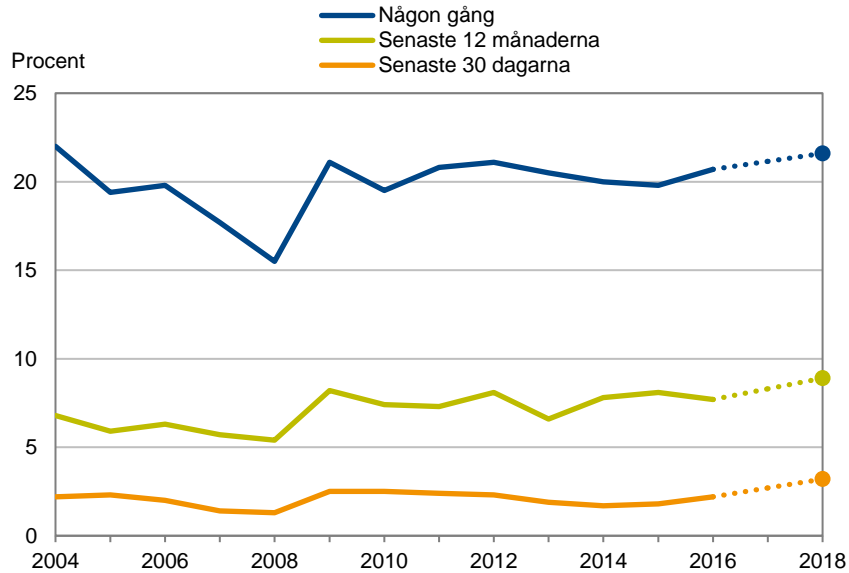
<sup>5</sup> År 2004 är värdena artificiellt förhöjda eftersom åldersgruppen 16–17 år saknas detta år samtidigt som prevalensen bland dessa är lägre.





**Diagram F.** Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2017.

Källa: Sundin E, Landberg J & Ramstedt M (2018).



**Diagram G.** Andelen 16–29-åringar som använt cannabis någon gång, senaste 12 månaderna och senaste 30 dagarna. 2004–2018. (18–29 år 2004, ingen undersökning 2017). (Tabellerna 45–47)

Eftersom såväl metod som frågeställningar och åldersgrupper skiljer sig åt mellan äldre befolkningsundersökningar och nyare studier är det svårt att dra några bestämda slutsatser om utvecklingen över tid, men tillgängliga data, inklusive beslagsstatistik, pekar ändå på att narkotikaanvändningen under 2010-talet varit större än någon tidigare period i Sverige. Samtidigt ligger inga dramatiska ökningarna bakom detta utan uppgången har varit långsam och pågått under en rad av år. Av de klassiska narkotikasorterna är cannabis den i särklass vanligaste men slår man samman all klassisk narkotika och jämför med användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel så är den sistnämnda gruppen större.

## Könsskillnader

Bland vuxna är det enligt tillgängliga befolkningsundersökningar dubbelt så många män som kvinnor som har provat narkotika. Tittar man på mera aktuell eller omfattande användning accentueras könsskillnaderna ytterligare.

Bland eleverna i årskurs 9 förekommer å andra sidan knappt några könsskillnader alls vad gäller att ha provat någon gång, även om något fler pojkar uppger månadsaktuell användning jämfört med flickorna. I gymnasiet år 2 har könsskillnaderna blivit något tydligare; pojkarna har i större omfattning än flickorna använt narkotika och den månadsaktuella användningen är dubbelt så omfattande. Således är det i de övre tonåren som könsskillnaderna i narkotikaanvändningen uppstår.

## Regionala skillnader

Under 1960-talet, då narkotikaanvändning började bli vanligare i Sverige, var det huvudsakligen frågan om en storstadsföreteelse. Redan 1967 svarade exempelvis 17 % av flickorna och 23 % av pojkarna i årskurs 9 i Stockholms skolor att de provat narkotika (Ds S 1977:8). Successivt spreds sedan narkotikaanvändningen över landet och idag förekommer användning av narkotika i alla delar av Sverige.

Av tabellerna 17–18 framgår att narkotikaerfarenheter bland skolelever är vanligare i storstadslänen jämfört med Sveriges övriga län (som slagits samman i tre grupper). Det handlar dock inte om några stora skillnader, och de tenderar att minska över tid. Ett positivt signifikant samband har konstaterats vad gäller befolkningstäthet och narkotikaerfarenhet bland gymnasieelever för perioden 2017–18 (Guttormsson 2018). Enligt samma rapport var andelen gymnasieelever som provat narkotika högst i Stockholm samt Gotlands län och lägst i Örebro samt Västmanlands län.

Även bland vuxna framkommer ett likartat mönster med mer omfattande narkotikaerfarenheter i storstadsregioner. Data från HLV 2004–2018 visar att

storstadslänen Skåne, Stockholm, Västra Götaland tillsammans med Uppsala uppvisar cannabiserfarenheter på eller över riksgenomsnittet och att cannabiserfarenheten konsekvent är allra högst i Stockholms län.

## Sociala faktorer

Studier av grupper med personer med mera omfattande narkotikaproblem visar att dessa många gånger haft en tidigt uttalad social problematik. Dock har självfallet inte alla som provat narkotika en sådan bakgrund. Tvärtom är detta inte rimligt med tanke på att över en miljon svenskar har använt narkotika åtminstone någon gång. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att de som uppger narkotikaerfarenheter i olika undersökningar ändå skiljer sig från övriga respondenter i olika avseenden.

Av skolundersökningarna framgår exempelvis att bland de elever i nian som provat narkotika uppger runt dubbelt så många att de trivs dåligt i skolan, fyra gånger fler att de skolkar ett par gånger i månaden eller oftare och dubbelt så många att det förekommer vandalism i bostadsområdet, jämfört med dem som inte provat narkotika. Eftersom fler gymnasieelever provat narkotika blir dessa skillnader något mindre markanta. Vidare rapporterar skolelever som använt narkotika i högre grad förekomst av olika psykosociala besvär (Thor & Guttormsson, 2018). Enligt rapporten ökade narkotikaerfarenheterna hos eleverna i takt med ökande mängd rapporterade psykosomatiska besvär.

Ett exempel med äldre ungdomar från 2003 års ungdomsundersökning (16–24 år) är att narkotikaerfarenheten bland personer 21 år och äldre var förhöjd såväl bland universitetsstudenter som bland dem som saknade sysselsättning, i jämförelse med dem som arbetade. Narkotikaerfarenheten var dock av allvarligare grad bland de ”sysslösa”: Exempelvis hade de större erfarenheter av olika narkotikasorter och debutåldern var nästan två år lägre än för studentgruppen.

Ovan nämnda skillnader accentueras ofta sett till mera aktuell/frekvent användning. Med detta menas att ungdomar som fortsätter använda narkotika skiljer sig ytterligare med avseende på denna typ av faktorer jämfört med dem som använder ett mera begränsat antal gånger.

I en studie bland vuxna har exempelvis tidigare framkommit att narkotikaerfarenheter var vanligare bland arbetslösa personer eller personer med ekonomiska problem, bland bostadslösa, bland personer med svaga sociala nätverk och med psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut 2010a). Av Folkhälsomyndighetens hälsoenkät HLV framgår att de som i högre grad har en utsatt ekonomisk situation i högre grad använt cannabis det senaste året, vilket i sin tur torde höra samman med att cannabisanvändning var vanligare bland arbetslösa eller studerande.

## Utvecklingen av den problematiska narkotikaanvändningen

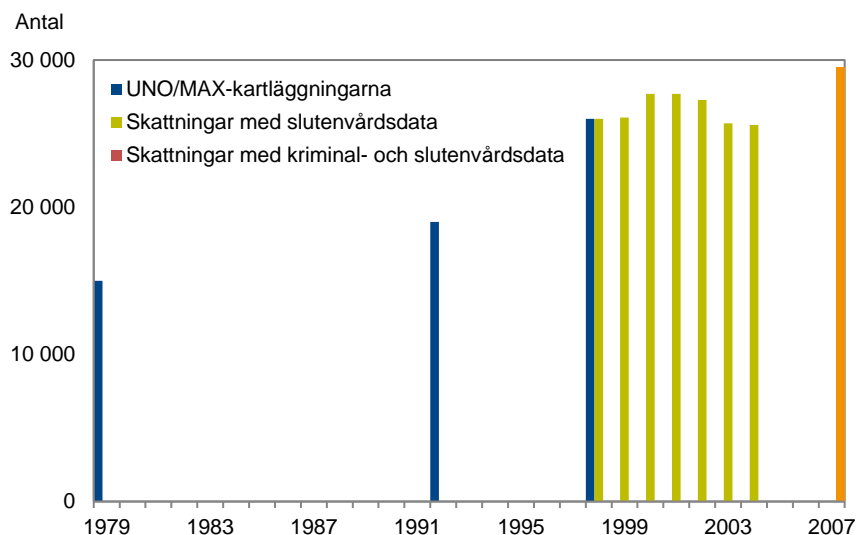
Med problematisk narkotikaanvändning avses i följande avsnitt användning som leder till mera uttalade problem i form av beroende, missbruk eller olika psykiska och medicinska komplikationer.

Den senaste skattningen som berör omfattningen av problematisk användning i Sverige är CAN:s enkätundersökning Vanor och konsekvenser från 2017. Av denna framgår att 1,8 % av den vuxna befolkningen befanns ha någon form av substansbrukssyndrom (enligt kriterierna i DSM-5) till följd av konsumtion av narkotiska preparat, inklusive narkotikaklassade läkemedel (Sundin m.fl. 2018). Totalt 0,4 % befanns ha ett svårt substansbrukssyndrom, vilket motsvarar drygt 30 000 personer. I sammanhanget är det dock viktigt att påtala att uppgifterna kommer från en frågeundersökning och att sådana är förknippade med mätfel, inte minst vad gäller att fånga in de allvarligaste formerna av narkotikaanvändning.

När det gäller utvecklingen av den mera problematiska narkotikaanvändningen är det förenat med svårigheter att bedöma utvecklingen på ett tillförlitligt sätt eftersom det saknas en enhetlig och tillförlitlig datakälla. Åren 1979, 1992 och 1998 är delvis undantagna eftersom landsomfattande kartläggningar genomfördes då, vilka tillåter mer utförliga beskrivningar. I övrigt beskrivs utvecklingen med så kallade indikatorer, det vill säga uppgifter om olika företeelser som antas ha samband med användning av narkotika. Sammantagna ger sådana indikatorer förhoppningsvis en någorlunda god bild av den övergripande utvecklingen även om de inte ger några estimat på missbrukets omfattning.

### Utvecklingen enligt kartläggningar

En efterbearbetning av en Stockholmsundersökning om narkotikamissbrukets omfattning ledde till uppskattningen att ca 6 000 personer hade injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i Sverige under 1967 (Ds S 1980:5). Likartade och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979, 1992 samt 1998 och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat de personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via sitt arbete. Med en särskild statistisk metodik har därefter mörkertalet lagts till (Olsson m.fl. 2001).



**Diagram H.** Uppskattat antal personer med tungt missbruk 1979–1998 samt uppskattat antal personer med problematiskt missbruk 1998–2004 respektive 2007.

Källa: Olsson m.fl. (2001), Socialstyrelsen (2006) och Statens folkhälsoinstitut (2010).

För 1979 skattades antalet personer med ett s.k. ”tungt missbruk”<sup>6</sup> till 15 000, för 1992 till 19 000 och för 1998 beräknades antalet till 26 000 (tabell 46 och diagram H). Resultaten är osäkra och bör snarast ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar. De allra flesta (runt 90 %) hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis var de dominerande drogerna i kartläggningarna. Amfetaminet dominerade missbruket för ca 32 % 1998 medan 28 % hade opiater som dominerande drog. I tidigare kartläggningar tog amfetaminet en större plats. För 8 % var cannabis dominerande medel 1998, vilket innebar en nedgång mot tidigare.

Uppskattningar av antalet personer med ett problematiskt narkotikamissbruk<sup>7</sup> 1997–2001 – som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartlägg-

<sup>6</sup> Definitionen ”tungt missbruk” innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Skattningarna påverkas givetvis av hur man väljer att definiera tungt missbruk, någon given eller entydig definition av detta finns inte i Sverige (SOU 2005:82).

<sup>7</sup> Med definitionen ”problematiskt missbruk” läggs fokus på problem uppkomna av narkotikaanvändningen (här uttryckt i form av slutenvårdsbehov) snarare än intagningsätt och användningsfrekvens. Ett möjligt problem med skattningen är att den baseras på en enda typ av källa (slutenvårdsregistret) och att förändringar inom vårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

ningarna – har presenterats av Brå (2003) och senare kompletterats av Socialstyrelsen (2006). Skattningarna utgår från statistik över narkotikavårdade och utifrån detta har statistiska bearbetningar gjorts för att uppskatta mörkertalet. Enligt denna metod uppgick antalet personer med problematiskt missbruk till 26 000 såväl år 1998 som 2004, med en liten puckel däremellan. Medelåldern låg runt 37 år under hela perioden. Ytterligare en registerstudie av den problematiska narkotikaanvändningen har publicerats av Statens folkhälsoinstitut (2010a) och enligt denna uppgick antalet problematiska narkotikaanvändare<sup>8</sup> till omkring 29 500 år 2007. Siffran är något högre än i tidigare skattningar, även om man tar hänsyn till befolkningsökningen, men detta kan bero på att olika metoder använts och behöver inte innebära att förekomsten ökat i omfattning.

Även resultaten från registerstudierna presenteras i diagram H och värdena i diagrammet är alltså inte direkt jämförbara eftersom de tagits fram med olika beräkningsmetoder. Tämmligen klart är i alla fall att den problematiska narkotikaanvändningen ökade till och med 1990-talet, men att utvecklingen är mera osäker därefter. Efter 2007 har inga liknande antalsskattningar gjorts.

Ett sätt att uttrycka sjukdomsburden i ett land är med hjälp av DALYs, ett mått som visar antal förlorade friska år på grund av sjukdom eller för tidig död från olika problemområden. Under 1990 tillskrevs narkotikaanvändning 1,0 % av den samlade sjukdomsburden i Sverige. År 2005 var motsvarande andel 1,2 % och 2010 1,3 % (Agardh m.fl. 2014). Således har andelen narkotikaorsakade DALYs ökat något sedan 1990-talets början, och detta gäller även uttryckt i absoluta tal. Denna uppgång är dock mindre än i de tidigare presenterade kartläggningarna.

## Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt analyseras utvecklingen av problematisk narkotikaanvändning med hjälp av olika källor som mer eller mindre direkt kan tänkas spegla detta. Man brukar säga att narkotikaanvändning etablerades på bredare front i Sverige under senare delen av 1960-talet och fortsatte spridas inte minst under 1970-talet. Det kan exempelvis illustreras av data över narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott<sup>9</sup> (tabellerna 32 och 47). Den uppgång som brottsanmälningarna uppvisade 1969 återspeglar dock inte bara ett ökande narkotikamissbruk utan också effekterna av den nya narkotikastrafflagen och utökade

---

<sup>8</sup> Personer som skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården med en narkotikadiagnos eller som klassats som grav narkotikamissbrukare inom kriminalvården.

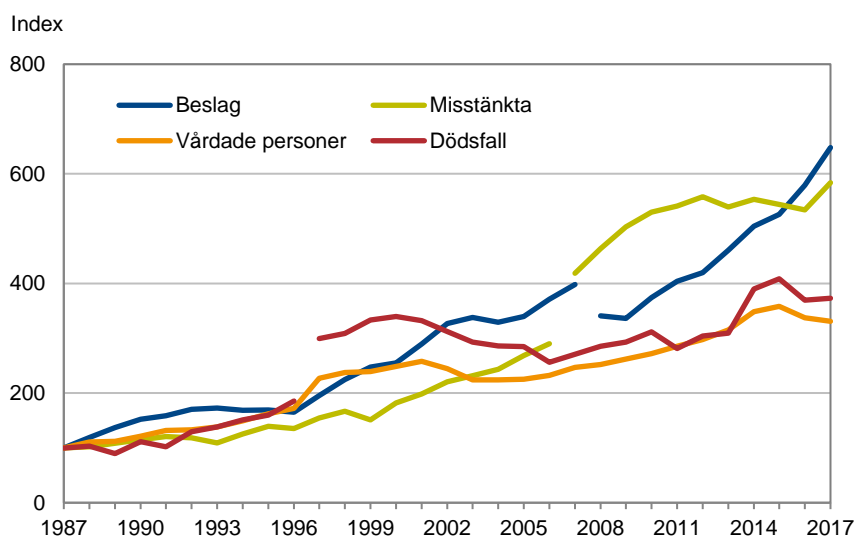
<sup>9</sup> Egentligen vore antalet fall ett bättre mått eftersom man tidigare kodade flera händelser som olika brott, även om de härrörde ur en och samma situation, vilket är sällsynt sedan millennieskiftet. Använder man serien över antal anmälningar (fall) så skulle ökningen framstå som större och mer överensstämma med lagföringsstatistiken, samtidigt är denna typ av data inte lika vanlig eller går lika långt tillbaka i tiden (se Brå 2012).

polisresurser, dvs. ett resultat av samhällets reaktioner på problemet. Noterbart i tabell 50 är att de nedlagda polisresurserna på narkotikaärenden också stigit, åtminstone fram till 2013<sup>10</sup>, samtidigt som nivån över anmälda narkotikabrott också ökat och var historiskt hög 2017 då över 100 000 anmälningar mot narkotikastrafflagen gjordes.

Indikatorerna påverkas alltså inte enbart av konsumtionens omfattning utan även av samhällets insatser och prioriteringar, liksom av förändringar inom själva statistikinsamlingen. För att få en så rättvisande bild som möjligt är det därför viktigt att jämföra så många källor som möjligt med varandra.

I diagram I redovisas utvecklingen av antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterade diagnoser samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till invånarantal och har indexerats med utgångsåret 1987 satt till 100. När jämförbarheten över tid är bruten görs uppehåll i linjerna.

Figuren visar att de kriminalstatistiska uppgifterna förete en kraftigare uppgång under perioden 1987–2017 jämfört med uppgifterna gällande dödligheten och sjukligheten. Av dessa källor bedöms slutenvårdsuppgifterna möjliga



**Diagram I.** Utvecklingen av antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet vårdade med narkotikarelaterad diagnos samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1987–2017. Index 1987=100. (Tabellerna 33, 52, 62 och 69)

<sup>10</sup> I och med omorganisationen som inleddes 2015 kan det finnas problem med att jämföra denna statistik över tid.

vara det minst känsliga måttet vad gäller förändringar i omständigheter som inte har med själva missbruksutvecklingen att göra, även om jämförbarheten också för denna statistikserie påverkats i och med att den specialiserade öppenvården utfört alltfler vårdinsatser under senare år. Att kriminalstatistiska data visar på ökning har delvis, som tidigare nämnts, att göra med utökad lagstiftning och resurstilldelning<sup>11</sup> medan ökningstakten i dödligheten kan bero på flera andra saker än att narkotikaanvändarna blivit fler (se nästa kapitel).

Kombinerat med uppgifterna från de kartläggningar som tidigare presenterats förefaller det hursomhelst stå klart att den mera problematiska narkotikaanvändningen fortsatte att öka i omfattning under 1990-talet, även om indikatorerna kan överdriva ökningstakten. Vidare pekar indikatorerna på en fortsatt ökning under 2000-talet.

En faktor som stöder bilden av ett fortsatt försämrat läge är uppgången av antalet nytillkomna slutenvårdade för narkotika, dvs. individer ej tidigare inlagda med narkotikadiagnos<sup>12</sup>. Antalet har ökat under 2000-talet och uppgick till 5 200 år 2017, vilket förvisso är en liten nedgång jämfört med toppåret 2014 (5 700 personer). Detta indikerar en ökad nyrekrytering under 2000-talet. Ytterligare ett förhållande som styrker denna bild är att andelen personer under 30 år som misstänkts för narkotikabrott, vårdats eller avlidit pga. narkotika ökat under 2000-talet, åtminstone fram till 2013 (diagram J).

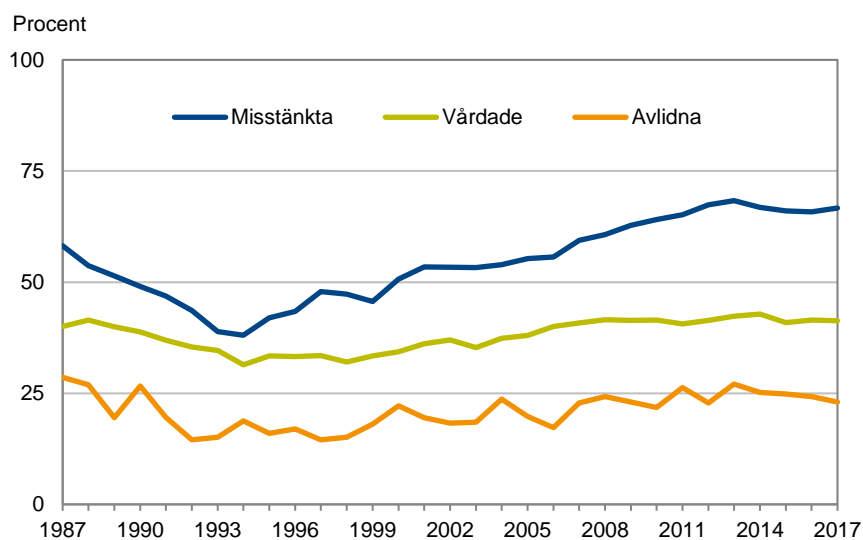
Med tanke på att narkotikatillgängligheten ökat under 2000-talet så förefaller bedömningen ovan, att allvarigare former av narkotikaanvändning ökat, högst sannolik, även om det kan vara så att uppgången är mindre brant än vad indikatorerna påskiner. Som framgått är det svårt att göra någon bedömning av den mera problematiska narkotikaanvändnings storlek, utifrån tillgängliga indikatorer.

---

<sup>11</sup> Under 1980-talet skedde flera förändringar av betydelse för polisens och tullens arbete mot narkotika. Polisen fick bl.a. under denna period vidgade resurser och inriktade i ökad utsträckning sina insatser mot de senare leden i distributionskedjan (Kassman 1998). Detta ledde till fler beslag, misstänkta personer och uppdagade brott, samtidigt som mängderna och allvarlighetsgraden tenderade att sjunka. Denna utveckling har fortgått därefter. Enligt uppgifter från Rättsmedicinalverket har antalet provtagningar på misstänkta för eget bruk av narkotika ökat från ca 6 000 under 1994 till 38 000 år 2010, en storleksordning som varit förhållandevis stabil sedan dess (Rättsmedicinalverket 2018). Detta förklaras av de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk genom kontroll av kroppsvätskor. Till det kan läggas att antalet anmälda narkotikabrott är som lägst under semestermånaden juli, dvs. ytterligare ett tecken på att rapporteringen delvis styrs av rättsväsendets insatser (Brå 2013).

<sup>12</sup> Detta mått beskrivs närmare i avsnittet "Vård, sjuklighet och dödlighet".





**Diagram J.** Andelen personer under 30 år misstänkta för narkotikabrott, vårdade i slutenvård med narkotikarelaterad huvuddiagnos resp. avlidna i narkotikarelaterade dödsfall. 1987–2017. (Tabell 55, 63 och 69)

Slutligen kan konstateras att både intravenöst överförd hiv och hepatit uppvisar nedgångar under 2000-talet (tabellerna 65–66). Detta indikerar att förekomsten av injektionsmissbruk minskat och att oral användning istället blivit desto vanligare, samtidigt som narkotikaanvändningen totalt sett blivit mera förekommande.

### Könsskillnader

Liksom för alkoholmissbruk är andelen kvinnor lägre också vad gäller narkotikamissbruk. I kartläggningarna av det tunga narkotikamissbruket från 1979, 1992 och 1998 låg exempelvis andelen kvinnor runt 23 %. Andelen kvinnor som misstänkts för narkotikabrott är lägre och har legat stabilt på ca 14 % alltsedan mitten av 1970-talet (tabell 55). Andelen kvinnor som vårdats inom slutenvården för narkotikadiagnos har legat runt 30 % de senaste fem åren (tabell 62) vilket är en minskning jämfört med föregående år. I statistiken över personer som inrapporterats som hiv-smittade via intravenöst missbruk har andelen kvinnor legat runt 20 % under de senaste fem åren, vilket är minskning jämfört med 1990-talet då andelen var ca 30 % (tabell 66). Även vad gäller andelen kvinnor för narkotikarelaterade dödsfall är denna lägre idag jämfört med situationen för 20 år sedan. Under de senaste åren har ungefär en fjärdedel av dödsfallen rört kvinnor (tabell 69).

Om man använder kartläggningarna som utgångspunkt kan man dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade i slutenvård. Hiv- och dödsorsaksstatistiken är de källor som ligger kartläggningarna närmast vad gäller att spegla kvinnoandelen. Samtidigt kan det noteras att kvinnornas andel sjunkit för indikatorer relaterade till sjuk- och dödlighet. Det bör dock påpekas att inga större könsskillnader identifierades i Vanor och konsekvenser från 2017 då ungefär lika stora andelar män och kvinnor befanns ha ett substansbrukssyndrom av narkotikaklassade preparat och/eller läkemedel och att detta gällde även svårt substansbruk.

### *Regionala skillnader*

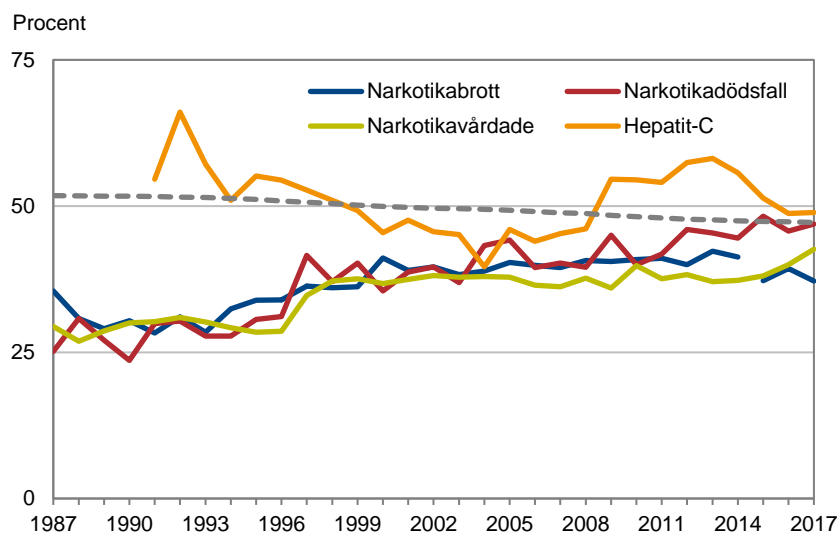
Inte minst när det gäller allvarigare former av narkotikaanvändning har detta historiskt varit koncentrerat till storstadsregionerna. I de äldre kartläggningarna (1979, 1992, och 1998) har storstadskommunerna, relaterat till invånarantal, alltid haft fler personer med ”tungt missbruk” än riksgenomsnittet (Olsson m.fl. 2001).

Samtidigt har regionerna närmast sig varandra vad gäller förekomst av mera problematisk narkotikaanvändning de senaste 30 åren. Detta framgår av diagram K. Figuren visar för det första att under perioden 1987–2017 så sjunker andelen boende i icke-storstadslän något, från 52 till 47 %. Samtidigt ökar förekomsten av narkotikarelaterade problem i dessa län. Exempelvis ökar andelen narkotikavårdade samt andelen narkotikarelaterade dödsfall från ca 30 till runt 45 %. Även andelen misstänkta för narkotikabrott ökar i icke-storstadsläna, från drygt 30 till närmare 40 %. Denna ökning hade varit större om inte den regionala redovisningsgrunden ändrats 2015<sup>13</sup>.

Ungefär hälften av de injektionsrelaterade hepatit C-fallen härrör från icke storstadslän och för denna indikator finns ingen successiv ökning, istället förekommer variationer över tid. För hepatit gäller emellertid att rapporteringen bygger på i vilket landsting smittan upptäcktes första gången, dvs. inte nödvändigtvis var smittan överfördes initialt. Vidare är smittvägen inte klarlagd i en stor andel av fallen. Möjligen kan alltså provtagnings- och statistikföringsrutiner ha bidragit till den geografiskt avvikande fördelningen. Det kan nämnas att för de narkotikarelaterade hiv-fallen är storstadsläna tydligt överrepresenterade, med ca 80 % av alla inrapporterad fall, och Stockholm står för den absoluta majoriteten av dessa (tabell 67).

---

<sup>13</sup> Den regionala redovisningsgrunden för misstänkta för narkotikabrott ändrades från län till polisregioner år 2015, vilka har större geografisk täckning. Detta har lett till att jämförelsen över tid är bruten, vilket illustreras med ett brott i linjen.



**Diagram K.** Andelen per invånare i icke-storstadslän som misstänkts för narkotikabrott, vårdats respektive avlidit med narkotikarelaterad diagnos samt smittats med hepatit-C via intravenöst missbruk. (Streckade linjen visar andelen invånare i icke-storstadslän.) 1987–2017. (Tabellerna 54, 64, 65, och 70)

Sammantaget visar figuren att icke-storstadslän respektive storstadslän numera ligger ganska jämnt vad gäller förekomst av olika narkotikarelaterade problem, till skillnad mot för 30 år sedan då storstadsläna var klart överrepresenterade. Betraktas storstadsläna var för sig kan det konstateras att för de senaste tre åren är det främst för Stockholms län det finns en överrepresentation gentemot folkmängden för dessa indikatorer, inte för Skåne eller Västra Götalands län.

### *Sociala faktorer*

Det är med narkotikamissbruk som med andra sociala eller hälsorelaterade problem sällan fråga om en enskild bakomliggande orsak. Sambanden är komplexa och varierar dessutom på individ-, grupp- och samhällsnivå. En persons narkotikaanvändning är resultatet av en interaktion mellan individuella egenskaper och miljöfaktorer, och behöver inte vara det ursprungliga eller allvarligaste problemet för individen. Frånsett att konsumtion av narkotika är kriminaliserad hänger mera omfattande narkotikaanvändning och kriminalitet många gånger samman. Men trots att många kriminella använder narkotika och att flera med missbruksproblem är kriminella finns det ofta gemensamma och

bakomliggande förklaringar såsom fattigdom, psykiska problem, brist på framtida karriärmöjligheter, dåligt självförtroende och låg social integration (UNDCP 2000).

Personer med missbruksproblem skiljer sig som grupp på ett antal områden (även om detta inte utesluter att en enskild individ kan utveckla ett missbruk oavsett under vilka omständigheter denne lever eller vilka personliga egenskaper han eller hon har). Solarz (1990) påvisade att det finns signifikanta samband mellan missbruk och ett antal sociala variabler. Vid en rangordning blev listan följande: bruk av andra droger, kriminellt beteende, relationen till föräldrarna, skolprestation, personliga egenskaper och fritidsanpassning.

Kartläggningen av ”tungt missbruk” från 1998 visade att 60 % av personerna med tungt missbruk hade en obefintlig anknytning till arbetsmarknaden och att den var dålig eller begränsad för ytterligare 27 %. Bostadssituationen var också oviss, 26 % saknade bostad under hela eller stora delar av undersökningsperioden (Olsson m.fl. 2001). Någon senare mera omfattande kartläggning eller beskrivning av personer med tungt missbruk och deras psykosociala förhållanden och bakgrunder finns inte.

Ovanstående studier är gamla men inget pekar på att resultaten skulle vara ogiltiga idag. Goldberg (2010) konkluderar att många vetenskapliga undersökningar visar att ”problematiska konsumenter” tydligt skiljer ut sig negativt jämfört med dem som endast experimenterar med/använder narkotika tillfälligtvis (”rekreationskonsumenter”) avseende psykosocial bakgrund och negativa erfarenheter under uppväxten. Vidare konstaterar författaren att den lägsta socialgruppen är klart överrepresenterad bland kända problemkonsumenter. Ungefär samma beskrivning ges av Statens folkhälsoinstitut (2010b) där man konstaterade att narkotikaanvändarna skiljer ut sig negativt avseende socioekonomiska förhållanden, i synnerhet de med skadligt bruk. De påpekar också att den mindre grupp kvinnor som ofta använder narkotika uppvisar en större grad av utsatthet och psykisk sjuklighet.

En aktuell kartläggning från 2017 påvisade betydande socioekonomiska skillnader i förekomst av substansbrukssyndrom (enligt kriterierna i DSM-5) till följd av konsumtion av narkotikaklassade preparat och/eller läkemedel (Landberg m.fl. 2018). Störst skillnad återfanns för inkomst men även utbildningsindikatorn uppvisade tydliga skillnader: Ju lägre inkomst eller utbildning, desto större risk att substansbrukssyndrom förekom, och sambanden kvarstår vid kontroll för ålder. Gruppen med substansbrukssyndrom stod i högre grad också utanför arbetsmarknaden.

Vidare har Folkhälsomyndigheten konstaterat att dödsfall till följd av förgiftning med narkotika eller narkotikaklassade läkemedel bland personer 25 år el-

ler äldre är fem gånger vanligare i gruppen med högst förgymnasial utbildningsnivå jämfört med dem som har eftergymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten 2018).

## Vård, sjuklighet och dödlighet

I föregående avsnitt användes uppgifter om bl.a. vårdtillfällen och dödsfall som indikatorer på utvecklingen av den mera problematiska narkotikaanvändningen. Här följer en noggrannare genomgång av dessa källor, dels för att uppgifterna är intressanta i sig, men också för att vissa metodologiska frågor behöver belysas närmare.

Förutom landstingens sjuk- och beroendevård bedriver även socialtjänsten och kriminalvården narkomanvård. Någon samlad statistik över dessa vårdinsatser finns dock inte, vilket gör det svårt att få en översikt av antalet vårdade. Beträffande socialtjänstens insatser är det bara tvångsvårdsstatistiken (LVM-vård) som särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbruk. Behandlingsformen är dessutom ovanlig och säger sannolikt mer om prioriteringar inom vården än om utvecklingen av missbrukets omfattning. År 2017 tvångsvårdades enligt Socialstyrelsen (2018b) en viss dag (1 november) knappt 300 personer för narkotikamissbruk medan närmare 2 500 befann sig inom den frivilliga institutionsvården för någon typ av drogproblem vid samma tidpunkt.

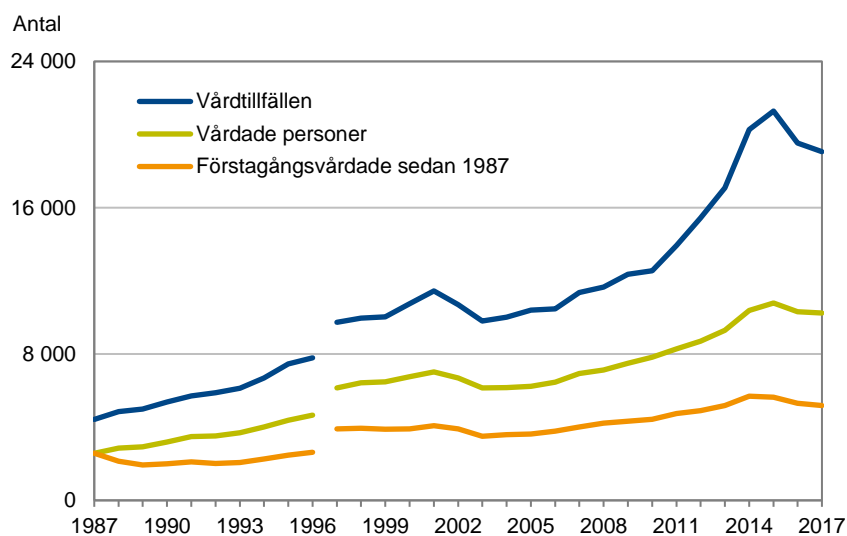
Även inom Kriminalvården bedrivs vårdprogram riktade mot drogmissbruk men denna typ av statistik bedöms inte heller kunna bidra till förståelsen av missbrukets egenskaper eller utveckling i och med att det handlar om en selekterad grupp och att förändringar i statistiken kan bero på många olika faktorer som är svåra att kontrollera.

## Sjuklighet; slutenvård och infektionssjukdomar

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder mera omfattande konsumtion till olika komplikationer. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland personer som använder större mängder narkotika är högre än för normalbefolkningen i motsvarande åldrar. Orsakerna är flera, men kan schematiskt indelas i tre grupper: komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter, administrationssättet, dvs. det sätt på vilket narkotikan intas, samt allmänna förhållanden i livsföringen eller rent personliga egenskaper. Ofta spelar psykisk ohälsa, eller svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld etc. större roll för sjukligheten än preparaten i sig.

Avgiftningar och vård av komplikationer till följd av narkotikamissbruk utförs inom sjukvården. Antalet utskrivningar från slutenvården med narkotikarelaterad huvuddiagnos har årligen uppgått till ca 20 000 under de senaste åren, vilket är en historiskt hög siffra (tabell 62 och diagram L). Av samtliga vårdtillfällen utgjorde de narkotikarelaterade 0,3 % 1987 och 1,4 % 2017. Ökningen i vårdtillfällen beror inte på att samma personer återkommit allt oftare. Uppgången består om man ser till antalet unika individer som vårdats under ett och samma år. Under 2017 erhöll drygt 10 000 personer någon form av narkotikarelaterad slutenvård, en tredubbling på 30 år, i relation till folkmängden.

Ett sätt att mäta nyrekrytering till narkotikamissbruk är att följa antalet personer som för första gången någonsin vårdas med narkotikarelaterad diagnos. I början är tidsserien över dessa (i diagram L) missvisande hög därför att det saknas möjlighet att göra länkningsproblem längre tillbaka än 1987<sup>14</sup>. Under den första hälften av 1990-talet, efter att denna effekt torde ha avklingat, låg antalet årligen nytillkomna klienter runt 2 000. Nya diagnosklassifikationer infördes 1997, vilket lett till nya länkningsproblem bakåt i tiden (i diagrammet är samtliga tidsserier brutna pga. införandet av de nya ICD-koderna). Sedan 2013 har



**Diagram L.** Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad huvuddiagnos. 1987–2017. (Tabell 62)

<sup>14</sup> Som framgår är antalet förstagångsvårdade för 1987 därför identiskt med antalet individer som vårdats under detta år.

antalet förstagångsvårdade med narkotikadiagnos inte understigit 5 000. Tillströmningen av patienter, tidigare okända för narkotikaproblem, inom slutenvården har således varit förhållandevis hög de senaste 5 åren.

Det kan samtidigt konstateras att många insatser numera sker inom den specialiserade öppenvården. År 2017 förekom enligt Socialstyrelsen exempelvis narkotika vid 66 000 öppenvårdstillfällen med narkotikarelaterad huvuddiagnos. Antalet vårdade individer samma år var 23 500 och av dessa var närmare 10 000 narkotikavårdade för första gången under sitt liv. Öppen- och slutenvårdsstatistiken kan dock inte utan vidare summeras eftersom en och samma individ kan ha varit föremål för båda vårdformerna under ett och samma kalenderår. Vidare kan inte utvecklingen av öppenvården följas över tid eftersom statistikens täckningsgrad ökat successivt under 2000-talet och inte är hundra procentig än idag. Samtidigt torde nedgången i slutenvårdsstatistiken de senaste åren kunna förklaras av att alltfler med narkotikaproblematik istället vårdas inom den specialiserade öppenvården.

### *Hepatit*

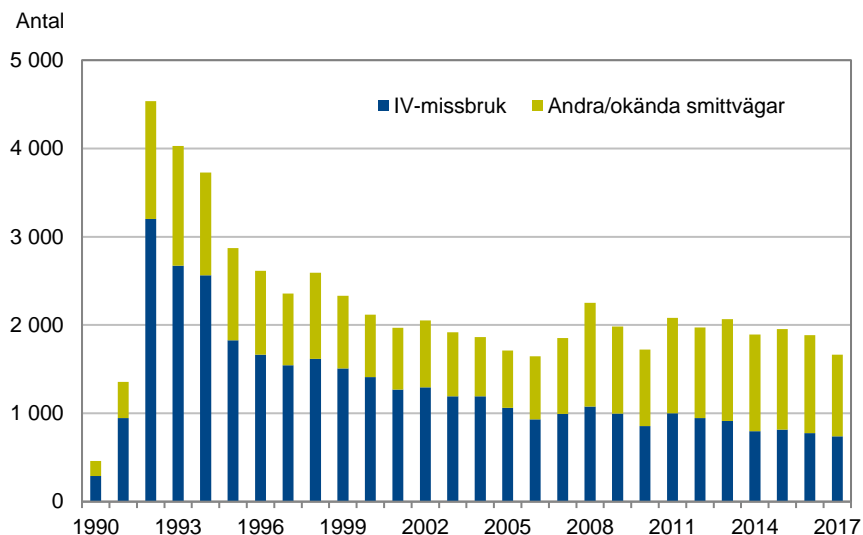
Hepatit C är förhållandevis vanligt bland personer som injicerar narkotika i Sverige. En studie från Stockholm fann exempelvis att 82 % av de drygt 700 personer man kom i kontakt med 2007–2008, vilka injicerat narkotika senaste 12 månaderna, var hepatit C-positiva (Britton m.fl. 2009). Andra lokala svenska studier som rapporterats in till EMCCDA visar på att förekomsten enligt olika studier varierar mellan 56 och 97 % åren 2007–2013 (se [www.emccda.europa.eu](http://www.emccda.europa.eu)).

Sammanlagt har över 36 000 fall av hepatit C med intravenös smittväg anmälts mellan 1990 och 2017 i Sverige (diagram M och tabell 65). Dessa utgör knappt två tredjedelar av samtliga inrapporterade fall med hepatit C. I drygt 40 % av de övriga inrapporterade fallen är dock smittvägen okänd, vilket innebär att antalet injektionsrelaterade fall i själva verket är högre. Under 2000-talet har fallen halverats och uppgick till 740 stycken under 2017.

### *Hiv*

De första hiv-positiva narkomanerna diagnostiserades 1985 och många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt hiv-anmälda med intravenös smittväg rapporterades därför under 1985 och 1986 (sammanlagt 346 fall enligt tabell 62). Mellan 1987–2000 sjönk antalet, från ca 100 till 16 fall per år. Under 2000-talet har i genomsnitt 26 personer årligen upptäckts vara intravenöst hiv-smittade.

Hittills har totalt närmare 1 300 personer inrapporterats hiv-smittade via konstaterat intravenöst missbruk. En uppsökande studie från 2007–2008 gjord i Stockholm fann att 7 % av de drygt 700 personer man kom i kontakt med, som injicerat narkotika senaste 12 månaderna, var hiv-positiva (Britton m.fl.).



**Diagram M.** Antal fall av hepatit C-positiva via intravenöst missbruk respektive andra/okända smittvägar. 1990–2017 (Tabell 65)

2009)<sup>15</sup>. I andra lokala svenska undersökningar utförda i storstadsregioner 2009–2013 har hiv-prevalensen varierat mellan 2–12 % bland injicerande narkotikaanvändare (se [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

## Dödlighet

För det första kan det konstateras att dödligheten bland personer som använder narkotika är hög, i synnerhet vad gäller användning av opioider. ECNN (2018) anger att dödligheten i Europa enligt kohortundersökningar ligger på 1–2 % per år bland personer med problematiskt bruk av droger. Detta är 10–20 gånger högre jämfört med befolkningen i motsvarande åldrar. Aktuella kohortdata saknas för svensk del men liknande resultat framkom i en äldre undersökning från Stockholms län (Tunving, Olsson & Krantz 1989).

För det andra kan det konstateras att antalet dödsfall påverkas av en rad faktorer; de narkotiska preparaten i sig, hur narkotikan intas, om den blandas med andra droger, omständigheter i narkotikaanvändarens livssituation och förändringar i egenskaper hos populationen som använder narkotika. Även strukturella faktorer, som tillgången till adekvat vård, har självfallet relevans. Om

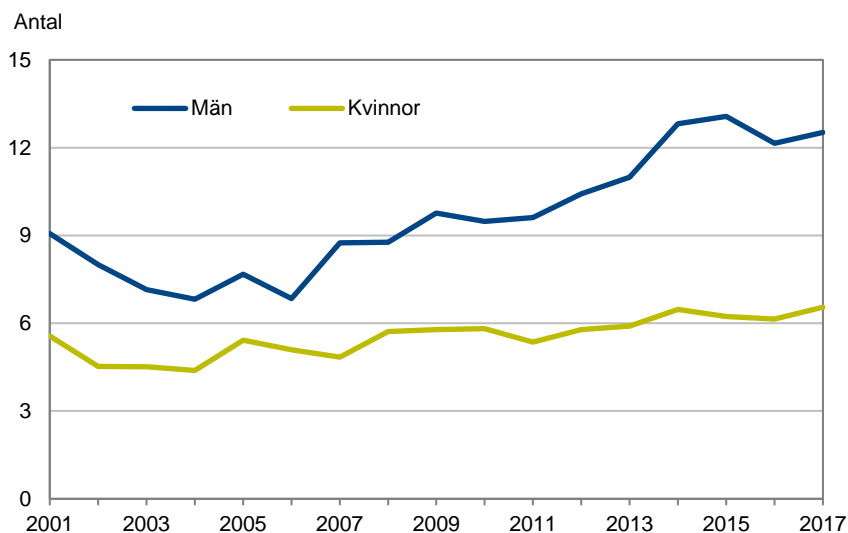
<sup>15</sup> Sannolikt bidrog denna studie till den tillfälliga topp som syns i statistiken dessa år.



dödligheten ökar behöver det med andra ord inte innebära att narkotikamissbruket har ökat i omfattning.

För det tredje är det inte oproblemiskt att definiera och mäta narkotikarelaterad dödlighet. Ska endast förgiftningar inräknas eller ska andra skador till följd av narkotikaanvändning tas med? Ska alla narkotikaklassade substanser beaktas eller endast de som antas förekomma vid typiskt missbruk? Valet av definition får betydelse för jämförelser såväl över tid som mellan länder. Inte bara diagnosurvalet är viktigt i sammanhanget, även förändringar i kodningspraxis är av betydelse.

Socialstyrelsen följer numera narkotikadödlighetens utveckling genom underliggande ”dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar”, med start år 2001 (Socialstyrelsen 2017b). Av diagram N (tabell 68) framgår att dessa dödsfall ökat med närmare 30 % mellan 2001 och 2017 och att det främst är männen som står för ökningen. Under senare år är dessa dödsfall dubbelt så vanliga bland män som bland kvinnor. Närmare 80 % av de avlidna är yngre än 50 år. Merparten av förgiftningarna klassas som olycksfall (”överdoser”) men självmord förekommer också i statistiken, liksom oklar avsikt. Opioider är mycket vanligt förekommande vid dessa dödsfall, inte sällan i kombination med bensodiazepiner eller med andra substanser (se även Leifman 2017 och Folkhälsomyndigheten 2019).



**Diagram N.** Antal narkotika- och läkemedelsförgiftningar per 100 000 invånare. 2001–2017. (Tabell 68)

I tabell 69 presenteras en längre tidsserie enligt den redovisningsmetod Socialstyrelsen tidigare presenterade. Denna statistik innefattade ett annorlunda diagnosurval, och innehåller även bidragande diagnoser, och täcker perioden 1969–2017. På grund av byten av ICD-koder är jämförbarheten över tid bruten 1987 respektive 1997.

Från mitten av 1970-talet, då heroin introducerades, ökade narkotikadödligheten enligt denna statistikserie fram till millennieskiftet. Därefter skedde en nedgång men sedan 2014 ligger narkotikadödligheten på en ännu högre nivå än år 2000. Mellan 1997 och 2017, då data är jämförbara, har det skett en 25-procentig ökning av narkotikadödligheten enligt denna källa. Ungefär två tredjedelar av de avlidna är numera yngre än 50 år.

Ytterligare en tidsserie som ska spegla narkotikarelaterad dödlighet finns att tillgå från EMCDDA, och denna är tänkt att användas vid europeiska jämförelser. Med denna statistikserie fångas färre fall in jämfört med ovan, men å andra sidan indikerar den att det skett en kontinuerlig och mycket kraftig ökning (400 %-ig) av den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige sedan 1997.

Att de tre olika måtten ovan indikerar olika kraftiga ökningarna och att de dessutom sker vid lite olika tidpunkter illustrerar att definitioner är avgörande för såväl nivåer som för trender. Trots avvikelserna källorna emellan kan det ändå konstateras att samtliga tre serier pekar på att narkotikadödligheten har varit hög under senare år<sup>16</sup>.

Intresseväckande är att andelen dödsfall bland personer 30 år och yngre inte minskat under 2000-talet (vara sig enligt tabell 68 eller 69). Detta tyder på att de totalt sett relativt höga dödstalen inte enbart kan förklaras med en sjukare och äldre missbrukspopulation.

En länsvis fördelning av de narkotikarelaterade dödsfallen perioden 1987–2017 (enligt den tidigare definitionen) presenteras i tabell 70. Det kan konstateras att Skåne och Västra Götalands län båda bidrar med relativt oförändrade andelar under trettioårsperioden (omkring 15 %) medan Stockholms län sjunker från ca 50 till 25 % samtidigt som motsatt utveckling sker i Sveriges övriga län.

---

<sup>16</sup> Vilket delvis kan hänga samma med utvecklade provtagningsrutiner på Rättsmedicinalverket (Leifman 2017).

## Internationell jämförelse

Om man jämför Sverige med Europa i övrigt framgår att i detta perspektiv är det förhållandevis ovanligt att svenska skolungdomar har provat narkotika. Detta visar exempelvis ESPAD-studien som genomförts vart fjärde år sedan 1995 i ett stort antal europeiska länder, i syfte att generera så jämförbara data som möjligt genom en standardiserad datainsamling (se Kraus m.fl. 2016). I genomsnitt uppgav 18 % av de sextonåriga europeiska ungdomarna i 2015 års datainsamling att de någon gång provat narkotika och i Sverige var motsvarande andel 8 %. I praktiskt taget samtliga länder hade de flesta elever som provat narkotika använt (åtminstone) cannabis. Nivåerna var särskilt höga (30–35 %) i Bulgarien, Frankrike, Liechtenstein, Monaco och Tjeckien.

Även bland unga vuxna liksom befolkningen i stort är narkotikaerfarenheterna mindre omfattande i Sverige jämfört med övriga Europa. Exempelvis har i genomsnitt cirka en fjärdedel av befolkningen 15–64 år i Europa använt cannabis någon gång jämfört med ca 15 % i Sverige (ECNN 2018). Bland unga vuxna (15–34 år) har runt 14 % av européerna använt cannabis senaste 12 månaderna och i Sverige är motsvarande andel hälften så stor.

I USA har regelbundna undersökningar av skolelevs narkotikaerfarenheter genomförts sedan mitten av 1970-talet (se Johnston m.fl. 2019). Dessa uppvisar likartade trender som bland svenska ungdomar i motsvarande åldrar men på betydligt högre nivåer. I genomsnitt har andelen som provat narkotika normalt under tidsperioden varit 3–4 gånger mer omfattande i USA jämfört med Sverige (48 jämfört med 16 % bland artonåringarna år 2018). Även om trenderna varit likartade över tid är det alltså betydligt fler amerikanska artonåriga ungdomar som använt narkotika, och detta gäller inte minst regelbunden användning då 24 jämfört med 4 % använt narkotika senaste 30 dagarna.

I den amerikanska befolkningen 12 år och äldre uppger runt hälften att de någon gång provat narkotika (SAMHSA 2018), vilket är omkring fyra gånger fler jämfört med Sverige.

Om man ser till mera problematisk narkotikaanvändning som kan leda till allvarigare konsekvenser infinner sig en viss jämförelseproblematik eftersom data sällan är insamlade i syfte att göra jämförelser mellan länder. Att jämföra olika länders nivå av problematiskt missbruk med indikatorer som t.ex. narkotikarelaterad dödlighet är alltså förenat med uppenbara svårigheter. För det första skiljer sig missbruket åt, såtillvida att det är olika preparat som missbrukas på olika sätt, för det andra avspeglas den varierande synen på missbruket i valet av nationella definitioner och statistiska rutiner. Hur och när denna typ av data insamlats kan alltså vara avgörande för utfallet av de internationella jämförelserna.

Bäst jämförelsemöjligheter mellan likartade länder ger ECNN:s statistik gällande ett antal europeiska länder (se EMCDDA Statistical Bulletin). Enligt dessa data förefaller Sverige inta en mellanställning vad gäller problematisk droganvändning, relaterat till befolkningsstorleken i åldersspannet 15–64 år. Vad gäller narkotikarelaterad dödlighet ligger Sverige enligt statistiken dock väsentligt sämre till än EU-genomsnittet. De problem som råder vid internationella jämförelser av denna typ av data, vilka berörts tidigare, måste dock noga beaktas så att inga felaktiga slutsatser dras utifrån observerade skillnader.

# Referenser

I denna referenslista ingår uppdateringar av källor som ingick i Drogutvecklingen i Sverige 2014 (CAN rapport 144) respektive Drogutvecklingen i Sverige 2017 (CAN rapport 164), vilka bidrar till de sammanfattande bedömningarna som görs i denna rapport. Dessutom ingår källor som använts för att uppdatera informationen i tabellbilagan.

Agardh E m.fl. (2014). *Hur stor del av Sveriges sjukdomsburden orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning? – Kartläggning utifrån ”DALY-metoden” 1990–2010*. Institutionen för folkhälsovetenskap. Stockholm: Karolinska Institutet.

Agardh E m.fl. (2016). *Alcohol-attributed disease burden in four Nordic countries: a comparison using the Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors 2013 study*. *Addiction*, 2016, 111, 1806–1813.

Babor T m.fl. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity – Research and public policy*. Oxford University press.

Britton m.fl. (2009). Baslinjestudie om blodburen smitta bland injektionsnarkomaner i Stockholms län 1 juli 2007–31 augusti 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för medicin och Maria beroendecentrum AB.

Brå (2003). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*. Brå-rapport 2003:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brå (2010). *Narkotikastatistik 2009*. Brå-rapport 2010:16. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brå (2012). *Brottsutvecklingen i Sverige 2008–2011*. Brå-rapport 2012:13. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brå (2013). *Brottsutvecklingen för vissa egendomsbrott, rattfylleri och narkotikabrott. Kortanalys*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brå. Anmälda brott, misstänkta personer och personer lagförda för brott. <https://www.bra.se/statistik/kriminalstatistik.html>. Data hämtat 2018-12-20.

CAN (2014). *Drogutvecklingen i Sverige 2014*. Rapport 144. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

CAN (2017). *Drogutvecklingen i Sverige 2017*. Rapport 164. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Ds S 1977:8 (1977). *Undersökningar av narkotikavanor. En sammanställning från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- ECNN (2018). *Europeisk narkotikarapport 2018: Trender och utveckling*. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå.
- EMCDDA. Statistical Bulletin. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drid>. Nedladdat 2019-03-05.
- European Commission (2017). *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Special Eurobarometer 458.
- EU-upplysningen (2017). Elektronisk källa <http://www.eu-upplysningen.se/> *Har EU förbud mot snus?* Nedladdat 2017-01-26.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Alkoholstatistik 2013*. Stockholm.
- Folkhälsomyndigheten (2018). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>. Nedladdat 2019-03-04.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Den svenska narkotikasituationen*. 12 mars 2019. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten, Indikatorlabbet, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/and-tuppfoljning/indikatorlabbet/>.
- Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Levnadsvanor: Alkoholvanor och narkotikavanor. Data nedladdad 2018-20-19 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor>.
- Freeman T m.fl. (2019). Increasing potency and price of cannabis in Europe, 2006–16. *Addiction*, <https://doi.org/10.1111/add.14525>.
- Goldberg T (2010). *Hur blir man narkoman? – Och hur hindrar vi det?* Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Guttormsson U & Leifman H (2016). *ESPAD i Sverige – Europaperspektiv på skolungdomars drogvanor*. Rapport 159. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U & Zetterqvist M (2018). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2017*. Rapport 171. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapport 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2016). *Läkemedel i missbruksmiljöer 2015. Situationen enligt rapportörer från Sveriges polisområden*. Rapport 157. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2018). *Från Norrbotten till Skåne – ANDT-användning bland skolungdomar i länen 1978–2018*. Fokusrapport 01. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

Henriksson C (red.) (2018). *Tobaksvanor i Sverige – tobakskonsumtionen i siffror med fokus på år 2017*. Rapport 172. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Hjärt-Lungfonden (2016). Elektronisk källa: [www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Tobak/Sluta-snusa/](http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Halsa/Tobak/Sluta-snusa/). Nedladdad 2017-03-23.

Johnston L D m.fl. (2019). *Monitoring the Future national survey results on drug use 1975–2018: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for social Research, University of Michigan.

Kraus L m.fl. (2016). *The 2015 ESPAD Report. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M & Zetterberg H (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.

Landberg J, Ramstedt M och Sundin E (2018). Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak. Rapport 176. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Leifman H & Gustafsson N-K (2003). *En skål för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport 2003:11. Stockholm: SoRAD.

Leifman H & Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.

Leifman H (2017). *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. Rapport 158. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Olsson B, Adamsson Wahren C & Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapport 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Polisen & Tullverket (2016). *Drogsituationen – Lägesbild i Sverige 2013–2016*. Stockholm: Polismyndigheten.

Prop. 2010/11:47. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*. Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringens skrivelse 2015/16:86. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020*. Stockholm: Socialdepartementet.

Rättsmedicinalverket (2018). *Nätdroger*. <https://www.rmv.se/natdroger/> hämtat 2019-02-18.

Rättsmedicinalverket (2019). *Årsredovisning 2018*. Dnr X18-91302.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SAMHSA (2018). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*. HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SCB (2018). Tabellfiler för tobaksvanor i: *Undersökningen av levnadsvanor (ULF)*. Hämtade oktober 2018 från: <http://www.scb.se>. Uppgifterna kompletterade med specialbeställningar från undersökningen framtagna av Charlotte Samuelsson.

SKL (2018). *Handlingsplan mot missbruk och beroende - Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1986:9.

Socialstyrelsen (2016). *Narkotikarelaterade dödsfall – Statistikutveckling och en analys av 2014 års dödsfall*. Art.nr: 2016-2-32. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017a). Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer. Art.nr: 2017-4-26. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017b). *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2016*. Art.nr: 2017-9-12. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018a). *Statistik om dödsorsaker 2017*. Art.nr: 2018-10-17. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2018b). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2017*. Art.nr: 2018-5-15. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2019-1-16. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. *Diagnoser i slutenvård*. [www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard). Data levererat 2018-12-19.

Socialstyrelsen. *Dödsorsaker i slutenvård*. [www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker). Data levererat 2016-12-19.

Solarz A (1990). *Vem blir drogmisbrukare? Droger, kriminalitet och kontroll*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

SOU 1996:126. *Doping i folkhälsoperspektiv*. Utredningen om doping. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

SOU 2014:43. *Synnerligen grova narkotikabrott. Betänkande av Narkotikastraffutredningen*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder*. 2009:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.



Statens folkhälsoinstitut (2010a). *Minskade skador av alkoholkonsumtion och ett narkotikafritt samhälle – Uppföljning av de nationella handlingsplanerna*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2010b). *Narkotika. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Målområde 11. Bruket i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Sundin E, Landberg J och Ramstedt M (2018). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. Rapport 174. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Sundin m.fl. (2015). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige*. Rapport 149. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Surgeon General (2014). *The health consequences of smoking – 50 years of progress*. U.S. Department of Health & Human Services, Rockville, MD.

Sveriges Riksdag (2015). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020*. Stockholm: Sveriges Riksdag. (Regeringens skrivelse 2015/16:86)

Systembolaget (2017). *Ansvarsredovisning*. Stockholm: Systembolaget.

Thor S & Guttormsson U (2018). *När huvudet bultar och magen värker – Ungas psykosomatiska besvär och erfarenheter av alkohol, narkotika samt tobak*. Fokusrapport 02. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Trafikanalys (2018). *Vägtrafikskador 2017*, statistik 2018:12.

Trafikverket (2017). *Trafiksäkerhet. Resultat från trafiksäkerhetsenkäten 2017*.

Transportstyrelsen. *LOB-statistik*. Data levererat 2016-12-21.

Trolldal B. PM. *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2018*. Preliminära resultat, mars 2019. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Trolldal B & Leifman H. *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017*. Rapport 175. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Tullverket (2018). Beslagsdata hämtat från <https://www.tullverket.se/sv/omoss/press/beslagsstatistik/nationellbeslagsstatistik>. 2018-11-16.

U.S. Department of Health & Human Services (2016). Elektronisk källa. <http://betobaccofree.hhs.gov/> Avsnitt: *Tobacco Use and Fertility*. Nedladdat 2016-03-11.

UNDCP (2000). *World Drug Report*. New York: Oxford University Press. UNODC

World Health Organization (2009). *Global health risks – Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva.

World Health Organization (2015). Elektronisk källa. [www.who.int](http://www.who.int). *Tobacco. Fact sheet no 339*. Nedladdat 2016-01-22.

Zetterqvist M red. (2018). *Skolelevs drogvanor 2018*. Rapport 178. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.