

CAN Rapport 113

Drogutvecklingen i Sverige 2008

CAN – en kunskapsbank i drogfrågor

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

CAN följer drogutvecklingen

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

© Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)
1:a upplagan, 1:a tryckningen (1–350)
Sättning: Britta Grönlund, CAN
Tryck: AWJ Tryck AB, 2008
Omslag: Löwenberg Media
ISSN 0283-1198
ISBN 978-91-7278-217-4 (tryck)
URN:NBN:se:can-2008-3 (pdf)

Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Klara Norra Kyrkogata 34, Box 70412, 107 25 Stockholm

Tel: 08-412 46 00, fax: 08-10 46 41

E-post: can@can.se, hemsida: www.can.se

Drogutvecklingen i Sverige 2008



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 113

Stockholm 2008

Förord

Alltsedan 1970-talets början har CAN producerat årliga rapporter som beskriver drogutvecklingen i Sverige. Publikationerna, som bygger på en lång rad uppgifter av statistisk karaktär, är de mest heltäckande sammanställningarna över drogutvecklingen i landet.

Arbetet med *Drogutvecklingen i Sverige 2008* har utförts med Siri Nyström som redaktör.

Britta Grönlund har svarat för korrekturläsning samt sättning. Den engelska översättningen av sammanfattningen har gjorts av Johan Segerbäck.

I rapporten redovisas – förutom statistik framtagen på CAN – uppgifter inhämtade från ett flertal myndigheter, institutioner, organisationer och företag, bl a Brottsförebyggande rådet, Kriminalvården, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, SIKÅ, SoRAD, Swedish Match, Systembolaget, Tullverket och Vägverket.

Stockholm i oktober 2008

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

Sammanfattning.....	21
Summary.....	35
Alkoholutvecklingen.....	51
Inledning	51
Alkoholpolitik	52
Försäljningsutvecklingen.....	55
Konsumtionsutvecklingen	63
Skadeutvecklingen.....	77
Internationella aspekter.....	91
Referenser	100
Narkotikautvecklingen.....	103
Inledning	103
Narkotikapolitik.....	104
Narkotikautbudet.....	107
Tillgänglighetsutvecklingen	116
Utvecklingen av experimentell/tillfällig användning av narkotika	118
Utvecklingen av tungt missbruk	124
Vård, sjuklighet och dödlighet	137
Narkotikasituationen i andra länder.....	145
Internationell jämförelse av ungdomars narkotikaerfarenhet.....	147
Referenser	150
Snifningsutvecklingen.....	153
Inledning	153
Missbrukets omfattning	153
Internationell jämförelse av ungdomars snifningserfarenhet	158
Referenser	160
Dopningsutvecklingen.....	161
Inledning	161
Beslags- och kriminalstatistik.....	162
Utvecklingen enligt frågeundersökningar	163
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten	168
Referenser	169

Tobaksutvecklingen.....	171
Inledning	171
Försäljningsutvecklingen.....	172
Konsumtionsvaneundersökningar.....	175
Konsekvenser av tobakskonsumtion.....	182
Internationell jämförelse av rökvanor	184
Referenser	187
Könsrelaterade skillnader i drogvvanor	189
Inledning	189
Män och kvinnor i statistiken.....	189
Betydelsen av ett könsperspektiv.....	196
Sammanfattning.....	199
Referenser	201
Metodproblem och tillförlitlighet.....	203
Inledning	203
Metodproblem vid frågeundersökningar.....	204
Beskrivning av de redovisade undersökningarna.....	208
Indikatorer på bruk och missbruk	214
Referenser	217
Tabeller.....	219
Bilagor	
1. ICD-koder.....	335
2. Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika	338

Diagram

Alkoholutvecklingen

1.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1861–2006.	56
2.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1946–2006.	57
3.	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2007.	58
4.	Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2007.	59
5.	Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2007.	62
6.	Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2008.	65
7.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	66
8.	Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2008.	67
9.	Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003.	68
10.	Självrapporterad alkoholkonsumtion bland 18–75-åringar fördelat på kön i liter alkohol 100%. 1990–2002.	70
11.	Självrapporterad och uppräknad alkoholkonsumtion enligt SoRADs monitormätningar, fördelat på åldersgrupper och kön. 2002.	71
12.	Andel med riskabla alkoholvanor fördelat på ålder och kön, 16–84 år. 2007.	73
13.	Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt alkoholförsäljningen per invånare 15 år och däröver. 1966–2006.	83
14.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2007.	86
15.	Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2006.	88

16.	Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006.	89
17.	Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.	92
18.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2003.	94
19.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003.	95
20.	Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001.	96
21.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol tre gånger eller mer senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.	99

Narkotikautvecklingen

22.	Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2007.	109
23.	Andelen elever i åk 9 samt gymnasiets årskurs 2 som aldrig använt narkotika som haft möjlighet att pröva narkotika samt andelen mönstrande som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2008.	110
24.	Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2007.	112
25.	Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2007 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2007.	114
26.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2008.	119
27.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2008.	120
28.	Andel som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön samt ålder, 16–84 år. 2007.	122
29.	Uppskattat antal personer med tungt missbruk 1979–1998 samt uppskattat antal personer med problematiskt missbruk 1998–2004.	126
30.	Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2007.	128
31.	Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia eller opiater. 1975–2006.	130

32.	Antal personer med tungt narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.	134
33.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotika-relaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2007.	140
34.	Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2007.	141
35.	Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2006.	143
36.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995, 1999 och 2003.	148

Snifningsutvecklingen

37.	Andelen elever i årskurs 9 respektive månstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2008.	154
38.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång sniffat. 1995, 1999 och 2003.	159

Dopningsutvecklingen

39.	Antal beslag av dopningspreparat av polisen och tullen samt antal anmälda dopningsbrott. 1993–2007.	163
40.	Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2007.	164

Tobaksutvecklingen

41.	Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2007.	173
42.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2008.	176
43.	Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2006.	178
44.	Antalet rökningrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.	183
45.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.	185

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

46.	Andelen 16–84-åringar som röker dagligen, snusar dagligen, har riskabla alkoholvanor samt har använt cannabis de senaste 12 månaderna, fördelat på kön. 2007.	190
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Graphs

Trends in alcohol use

1.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant aged 15 or over, by type of beverage, 1861–2006.	56
2.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant aged 15 or over, by type of beverage, 1946–2006.	57
3.	Estimated total alcohol consumption (litres of pure alcohol) in Sweden per inhabitant aged 15 or over, broken up into recorded consumption, unrecorded legal consumption and unrecorded illegal consumption, 1989–2007.	58
4.	Estimated proportions of recorded and unrecorded alcohol consumption, total and by type of beverage, 2007.	59
5.	Number of establishments licensed to serve alcoholic beverages to the public, and number of clubs and private societies licensed to serve alcoholic beverages to their members, 1977–2007 (year-end).	62
6.	Estimated average annual alcohol consumption (litres of pure alcohol) of pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) and pupils in year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18), by sex (data for 1977–1989 are estimates), 1977–2008.	65
7.	Estimated annual alcohol consumption (litres of pure alcohol) of young people, 1979/80–2003.	66
8.	Proportions of boys and girls in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) engaging in binge drinking at least once a month, and proportion of men undergoing pre-military service examination (age ≈ 18) claiming to be drunk at least once a week, 1972–2008.	67
9.	Estimated annual consumption (litres of pure alcohol) of medium-strength beer, strong beer, pre-mixed beverages, wine and spirits among young people in various age groups, 2003.	68
10.	Self-reported alcohol consumption (litres of pure alcohol) of 18–75-year-olds, by sex, 1990–2002.	70
11.	Adjusted alcohol consumption based on self-reported data among 16–80 year-olds, by age group and sex, 2002.	71
12.	Proportion of 16–84-year-olds consuming a hazardous amount of alcohol, by age group and sex, 2007.	73
13.	Number of drivers involved in traffic accidents resulting in personal injuries suspected of driving while intoxicated, relative to total population; and total sales of alcoholic beverages per inhabitant aged 15 or over, 1966–2006.	83

14.	Number of discharges, number of persons treated and number of persons treated for the first time since 1987, in-patient care, (primary or secondary) diagnosis related to alcohol, 1987–2007	86
15.	Deaths for which an alcohol-related diagnosis was given as an underlying or contributing cause of death, by age group, 1969–2006.	88
16.	Deaths for which an alcohol-related diagnosis was given as an underlying or contributing cause of death, by sex. Age-standardised mortality rates per 100,000 inhabitants, 1969–2006.	89
17.	Grading of scope and strictness of alcohol-control policies in 15 European countries, 1950 and 2000.....	92
18.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant in different countries by type of beverage, 2003.	94
19.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant in certain countries, 1965–2003.....	95
20.	Alcohol consumption (litres of pure alcohol per person aged 15 or over) in 15 European countries divided into three groups: wine countries, beer countries and former spirit countries, 1955–2001.....	96
21.	Proportions of 15–16-year-old pupils in various countries who had engaged in binge drinking three times or more in the past 30 days; 1995, 1999 and 2003.	99

Trends in illegal drug use

22.	Number of seizures (by Customs and Police) of cannabis, amphetamines, medical drugs, heroin and cocaine, 1971–2007.	109
23.	Proportions of pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) and year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18) without experience of drugs who claim to have had an opportunity to try drugs, and proportion of men undergoing pre-military service examination (age ≈ 18) who claim to have had an opportunity to try drugs (cannabis in 1976–1988), 1971–2008.	110
24.	Seizures (numbers and quantities) of cannabis, amphetamines, cocaine and heroin by Customs and Police, 1971–2007.	112
25.	Inflation-adjusted (2007 prices) retail (street level) prices of hashish, amphetamines, cocaine and brown heroin, 1988–2007.	114
26.	Lifetime prevalence of drug use among pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16), pupils in year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18) and men undergoing pre-military service examination (age ≈ 18), 1971–2008.	119
27.	Last-month prevalence of drug use among pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16), pupils in year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18) and men undergoing pre-military service examination (age ≈ 18) (cannabis only for year 9 pupils in 1986–1997), 1971–2008.	120
28.	Last-year prevalence of cannabis use among 16–84-year-olds by age group and sex, 2007	122
29.	Estimated number of people with heavy drug abuse (1979–1998) and problematic drug abuse (1998–2004).....	126

30.	Trends in the number of drug seizures by Customs and Police, number of persons suspected of drug crimes and number of drug-related deaths per inhabitant, 1965–2007.	128
31.	Proportions of different age groups among people charged with drug-related offences and charged under the Act on Penal Law on Narcotics for offences involving cannabis, central stimulants or opiates, 1975–2006.	130
32.	Number of persons with heavy drug abuse per 100,000 inhabitants aged 15–54 in Sweden, in the cities of Malmö, Gothenburg and Stockholm, and in the County of Stockholm except the city of Stockholm; 1979, 1992 and 1998.	134
33.	Number of discharges, number of persons treated and number of persons treated for the first time since 1987, in-patient care, (primary or secondary) diagnosis related to illegal drugs, 1987–2007.	140
34.	Number of clinically reported HIV-positive persons, broken down by route of infection: intravenous drug use or other ways, 1985–2007.	141
35.	Number of deaths with drug use as an underlying or contributing cause of death, by age group, 1969–2006.	143
36.	Lifetime prevalence of drug use among 15–16-year-old school pupils in various countries; 1995, 1999 and 2003.	148

Trends in sniffing

37.	Lifetime prevalence of inhalant sniffing among pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) and men undergoing pre-military service examination (age ≈ 18), 1971–2008.	154
38.	Lifetime prevalence of inhalant sniffing among 15–16-year-old school pupils in various countries; 1995, 1999 and 2003.	159

Trends in doping

39.	Seizures by Police and Customs of doping substances and number of reported doping-related crimes, 1993–2007.	163
40.	Number of persons suspected of offences against the Act Prohibiting Certain Doping Substances, by age group, 1993–2007.	164

Trends in tobacco use

41.	Annual sales of cigarettes (numbers) and of other tobacco products intended for smoking (cigars/cigarillos and smoking-tobacco) and snuff (grams) per person aged 15 or over, 1970–2007.	173
42.	Proportions of pupils in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) and pupils in year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18) claiming to smoke on a daily or almost daily basis, 1983–2008.	176
43.	Proportion of daily smokers in the adult population (aged 16–84), 1980–2006.	178
44.	Number of smoking-related deaths in Sweden, by sex, 1955–1995.	183
45.	Last-month prevalence of cigarette smoking among 15–16-year-old pupils in various countries; 1995, 1999 and 2003.	185

Gender related differences in drug use

46. Proportion of 16–84 year olds who smoke, use snuff, consume a hazardous amount of alcohol and last 12 months prevalence of cannabis, by sex. 2007. 190

Tabeller

Alkoholutvecklingen

Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion

1.	Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2006.	221
2.	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2007.	225
3.	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2007, uppdelad på dryckestyp och ursprung.	225
4.	Länsviss försäljning av sprit, vin och starköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1988–2005.	227
5.	Länsviss försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1996–2005.	228
6.	Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2006.	230
7.	Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2007.	231
8.	Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker och på restauranger räknat i miljoner kronor. 1989–2005.	232
9.	Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. December 1984–december 2007.	233

Konsumtionsvaneundersökningar

10.	Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2008.	235
11.	Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter dryckestyp och kön. 2004–2008.	236
12.	Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2008.	237
13.	Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2008.	238
14.	Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2008.	239
15.	Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2008.	240

16.	Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2008.	241
17.	Berusningsbenägenhet bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter kön. Procent. 2004–2008.	242
18.	Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2006–2008.	243
19.	"Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2006.	244
20.	"Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2006.	245
21.	Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.	246
22.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	247
23.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och blanddrycker i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	248
24.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av sprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	249
25.	Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2007.	249
26.	Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2007.	250
27.	Andelen 16–84-åringar som är berusade mer än 1 gång/månad, efter kön och ålder. 2004–2007.	250
28.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Olika åldersgrupper, 18–70 år. 1982–2000.	251
29.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år . 1982–2000.	252
30.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år . 1982–2000.	252

Skadeutvecklingen: fylleri, trafik och olyckor

31.	Ingripanden i antal och per 1 000 invånare 15 år och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller enligt lagen om omhändertagande av berusade personer m m, efter kön. 1963–2007.	254
32.	Antalet ingripanden per 1 000 invånare 15 år och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller enligt lagen om omhändertagande av berusade personer m m, efter län. 1991–2007.	255
33.	Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2007.	256
34.	Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2007.	257
35.	Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2007.	258

36. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2007.	259
37. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2007.....	260

Skadeutvecklingen: vård, sjuklighet och dödlighet

38. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6 § Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983–2007.....	262
39. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2007.....	263
40. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2007.	264
41. Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2007.	265
42. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006.....	266
43. Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1992–2006.....	267
44. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar. 1960–2006.	268
45. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende. 1960–2006.	269
46. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos. 1960–2006.	270
47. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning. 1960–2006.....	271
48. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2006.	272

Internationella aspekter

49. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000.	274
50. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2003.	275
51. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003.	276
52. Alkoholkonsumtionen i några europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001.....	278
53. Levercirrhosdödlighet i några europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.	279

54. Levercirrhosdödlighet i några europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995..... 280
55. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol tre gånger eller mer de senaste 30 dagarna, prövat narkotika någon gång, sniffat någon gång samt rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003. 281

Narkotikautvecklingen

Beslagsstatistik

56. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1966–2007. 283
57. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2007. 284
58. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2007. 285
59. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2007. 286
60. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2007. 287
61. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2007 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medelvärdet. 1988–2007. 288

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

62. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2008. 290
63. Erfarenhet av narkotika bland elever i gymnasiets årskurs 2 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 2004–2008. 291
64. Andelen mänstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006..... 292
65. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1976–2006. 293
66. Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2007. 294
67. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2007..... 294
68. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna, efter kön och ålder. 2004–2007. 295
69. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk 1979, 1992 och 1998. 295

Kriminalstatistik

70. Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2007. 297

71.	Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2007.	298
72.	Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2007.	299
73.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2007.	300
74.	Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2006.	301
75.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2006.	302
76.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2006.	303
77.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2006.	304
78.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2006.	305
79.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2006.	306

Missbrukare inom kriminalvården

80.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1966–2007.	308
81.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar 1 april. 1966–2007.	309
82.	Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2007.	310

Sjuklighet och dödlighet

83.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2007.	312
84.	Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2007.	313
85.	Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2007.	314
86.	Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2007.	315
87.	Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2007.	316
88.	Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006.	317

89. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod, fördelat på län. 1987–2006..... 318

Snifningsutvecklingen

90. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2008..... 320
91. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 2004–2008. 321
92. Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2006. 322

Dopningsutvecklingen

93. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2007. 324
94. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda brott (huvud- och bibrott) mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2007. 325
95. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2007. 325
96. Andel elever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2008. 326
97. Andel elever i gymnasiets årskurs 2 som använt anabola steroider. 2004–2008. 326
98. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2006. 327
99. Andelen 16–24-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003..... 328
100. Andelen 15–75-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000..... 328

Tobaksutvecklingen

101. Den årliga försäljningen av cigaretter respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i vikt per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2007. 330
102. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2008. 331
103. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker eller snusar. 2004–2008. 332
104. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2006. 333
105. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2007..... 334

Sammanfattning

Det finns idag en mängd olika data som kan användas för att beskriva bruk och missbruk av alkohol, narkotika och andra droger. På flera områden ger dessa uppgifter en god uppfattning om drogproblemens omfattning och utveckling. Inom andra ger de däremot en sämre bild, beroende på kvalitetsbrister eller på att vissa typer av information helt enkelt saknas. Frågor som berör datakällorna och deras eventuella brister behandlas i metodkapitlet.

Alkoholutvecklingen

Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen nått en ny och högre nivå, samtidigt som den registrerade försäljningen förblivit relativt oförändrad. Den statistikförda konsumtionen omfattar Systembolagets och restaurangernas försäljning samt butikernas folkölsförsäljning. För att få en uppfattning om den totala konsumtionen måste även privatinförd, smugglad och hemtillverkad alkohol läggas till – d v s oregistrerad konsumtion – vilken bestäms med hjälp av frågeundersökningar. Sedan 1990-talet finns relativt goda uppskattningar på den oregistrerade konsumtionens storlek.

Den totala konsumtionen för 2007 beräknas till 9,8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Mycket av alkoholen som dricks har nuförtiden sitt ursprung i privat införsel och denna andel bestämdes till 20% 2007. Samma år härrörde mindre än 1% från legal hemtillverkning, 9% från smuggling och hembränning (d v s illegala källor), 16% från restauranger och livsmedelsbutiker samt 55% från Systembolaget.

Mellan 1990 och 2004 fördubblades andelen oregistrerad alkohol, från 18 till 38% av konsumtionen. Till viss del beror ökningen på ett större inslag av illegal alkohol, men främst handlar det om ökande mängder privatinförd alkohol. Under de senaste åren, 2004–2007, har andelen oregistrerad alkohol minskat med 9% då Systembolaget återtagit andelar av försäljningen.

Ytterligare skäl till försäljnings- och konsumtionsökningar sedan 1990-talets mitt kan utgöras av realprissänkningar på öl och vin, introduktion av nya

Sammanfattning

dryckestyper och förpackningar, utökade öppettider på Systembolaget och en ökning av antalet restauranger med tillstånd att servera alkohol.

De fem senaste åren har årskonsumtionen uppgått till ca tio liter ren alkohol, vilket historiskt sett är en mycket hög nivå. Jämfört med senare delen av 1990-talet är detta en ökning med ca 2,5 liter, eller med dryga 30%, enligt de uppskattningar som även inkluderar oregistrerad alkohol.

Stora förändringar har även skett i val av dryckestyper. Under hela efterkrigstiden har vin stadigt ökat i betydelse och svarade 2006 för 44% av all alkoholförsäljning, räknat i ren alkohol. Även starkölet har länge ökat och svarar sedan flera år för en klart större försäljningsandel än spriten. Under 2006 bidrog starkölet till 29% av försäljningen. Folkölets försäljningsandel har halverats under de senaste tio åren och utgjorde 9% 2006, vilket ger en summerad ölandel om 38%.

Tar man hänsyn även till den oregistrerade alkoholen sjunker öl- och vinandelarna till 37% vardera under 2006 medan spritandelen ökar från 18 till 25%. Öl och vin är således fortfarande vanligare än sprit även när oregistrerad konsumtion beaktas och det kan konstateras att Sverige sedan 1990-talet är ett öl- och vinland och inte längre ett spritland.

Något som delvis står i motsats till konsumtionsutvecklingen är yngre ungdomars alkoholvanor som de registreras i CANs årliga undersökning bland elever i årskurs 9. Enligt dessa har andelen som svarar att de inte dricker alkohol ökat från runt 20% under 1990-talet till runt 30% de senaste fem åren. Under andra halvan av 1990-talet ökade förvisso konsumtionen bland eleverna kraftigt men under 2000-talet har den minskat.

Bland niorna har konsumtionen hos såväl flickor som pojkar sjunkit relativt kraftigt de senaste två åren. Pojkarnas konsumtion har sjunkit något mer än flickornas sedan millennieskiftet, men då bör också nämnas att pojkarnas ökning mellan 1995–2000 var kraftigare än flickornas. Skillnaden mellan pojkarnas och flickornas konsumtion är nu mindre än på länge. Trenderna i berusningsvanor följer ungefär samma utveckling som totalkonsumtionen hos skoleleverna.

En samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor, utifrån olika frågeundersökningar, är att de under 1990-talet ökade i omfattning. För pojkar i årskurs 9 har en nedgång i totalkonsumtion och berusning inträtt under 2000-talet. I motsats till niorna har konsumtionen ökat bland elever som går andra året på gymnasiet men 2008 är konsumtionen återigen nere i samma mängd som i början av undersökningsperioden 2004.

De minskade könsskillnaderna bland niorna återspeglas inte bland äldre ungdomar. I gymnasieundersökningen framkommer tydliga könsskillnader som visar att yngre män dricker betydligt mycket mer än yngre kvinnor. Konsum-

tionstoppen infinner sig runt 20–25-årsåldern och då är männens konsumtion mer än dubbelt så stor som kvinnornas. Hos männen minskar sedan konsumtionens omfattning med stigande ålder medan kvinnornas konsumtion snarare stabiliseras på en lägre nivå.

Valet av dryckestyper skiljer sig mellan könen. Bland vuxna män dominerar starköl och enligt intervjuresultat från 2002 utgjorde denna dryck 41% av den totala konsumtionen räknat i ren alkohol. Därefter kommer vin, sprit, folköl och cider. Bland kvinnorna dominerar vin, som utgjorde 52% av totalkonsumtionen samma år, följt av starköl, sprit, cider och folköl. För pojkar i nian dominerades konsumtionen tidigare av sprit, medan starköl numera är den största enskilda dryckeskategorin. Även om spritandelen minskat något bland flickorna under de senaste tio åren ger denna dryck trots allt det största enskilda bidraget räknat i ren alkohol, dock är blanddrycker numera mycket nära att dela denna första plats.

Yngre kvinnors dryckesmönster är mera spritt över olika alkoholtyper. Bland äldre ungdomar ökar i synnerhet inslaget av vin och starköl medan folköl minskar. Värt att notera är den kraftiga nedgång i folkölskonsumtionen som uppmätts bland eleverna i årskurs 9 den senaste tioårsperioden; 1995 utgjordes 38% av niornas konsumtion av folköl och 2008 var andelen endast 9%.

Det begränsade antalet undersökningar bland vuxna pekar på en klar tendens under efterkrigstiden till en ökad alkoholkonsumtion, inte minst bland kvinnor. Sedan 1980-talet har emellertid inte könen närmast sig varandra särskilt mycket enligt olika intervjuundersökningar. Då hade kvinnornas konsumtion ökat till ca 40% av männens och sedan 1990-talets mitt fram till 2002 låg den runt 45%. Andelen alkoholkonsumenter har också ökat under efterkrigstiden och andelen av den vuxna befolkningen som inte druckit alkohol under den senaste 12-månadersperioden låg 2000 på låga 10%.

En nyare undersökning från Statens folkhälsoinstitut visar dock på en något högre andel av befolkningen som inte druckit alkohol den senaste 12-månadersperioden, i genomsnitt 14% under perioden 2004–2007.

Flera alkoholfrågeundersökningar pekar på en ökning av andelen storkonsumenter av alkohol sedan 1990-talet. Ökningarna gäller såväl män som kvinnor och i de flesta åldersgrupper. Förklaringen till denna uppgång är främst ett ökat antal dryckestillfällen, snarare än att man dricker mera vid varje tillfälle. Dessutom pekar resultaten också på att antalet intensivkonsumtionstillfällen – d v s konsumtion av motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle – har ökat de senaste tio åren.

En jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden i Sverige och flera andra länder visar på betydande likheter. Sålunda karakteriserades perioden av en tilltagande konsumtion i många delar av värl-

Sammanfattning

den. Liksom i Sverige avstannade ökningen av den totala alkoholkonsumtionen i många länder i mitten på 1970-talet, för att sedan plana ut, och därefter rentav minska i vissa länder. Det sista gäller bl a några traditionella europeiska högkonsumtionsländer, som Frankrike, Italien och Spanien där stora minskningar kan konstateras, framförallt på vinsidan. I Sverige är det tvärtom vinkonsumtionen som ökar under motsvarande period.

Man kan alltså konstatera att konsumtionsutvecklingen går åt olika håll i de europeiska länderna i fråga (Norge och de femton länder som tidigare utgjorde EU), med resultatet att konsumtionsmönstren tenderar att bli mer lika. Vinländerna minskar sin vinkonsumtion och ölet och spritens andel av den totala konsumtionen ökar, medan utvecklingen är den motsatta i typiska spritländer. Utjämnningen av konsumtionsnivåerna länderna emellan innebär också en utjämnning av den alkoholrelaterade dödligheten. Det gäller framförallt dödligheten i levercirrhos som sjunkit i EUs vinländer och ökat i de sk öländerna, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna uppvisar en relativt konstant nivå.

När det gäller alkoholpolitiken tycks det som de tidigare femton EU-länderna närmat sig varandra. Medan alkoholpolitiken försvagats i Finland och Sverige har flera andra länder, bl a i Sydeuropa, förstärkt politiken genom att t ex minska nivåerna för tillåten blodalkoholhalt vid bilkörning och skärpa åldersbestämmelserna för inköp av alkohol såväl i butiker som på restauranger.

Att alkoholen ger upphov till såväl sociala som medicinska skador är väl känt. En del av dessa går att beskriva någorlunda väl med statistiska uppgifter. Det saknas emellertid data som entydigt visar omfattning och utveckling av alkoholskadorna. Detta gäller speciellt sociala skador, som t ex arbetsplatsfrånvaro eller konsekvenser för anhöriga i hem där missbruk förekommer. Vidare saknas säkrare uppgifter om utvecklingen av antalet missbrukare eller alkoholberoende. Faktorer som leder till brister i mått på alkoholskadenivån i samhället är bl a förändringar i lagstiftning, praxis, ekonomiska och personella resurser, diagnosmetoder, kunskaper och attityder. Indikatorerna som redovisas i denna rapport ger alltså ingen fullständig bild av alkoholskadornas utveckling och omfattning.

Som tidigare nämnts steg alkoholförsäljningen under efterkrigstiden för att nå en topp 1976. Under 1970-talet ökade fylleriomhändertagandena fram till 1975. Vidare ökade inläggningar med diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos i slutna psykiatrisk vård markant. Den alkoholrelaterade dödligheten ökade också kraftigt fram till och med 1979. För denna period finns det alltså ett samband mellan konsumtions- och skadeutvecklingen.

Efter 1976 minskade försäljningen och några år senare upphörde även ökningen av den alkoholrelaterade dödligheten. Med hänsyn till skattningar där även oregistrerad alkohol inkluderas kan årskonsumtionen i grova drag sägas

ha varit relativt oförändrad under större delen av 1980- och 1990-talen (ca 8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre). I detta perspektiv är den stora förändringen uppgången under 2000-talets början, som lett till att årskonsumtionen sedan fem år tillbaka ligger på ca 10 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre.

Antalet fylleriingripanden minskade kraftigt under 1980- och 1990-talen, sannolikt till största delen på grund av samhällets inställning och agerande runt detta. Det kan dock noteras att denna nedgång bromsades runt millennieskiftet och att omhändertagandenivån var oförändrad till 2004 för att sedan öka mellan 2005 och 2007.

Det kan vidare konstateras att sedan 1998 har antalet anmälda rattfylleribrott per invånare ökat med mer än 40%. Ökningen förklaras dock sannolikt till stor del av nytillkomna lagar och resursprioriteringar inom polisen och uppgången har heller inte inneburit att anmälningarna nått upp till den nivå som gällde när de var som flest; under 1990-talets början. Andelen i befolkningen som i frågeundersökningar säger att de druckit alkohol i samband med bilkörning under senaste 12 månaderna har minskat från 14% 1989 till 8% 2006.

Alkoholrelaterade trafikolyckor kan möjligen vara ett mindre känsligt mått på alkohol i trafiken. De senaste årens nivå på antalet misstänkt alkoholpåverkade vid olyckor med personskada är bortåt 40% högre än under 1990-talets andra hälft. Samtidigt har antalet varit ännu högre tidigare, i synnerhet runt konsumtionstoppen under senare delen av 1970-talet. Dock kan konstateras att andelen misstänkt alkoholpåverkade i olyckor med dödlig utgång inte är lägre än på 1970-talet utan uppgick till 9% 2003 och 2004, en dubbelt så hög andel som under 1990-talets mitt. Under perioden 2005–2007 har dock andelen legat något lägre, runt 6%.

En annan indikator som inte längre pekar nedåt är alkoholrelaterad slutenvård. Mellan 1987 och 1998 minskade antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen men därefter har nedgången vänts i en uppgång och 2007 var ökningen 26% jämfört med 1998. En ökning mellan 1998 och 2004 om 6% av antalet personer med alkoholproblem av den typ som slutenvården speglar har framräknats genom speciella statistiska bearbetningar av slutenvårdsdata med avsikt att även skatta mörkertalet. Ett möjligt problem med att använda slutenvårdsuppgifter som ensam indikator är emellertid att förändringar inom vårdutbudet och ökade satsningar på öppenvård har inverkan på statistiken.

Mellan 1979 och 2000 sjönk den alkoholrelaterade dödligheten för män med 22%, som den mäts enligt Socialstyrelsens diagnosurval. På senare år har dock nedgången hejdat och en uppgång om 14% noteras sedan 2000, om än inte till 1970-talets nivåer. Även för kvinnorna uppnåddes en relativt hög nivå 1979, men väsentligt mindre markerad. Under 2000-talet har antalet

Sammanfattning

kvinnliga alkoholrelaterade dödsfall ökat kontinuerligt och kvinnornas alkohol dödlighet är till skillnad från männens 16% högre 2006 jämfört med 1979.

Man kan konstatera att männens betydligt större alkoholkonsumtion ger tydligt utslag i dödlighetsstatistiken, då männen under 2000-talet har en ca fyra gånger så hög alkoholrelaterad dödlighet som kvinnorna. Samtidigt har dock skillnaden mellan män och kvinnor minskat, som en följd av ökade konsumtionsnivåer hos kvinnorna.

Även för flera av de andra tidigare omnämnda indikatorerna ökar kvinnornas proportion. Andelen kvinnor omhändertagna för fylleri har t ex stigit från 3% under 1970-talets början till 12% under 2000-talet. Vidare har andelen kvinnor misstänkta för trafiknykterhetsbrott ökat från 6 till 11% mellan 1984 och 2007. Samma period har det skett en fördubbling av andelen kvinnor som vårdats för missbruk inom institutionsvården. Också inom alkoholrelaterad slutenvård har kvinnoandelen stigit och under 2000-talet har de utgjort en fjärdedel.

Att tolka alkoholskadornas utveckling med hjälp av olika indikatorer är inte enkelt. Det kan dock konstateras att den positiva utveckling flera av dessa indikatorer uppvisade under 1990-talets första hälft jämfört med föregående årtionden, har brutits. I flera fall pekar alkoholskadeindikatorerna på att en negativ utveckling skett under 2000-talet och endast i undantagsfall indikeras att några förbättringar skulle ha skett. Bilden påverkas också av vilket år man väljer som utgångspunkt för jämförelserna och försämringarna som framskymtar innebär också i vissa fall att det snarast skett återgångar till tidigare nivåer.

Det kan dock konstateras att de mätbara alkoholskadorna för flera indikatorer inte förefaller ha ökat i motsvarande grad som den faktiska konsumtionen har gjort. Detta kan bero på en fördröjning innan effekterna ger sig till känna liksom att konsumtionsökningen åtminstone delvis ligger bland grupper som tidigare druckit relativt lite och traditionellt inte tillhört problemkonsumtionsgrupper, t ex äldre kvinnor. För att förstå och följa skadeutvecklingen mera i detalj är det således viktigt att ha god information om dryckesmönster i olika befolkningsgrupper, och förändringar av dessa.

Narkotikautvecklingen

Narkotikaanvändning kan innefatta allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till mera regelbunden användning liksom långvarigt och dagligt missbruk. Olika användningsformer har olika konsekvenser för individ och samhälle. Vid en redovisning och diskussion av utvecklingen är det därför viktigt att olika konsumtionsmönster hålls isär och inte enbart klumpas samman under begreppet narkotikamissbruk.

Liksom fallet är för uppgifterna om alkoholutvecklingen återspeglar undersökningar och statistik om narkotika inte bara den faktiska situationen utan resultaten påverkas också av andra omständigheter. Dessa utgörs bl a av förändringar i lagstiftning och tillämpning av lagarna samt förändrade inriktningar och resurser inom narkotikabekämpning, narkomanvård etc.

Den tillgänglighetsökning av narkotika som iakttogs under 1990-talet förefaller ha stagnerat under 2000-talet. Denna slutsats kan dras med ledning av att prisfallet på narkotika avmattats. Samtidigt ligger priserna stabilt lågt trots att allt större mängder narkotika beslagtas av rättsväsendet, vilket kan tolkas som att det råder en relativt god narkotikatillgänglighet i dagsläget.

Uppgifter om tillfällig eller mindre regelbunden narkotikaanvändning fås i första hand genom frågeundersökningar. Trots de metodproblem som finns vid sådana studier bedöms de återspegla utvecklingen relativt väl.

Sedan 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningarna. Andelen ungdomar som prövat narkotika var högst i början av 1970-talet, för att sedan minska och under andra hälften av 1980-talet nå en låg nivå. Under 1990-talet mer än fördubblades andelen skolelever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som prövade narkotika. Sedan början av 2000-talet har dock denna trend vänts i en nedgång och 2008 svarade 6% av eleverna i nian att de prövat narkotika. Motsvarande andel i de relativt nya undersökningarna i gymnasiets andra år var 16%.

Det är svårt att säga något om utvecklingen under 2000-talet bland ungdomar äldre än 18 år och unga vuxna eftersom det saknas jämförbara data. År 2003 svarade 17% av 16–24-åringarna i en telefonundersökning att de någon gång prövat narkotika. Debutåldern (för de som var 20 år och äldre) låg närmare 18 år, vilket speglar behovet av att följa utvecklingen även bland äldre ungdomar.

Normalt visar olika frågeundersökningar att ca 60% av dem som prövat narkotika enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart använt annan narkotika än cannabis. Amfetamin var tidigare den näst vanligaste narkotikasorten men numera delas andraplatsen med ecstasy, åtminstone bland ungdomar. Om illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp) tas med i bilden är de emellertid minst lika vanligt förekommande som ecstasy och amfetamin.

Den mera regelbundna användningen (använt senaste 30 dagarna) har bland ungdomar följt i stort sett samma trender som livstidsprevalensen. Ett visst undantag utgörs dock av niondeklassarna där den regelbundna användningen inte sjönk 2004–2006 utan låg på relativt höga 3–4%. Eftersom frågan ändrats 2007 går det dessvärre inte att säga om nivån på den aktuella konsumtio-

Sammanfattning

nen står sig. Enligt en undersökning bland 16–24-åringar kulminerar den regelbundna användningen runt 21-årsåldern.

Enligt en postenkät från 2007 riktad till 16–84-åringar har ca 10% någon gång provat cannabis, vilket motsvarar drygt 750 000 personer i åldersintervallet. Bland 18–29-åringarna har drygt en femtedel av männen och en sjättedel av kvinnorna gjort detta. Åtta respektive 4% i denna åldersgrupp hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna, jämfört med 2 respektive 1% bland samtliga tillfrågade.

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är alltså vanligare bland män än bland kvinnor och det kan konstateras att könsskillnaderna uppstår i gymnasieåldern samt att de accentueras när man ser till mer regelbunden användning.

I så gott som alla undersökningar framkommer tydliga regionala skillnader. Narkotikaerfarenheter är betydligt vanligare i storstadsområden och minst vanlig på mindre orter och i glesbygdsregioner. Detta gäller inte minst regelbunden användning.

Även om studier av grupper med personer med tungt missbruk ofta visar på en tidig och uttalad social problematik, är det självfallet inte så att alla som provat narkotika någon gång har en sådan bakgrund. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att ungdomar och unga vuxna som provat narkotika i regel skiljer ut sig från andra ungdomar, t ex med avseende på skolk, otrivsel i skolan, lägre utbildningsnivå etc. Sådana skillnader accentueras vid aktuell/regelbunden konsumtion. Detta betyder att de som fortsätter använda narkotika ofta skiljer ut sig med avseende på egenskaper som nämnts ovan, dels från dem som provat narkotika enstaka gånger, och i synnerhet från dem som aldrig provat narkotika.

Under senare hälften av 1960-talet ökade allvarligare former av narkotikamissbruk påtagligt i Sverige. Perioden kan ses som det moderna narkotikamissbrukets etableringsfas. Tillgängliga data tyder på en viss stabilisering under de första åren på 1970-talet. Andra halvan av decenniet uppvisade dock narkotikabrotten och narkotikabeslagen en uppåtgående trend, liksom den injektionsrelaterade hepatitmitten och de narkotikarelaterade dödsfallen. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i Sverige.

Med utgångspunkt från en stockholmsundersökning från 1967 estimerades antalet personer med tungt missbruk till 6 000 detta år. Efterföljande och mera noggranna kartläggningar har gjorts 1979, 1992 samt 1998 och beräknat antalet till 15 000, 19 000 respektive 26 000. Med tungt missbruk avses i dessa kartläggningar att ha injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste fyra veckorna.

En annan typ av beräkning, gjord med hjälp av specialbearbetningar av slutenvårdsdata, beräknades åter antalet narkotikamissbrukare till ca 26 000 1998 och till 28 000 år 2001. Utifrån de ovan presenterade uppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten allra högst perioden 1992–1998. Medelåldern ökade från 27 år 1979, via 32 år 1992, till 35 år 1998. Samtidigt var såväl antalet som andelen yngre än 25 år klart större 1998 än 1992.

Beräkningen av missbrukets omfattning utifrån slutenvårdsdata uppdaterades 2004 och antalet uppskattades då till runt 26 000, en återgång till 1998 års nivå således. Ett problem med att använda slutenvårdsuppgifter som ensam indikator kan vara att förändringar inom vårdutbudet och ökade satsningar på öppenvård kan inverka på statistiken.

Andelen kvinnor har legat tämligen stabilt runt en knapp fjärdedel i de tre kartläggningarna om tungt missbruk. Detta är högre än andelen narkotikabrottslagförda kvinnor (ca 14%) men lägre än andelen kvinnor som sjukhusvårdats eller rapporterats hiv-smittade p g a injektionsmissbruk (omkring 30%). Med kartläggningarna som utgångspunkt kan man således dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade sett till vårdkonsumtion.

De allra flesta (runt 88%) vars missbruk klassificerades som tungt i kartläggningarna hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis har alltid varit de vanligaste narkotikasorterna. Amfetaminet dominerade missbruket för ca 48% 1979 men hade minskat i betydelse 1998 då det angavs som dominerande drog för 32%.

Heroinet har däremot ökat i betydelse sedan 1979. Detta år hade 15% opiater som dominerande drog jämfört med 28% 1998. Heroinet uppgång kan även spåras i t ex beslag och lagföringar. Andelen som hade cannabis som dominerande drog sjönk från 33 till 8% mellan 1979 och 1998. Majoriteten uppgavs även vara alkoholmissbrukare. Kartläggningarna pekar på att blandmissbruket ökat, något som tycks ha fortsatt ytterligare enligt tillgängliga indikatorer.

Ett tydligt mönster i kartläggningarna, men även enligt olika narkotikarelaterade indikatorer, är framförallt det tyngre narkotikamissbrukets koncentration till storstadsregionerna.

Om man jämför de tillgängliga indikatorerna – d v s främst beslagsuppgifter, kriminalstatistik samt vård- respektive dödsorsaksstatistik – med de genomförda kartläggningarna så ger de en någorlunda likartad bild av utvecklingen av det tunga narkotikamissbrukets utveckling, med ökande nivåer särskilt under 1990-talet. Indikatorerna pekar på att ökningarna fortsatte ett antal år även efter 1998.

Sammanfattning

Sedan 2001 pekar dock exempelvis slutenvårdsuppgifter och narkotikadödsfall på att vissa stabiliseringar och förbättringar skett för det tunga missbruket. Att slutenvårdssiffrorna viker nedåt sedan ett par år kan delvis hänga samman med förändringar i vårdutbudet med mera inslag av öppenvård. Narkotikadödsfallen kan i sin tur påverkats positivt av utökad substitutionsbehandling för opiatmissbrukare, vilket är den grupp som uppvisar högst överdödlighet.

Samtidigt syns ingen nedgång i de kriminalstatistiskt relaterade uppgifterna, varför bilden av ett trendbrott inte är helt samstämmig. Att de kriminalstatistiska uppgifterna fortfarande pekar uppåt förklaras delvis av att polisens insatser mot narkotika ökar i omfattning. Sammantaget är det således inte alldeles enkelt att uttala sig om utvecklingen av det tunga missbruket under de senaste åren, även om det är positivt i sig att de hälsorelaterade problemen kopplade till narkotikamissbruk förefaller minska.

Sniffningsutvecklingen

Under 1950-talet kom sniffning att uppmärksammas som ett fenomen bland ungdomar. Då var sniffning ofta liktydigt med inhalering av lösningsmedel som thinner, lim och liknande. Idag är de använda sniffningsmedlen flera och det förekommer exempelvis att butangas liksom aerosoler nyttjas.

Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 skedde en markant minskning av sniffningen under 1970-talet, nedgången fortsatte även under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter tämligen ovanliga; då svarade 5% av eleverna att de sniffat. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka och under 2008 uppgav en lika stor andel pojkar som flickor sådana erfarenheter (5%).

I den mån jämförbara data finns från mänstringsundersökningen så uppvisar de ungefär samma utveckling som för skoleleverna. Även i USA inträffade en liknande upp- och nedgång i sniffningserfarenheterna under 1990-talet.

Även om situationen var den omvända 2005 är det alltsedan tidigt 1970-tal normalt något vanligare med sniffningserfarenheter bland pojkarna än bland flickorna.

Ofta kan man finna regionala skillnader vad gäller användning av olika droger. För sniffning verkar det enligt tillgängliga frågeundersökningar dock inte finnas några större olikheter mellan storstäder och områden med lägre befolkningstäthet. Sniffningserfarenheterna tycks således, åtminstone nuförtiden, vara relativt jämt fördelade över riket.

De som har sniffat uppger även förhållandevis omfattande erfarenheter av andra droger och en högre alkoholkonsumtion jämfört med dem som inte

sniffat. Bland skolelever uppger de som sniffat att de i högre grad skolkar och upplever otrivsel i skolan. Bland äldre ungdomar har de med sniffningserfarenhet lägre utbildning och saknar i högre grad arbete eller annan sysselsättning än de som saknar sådana erfarenheter.

Kunskaperna om förekomst av sniffning bland vuxna är relativt begränsade. I undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning 1992 och 1998 framkom att 1–2% av narkotikamissbrukarna hade lösningsmedel som ett av andra missbruksmedel. Av tvångsvårdade vuxna har alltsedan 1990-talets början någon eller några enstaka procent haft sniffning som åtminstone en missbrukskomponent.

Dopningsutvecklingen

Under 1990-talet blev det uppenbart att användningen av hormondopningsmedel inte längre var begränsad till idrottsrörelsen utan spreds i andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym. Under 1992 trädde Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel i kraft och utökades 1999 till att även gälla konsumtion, samtidigt som straffsatserna höjdes. Anabola androgena steroider (AAS) är de vanligast använda förbjudna preparaten.

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring 1% av de manliga ungdomarna svarat att de någon gång provat AAS. Storleksordningen är i linje med flera europeiska länder, men lägre jämfört med exempelvis USA, där hormondopningserfarenheterna dessutom uppvisade en puckel mellan 1999 och 2003.

Erfarenhet av tillväxthormon är mer sällsynt, likaså är det ovanligt att kvinnor rapporterar erfarenhet av hormondopningsmedel. Det har bland ungdomar konstaterats att det finns kopplingar mellan å ena sidan dopningserfarenhet och å andra sidan omfattande alkoholkonsumtion liksom erfarenhet av narkotika och andra droger.

Beslags- och kriminalstatistiken pekar på en ökad aktivitet vad gäller dopningsrelaterad brottslighet. Sedan 1998 är tullens och polisens beslagsuppgifter jämförbara och fr o m detta år har beslagsantalen mer än tredubblats medan mängderna också ökat. Av kriminalstatistiken framgår att antalet misstänkta för dopningsbrott närapå fyrubblats sedan samma år. Att enbart använda kriminalstatistik som indikator på missbrukets omfattning och utveckling kan dock ge en felaktig bild. På narkotikasidan finner man exempelvis stora uppgångar för denna indikator samtidigt som andra indikatorer pekar på ett förbättrat läge.

Sammanfattning

Runt 60% av alla misstänkta är i 20–29-årsåldern och bara några enstaka procent är kvinnor. Denna ålders- och könsstruktur överensstämmer med karakteristika hos dem som kontaktar Dopingjouren på eget missbruk och torde spegla verkliga förhållanden tämligen väl.

Att det sedan 1990-talets början byggts upp en marknad för dopningspreparat tycks stå klart. Att gruppen regelbundna användare successivt vuxit under perioden förefaller inte heller osannolikt. Att testandet av hormondopningsmedel blivit mera utbrett bland ungdomar är det med ledning av tillgängliga undersökningar dock svårare att hävda. Dessvärre saknas aktuellare information om utvecklingen bland vuxna. Det kan slutligen konstateras att jämfört med narkotika är det relativt sällsynt att ha prövat hormondopningsmedel. I olika frågeundersökningar är det normalt 5–20 gånger fler unga män som prövat narkotika jämfört med AAS.

Tobaksutvecklingen

I början av 1900-talet var snus och pipotobak de produkter som dominerade tobaksmarknaden. Årsförsäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut aldrig över 500 stycken per person 15 år och äldre. Den ökade sedan och nådde en topp 1976 om ca 1 800 cigaretter. Därefter har en halvering inträffat; 2007 såldes runt 800 cigaretter per person 15 år och äldre. Nedgången förklaras främst med att rökningen minskat men i någon mån även av att smuggling och privatinförsel ökat. För 2004 har beräknats att den registrerade cigarettförsäljningen stod för 90% av konsumtionen i Sverige. Försäljningen av övrig rökotobak har också minskat sedan 1970-talet.

I linje med den vikande cigarettförsäljningen har konsumtionen gått ned. För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. År 1946 var 50% av männen regelbundna rökare och motsvarande siffra för kvinnorna var 9%. År 1963 hade könen närmast sig varandra (49 respektive 23%) och 1980 rökte 36 respektive 29% av 16–84-åringarna. Därefter har det skett en nedgång i rökningen, i synnerhet bland männen; 2006 var andelen dagligrökande män 13% medan motsvarande andel bland kvinnorna var 17%.

Rökning har med andra ord blivit vanligare bland kvinnor än bland män, något som är relativt ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har sedan 1980 skett i alla åldersgrupper utom bland kvinnor 65 år och äldre och har varit störst bland 25–44-åringarna.

De flesta börjar röka i relativt unga år och utvecklingen enligt skolundersökningen i årskurs 9 är därför intressant att följa. Den visar att rökningen bland niondeklassare var allra mest utbredd i början av 1970-talet. År 2008 svarar 22% av pojkarna och 28% av flickorna att de röker. Åtta respektive 11% röker dagligen/så gott som dagligen. Detta är en ökning jämfört med föregående

de två år då de lägsta nivåerna för dagligrökning uppmättes sedan fenomenet började mätas 1983. Det kan noteras att rökningen närmast halverats i motsvarande åldrar i USA under de senaste tio åren. I gymnasiet andra årskurs i Sverige svarar 34% av pojkarna och 41% av flickorna att de röker. Tolv respektive 18% gör så dagligen eller nästan dagligen vilket är bland de högsta värdena sedan 2004.

År 1995 uppskattades rökningen kräva ca 8 000 liv i Sverige. Mönstret för utvecklingen av rökningrelaterade dödsfall stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig av konsumtions- och försäljningsstatistiken. Dödligheten har minskat bland männen men bland kvinnorna har rökningssnedgången varit mindre och kommit senare, varför någon dödlighetsminskning ännu inte kan skönjas för dem. En annan beräkning visar att de rökningrelaterade dödsfallen totalt sett minskat under 1990-talet, men inte heller denna studie visar på någon nedgång för kvinnorna.

Ser man enbart till lungcancerfallen – som till ca 85% orsakas av rökning i Sverige – finner man att dessa minskat bland männen sedan 1985 men fortsatt att öka bland kvinnorna alltsedan 1980-talets början.

Snusning är fortfarande en utpräglad manlig vana. Bland eleverna i årskurs 9 svarar 16% av pojkarna och 4% av flickorna att de snusar 2008. För pojkarnas del innebär det att andelen snusare, efter en tillfällig uppgång, åter är densamma som 1997. Snusandet bland flickorna har fram till 2006 ökat mer eller mindre konstant sedan detta år, för att de två senaste åren minska något. I tvåan i gymnasiet snusar en fjärdedel av männen och 10% av kvinnorna. Bland mönstrande 18-åriga män snusade 2006 en ungefär lika stor andel – 30% – varav närmare tre fjärdedelar gjorde detta varje dag. Sedan 2000 har snusandet ökat något bland dessa 18-åriga män.

Snusförsäljningen ökade stadigt mellan 1970 och 2002 – från ca 400 till 920 gram per år och invånare 15 år och däröver. Därefter har försäljningen stabiliserats och uppgick till 795 gram 2007. I slutet av 1980-talet snusade 17% av de vuxna männen (16–84 år) och 1% av kvinnorna. Under 2005 var motsvarande siffror 23 respektive 3%. Alla tillgängliga studier visar att snusning är vanligast bland 25–44-åriga män.

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla samhällsskikt. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i mera välsituerade grupper, nu är förhållandena omvända. Den sociala gradienten för rökning är tydlig – det är vanligare bland arbetare, bland ekonomiskt utsatta och bland låginkomsttagare att röka dagligen. Skillnaden med avseende på socioekonomiska variabler är inte lika stora när det gäller snusvanor. Bland män är det vanligare att arbetare snusar jämfört med tjänstemän, men bland kvinnor finns inga sådana skillnader.

Sammanfattning

Bland ungdomar är rökning vanligare bland dem som trivs sämre i skolan och oftare skolkar. I gymnasieskolan kan det noteras att dagligrökning är dubbelt så vanligt bland elever på icke-teoretiska program som bland elever på teoretiska program.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

I detta kapitel belyses könsskillnader när det gäller såväl alkoholanvändning och narkotikaerfarenhet som vardaglig rökning och snusning samt de mer ovanliga företeelserna dopning och sniffning. Inom nästan samtliga områden som tas upp i Drogutvecklingen i Sverige finns det skillnader mellan män och kvinnor, vissa av mindre omfattning och andra av större. Skillnaderna kvarstår när befolkningen delas in i olika åldersgrupper.

Sammanfattningsvis kan sägas att män är överrepresenterade vad gäller narkotikaerfarenhet och konsumtion av alkohol liksom bland personer med riskabla alkoholvanor och tungt narkotikamissbruk. Därtill är det en större andel män än kvinnor som har sniffat någon gång och som har använt något dopningspreparat.

Skillnaderna mellan män och kvinnor för såväl alkohol som narkotika finns, enligt bland annat skolundersökningarna, redan i tidig ålder, men de blir tydligare i gymnasieåldern. Även för dagligrökning eller nästan dagligrökning finns skillnader mellan män och kvinnor redan i skolåldern.

Förutom att män dricker mer alkohol än kvinnor är män dessutom överrepresenterade vad gäller berusningsdrickande och riskkonsumtion av alkohol. Det finns dock tecken på att vissa skillnader börjar utjämnas. I skolundersökningarna i årskurs 9 närmar sig pojkars och flickors alkoholkonsumtion varandra och även undersökningar i den vuxna befolkningen visar på en utjämning mellan könen vad gäller konsumtionen.

I den vuxna befolkningen är det de yngsta individerna (16–29 år samt 20–24 år), och då framförallt männen, som står för den högsta alkoholkonsumtionen samt den största andelen riskkonsumenter. Det är även yngre personer som har störst aktuell erfarenhet av narkotikaanvändning och även här utmärker sig männen. Det är en större andel män som uppger aktuell narkotikaerfarenhet (enbart cannabis i nyare studier) samt redovisar att de någon gång har använt narkotika. Män står även för den största andelen tunga narkotikamissbrukare i de studier som har gjorts. Förutom att fler män än kvinnor missbrukar narkotika finns det även skillnader inom missbruksområdet, bland annat vid val av narkotiska preparat och missbrukssätt.

Drug Trends in Sweden 2008

Summary

Today there are a wide variety of data which can be used to describe the use and abuse of alcohol, controlled substances and other drugs. In many respects, these data enable a fair assessment of the extent and development of drug problems. In other respects, however, they provide a less adequate picture, owing to insufficient data quality or simply a lack of certain kinds of information. Issues relating to data sources and their shortcomings, if any, are dealt with in the chapter on methodology.

Trends in alcohol use

In the 2000s, alcohol consumption has reached a new and higher level while recorded sales have been relatively stable. Alcohol sales included in official statistics are those of the Swedish Alcohol Retailing Monopoly (Systembolaget) and restaurants plus sales by grocer's shops of 'medium-strength beer' (alcohol content 2.8–3.5 per cent by volume). For an estimate of total consumption, other categories ('unrecorded consumption') must be taken into account as well: privately imported, smuggled and home-made alcoholic beverages. These are determined by means of questionnaire surveys. Since the 1990s, there are fairly accurate estimates of the size of unrecorded consumption.

Total consumption in 2007 is estimated at 9.8 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 or more. Much of the alcohol consumed nowadays comes from private imports, whose proportion was estimated at 20 per cent in 2007. In the same year, less than 1 per cent derived from legal home production, 9 per cent from smuggling and illicit home distilling (i.e. illegal sources), 16 per cent from restaurants and grocer's shops, and 55 per cent from the retailing monopoly.

Between 1990 and 2004, the proportion of unrecorded alcohol doubled from 18 to 38 per cent of total consumption. While part of this increase is due to a rising proportion of illegal alcohol, the main reason is growing volumes of privately imported alcohol. In recent years (2004–2007), however, the proportion of unrecorded alcohol has fallen by 9 per cent as the retailing monopoly has regained market share.

Summary

Further reasons for the increase in sales and consumption since the mid-1990s may be the reduction in real terms of beer and wine prices, the introduction of new types of beverages and containers, the extension of opening hours at retailing-monopoly shops and the increase in the number of restaurants licensed to serve alcohol.

In the past five years, annual consumption has amounted to about 10 litres of pure alcohol, which is a historically very high level. Compared with the latter part of the 1990s, this represents an increase of around 2.5 litres or slightly more than 30 per cent, according to the estimates which include unrecorded alcohol.

Major changes have occurred in beverage preferences as well. Ever since the Second World War, wine has been steadily growing in importance; it accounted for 44 per cent of all alcohol sales (measured in pure alcohol) in 2006. 'Strong beer' (alcohol content > 3.5 per cent by volume) has also long had a rising trend, and for several years it has been accounting for a clearly larger proportion of sales than spirits. In 2006, strong beer represented 29 per cent of sales. Medium-strength beer, however, has seen its proportion of sales halve in the past ten years to 9 per cent in 2006. The total proportion for beer was thus 38 per cent.

If unrecorded alcohol is taken into account, the proportions for beer and wine fall to 37 per cent each in 2006, while spirits increase their proportion from 18 to 25 per cent. In other words, beer and wine are still more common than spirits even when unrecorded consumption is considered. It can thus be concluded that since the 1990s, Sweden has been a 'beer-and-wine country' instead of a 'spirits country'.

An observation which partly contradicts consumption trends relates to young adolescents' alcohol habits as recorded in CAN's annual survey of ninth-year school pupils (aged 15–16). The proportion of respondents claiming not to drink alcohol has increased from around 20 per cent in the 1990s to around 30 per cent in the past five years. Pupils' consumption did increase strongly in the second half of the 1990s, but it has been falling in the 2000s.

Among ninth-year pupils, both girls' and boys' alcohol consumption has fallen rather strongly in the past two years. Boys' consumption has fallen slightly more than girls' since the turn of the millennium; it should also be mentioned, however, that the increase in 1995–2000 was stronger among boys than among girls. The difference between boys' and girls' alcohol consumption is now smaller than it has been for a long time. Trends in intoxication habits (i.e. 'drinking to get drunk') follow more or less the same trends as total consumption among school pupils.

By way of an overall assessment of young people's alcohol habits, as shown by various questionnaire surveys, it can be said that their consumption increased during the 1990s. For ninth-year boys there has been a reduction in total consumption and intoxication drinking during the 2000s. Unlike among ninth-year pupils, consumption has increased among pupils in the second year of upper-secondary school (aged 17–18); in 2008, however, their consumption has fallen back to the levels seen at the start of the survey period in 2004.

The shrinking gender gap observed for ninth-year pupils is not reflected among slightly older young people. The study of upper-secondary pupils shows clear differences between the sexes: young men drink a great deal more than young women. Consumption peaks in the early 20s, when men's consumption is more than twice that of women. From about 25 years of age, men's consumption then falls as they grow older, while women's consumption rather stabilises at a lower level.

The sexes differ in their beverage preferences. Among adult men, strong beer has a dominant position. According to interview findings from 2002, it accounted for 41 per cent of total consumption (measured in pure alcohol). It was followed by wine, spirits, medium-strength beer and cider. Among women, wine is predominant; it accounted for 52 per cent of total consumption in the same year, when it was followed by strong beer, spirits, cider and medium-strength beer. Among ninth-year boys, spirits used to dominate consumption but strong beer is now the largest single category of beverage. While the proportion of spirits has shrunk slightly among girls in the past ten years, it still makes the largest single contribution in terms of pure alcohol. Nowadays, however, pre-mixed beverages (alcopops, wine coolers, etc.) are a very close second.

Younger women's drinking habits show a more even spread across beverage types. Among older young people, wine and strong beer in particular are increasing their proportions while medium-strength beer is losing ground. Worth noting is the strong fall in the consumption of medium-strength beer which has been found among ninth-year pupils in the past ten years: in 1995, 38 per cent of their alcohol consumption was made up of medium-strength beer, whereas its proportion had dwindled to 9 per cent in 2008.

Surveys of adults, though few in number, point to a clear trend towards increasing alcohol consumption ever since the Second World War, not least among women. Since the 1980s, however, the sexes have not converged much in this respect, at least not judging from various interview-based studies. At that point, women's consumption had reached about 40 per cent of men's, and from the mid-1990s until 2002 the corresponding figure was about 45 per cent. The proportion of alcohol consumers in the total popula-

Summary

tion has also increased during the post-war years. In 2000, only 10 per cent of adults claimed not to have drunk alcohol in the past twelve months.

A more recent survey by the National Institute of Public Health, however, found that a slightly larger proportion of the population claimed not to have drunk alcohol in the past twelve months: 14 per cent on average over the 2004–2007 period.

Several questionnaire surveys on alcohol-related topics indicate that the proportion of high consumers of alcohol has risen since the 1990s. This is true for both men and women, and for most age groups. The explanation is mainly an increase in the number of drinking occasions, rather than an increase in the amount consumed on each occasion. Moreover, survey findings also indicate that the number of ‘intensive-consumption occasions’ (or ‘binge drinking’, i.e. drinking at least the equivalent of a bottle of wine on a single occasion) has grown in the past ten years.

Comparison of alcohol-sales trends during the post-war period in Sweden and a number of other countries reveals important similarities. For instance, this period was characterised by rising consumption in many parts of the world. In many countries, as in Sweden, the increase in total alcohol consumption slowed down in the mid-1970s, then levelled off, and then even fell in some countries. Such falls were seen, for instance, in a few European countries with historically high consumption levels, such as France, Italy and Spain, where large decreases were observed, especially for wine. In Sweden, on the contrary, it is wine consumption which shows a rise during this period.

It can thus be concluded that consumption trends move in different directions in the European countries in question (Norway and the 15 countries which until a few years ago made up the EU), the result being in fact a convergence of consumption patterns: ‘wine countries’ reduce their wine consumption and see beer and spirits account for ever-larger proportions of total alcohol consumption, while trends are the direct opposite in typical ‘spirits countries’. This convergence across countries of consumption levels also brings about a convergence of alcohol-related mortality. This is true in particular of liver-cirrhosis mortality, which has been falling in the ‘wine countries’ of the EU and rising in the ‘beer countries’ while Norway, Finland and Sweden, taken together, manifest a fairly stable level.

When it comes to alcohol policy, the 15 ‘old’ EU member states seem to have converged to some extent. While alcohol policy has grown less strict in Finland and Sweden, several other countries – including Southern European ones – have reinforced their policies, for instance by lowering legal blood-alcohol levels for drivers and introducing stricter age limits for buying alcohol in both shops and restaurants.

It is well known that alcohol causes both social and medical harm. Some of this harm can be fairly well described using statistics. However, there is a lack of data conclusively showing the extent and development of alcohol-related harm. This is particularly true of the social harm, such as workplace absenteeism or the consequences for other members of alcoholics' households. Further, there are no certain data on trends in the number of alcohol abusers or addicts. Factors undermining attempts to measure the extent of alcohol-related harm in society include changes in legislation, practices, financial and human resources, diagnostic methods, knowledge and attitudes. The indicators used in this report thus do not provide a complete picture of the development and extent of alcohol-related harm.

As previously mentioned, alcohol sales grew during the post-war period and peaked in 1976. In the 1970s, arrests for public drunkenness increased until 1975. The number of admissions to in-patient psychiatric care with diagnoses of alcoholism and alcoholic psychosis also increased markedly. Moreover, there was a strong rise in alcohol-related mortality until 1979. For this period, in other words, there is a connection between consumption trends and harm trends.

After 1976 sales began to fall, and a few years later the increase in alcohol-related mortality ceased as well. If estimates including unrecorded alcohol are taken into account, annual consumption can be said to have been largely stable for most of the 1980s and 1990s (at about 8 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 or more). From this perspective, the major change is the increase in the early 2000s, which has led to annual consumption per inhabitant aged 15 or more being around 10 litres of pure alcohol for the past five years.

The number of arrests for public drunkenness fell sharply in the 1980s and 1990s, probably owing mainly to the attitudes and actions of society. However, it can be noted that this fall slowed down around the turn of the millennium and that the arrest level remained constant until 2004 and then increased between 2005 and 2007.

It can also be noted that the number of reported drunk-driving offences per inhabitant has increased by more than 40 per cent since 1998. A large part of the explanation for this increase, however, is probably provided by new laws and resource allocation by the police. Moreover, despite this rise, the number is still lower than the record levels seen in the early 1990s. The proportion of the population claiming in questionnaire surveys to have drunk alcohol in connection with driving during the past twelve months has fallen from 14 per cent in 1989 to 8 per cent in 2006.

Alcohol-related road-traffic accidents could possibly be a proxy for the prevalence of alcohol in road traffic which is less affected by outside factors.

Summary

The number of persons involved in road-traffic accidents leading to personal injury who have been suspected of being under the influence of alcohol has been upwards of 40 per cent higher in recent years than it was in the second half of the 1990s. Still, even higher totals have been seen earlier, especially around the consumption peak in the latter part of the 1970s. As regards fatal accidents, though, the proportion of people suspected of being under the influence of alcohol is no lower now than it was in the 1970s. It was 9 per cent in both 2003 and 2004, which is twice as high as it was in the mid-1990s. In 2005–2007, however, this proportion has been slightly lower (about 6 per cent).

Another indicator which no longer shows a downward trend is alcohol-related in-patient care. Between 1987 and 1998, the number of alcohol-related treatment episodes (discharges) fell, but then the trend turned upwards; in 2007, the increase on 1998 was 26 per cent. As regards the total number of people with alcohol problems of the kind reflected by in-patient care, an increase of 6 per cent between 1998 and 2004 has been estimated by means of special statistical treatment of data from in-patient services intended to capture ‘hidden statistics’ as well. One possible problem associated with using data from in-patient care as the sole indicator, however, is that the statistics are affected by changes in the range of services offered as well as the trend for in-patient care to be replaced by out-patient care.

Between 1979 and 2000, alcohol-related mortality in men – as measured according to the diagnostic categories chosen by the Swedish National Board of Health and Welfare – fell by 22 per cent. In recent years, however, the fall has stopped and a rise of 14 per cent can be seen since 2000, even though the levels of the 1970s have yet to be reached. Mortality in women also reached a relatively high level in 1979, but a considerably lower one in absolute numbers. In the 2000s there has been a steady increase in the alcohol-related mortality of women, which is – unlike that of men – 16 per cent higher in 2006 than it was in 1979.

The fact that men consume considerably more alcohol than women is clearly reflected in mortality statistics: in the 2000s, alcohol-related mortality in men has been about four times higher than in women. At the same time, however, the gender gap has shrunk as a consequence of increased female consumption.

Women are increasing their proportion in several of the other above-mentioned indicators as well. For instance, the proportion of women among those arrested for public drunkenness has risen from 3 per cent in the early 1970s to 12 per cent in the 2000s. The proportion of women among suspects of drunk-driving offences has increased from 6 to 11 per cent between 1984 and 2007, and over the same period the proportion of female clients in institutional addiction treatment has doubled. Women have become more numer-

ous in alcohol-related in-patient care as well: in the 2000s, one-fourth of clients have been women.

It is no easy task to interpret the development of alcohol-related harm by means of a range of indicators. One conclusion which can be drawn, however, is that the positive trend exhibited by several of these indicators in the first half of the 1990s, as compared with the preceding decades, has now been broken. In several cases, alcohol-harm indicators point to a negative development in the 2000s; signs of improvements are exceptional. A further complication is that the picture varies according to the year chosen as a starting point for comparisons. In some cases, the deterioration observed actually amounts to a return to previous levels.

For several indicators, however, it can be seen that measurable alcohol harm does not seem to have increased at the same rate as actual consumption. This may be due to delayed impact as well as to the fact that at least part of the increase in consumption involves groups which have previously been relatively moderate drinkers and have not traditionally been characterised by problem consumption; one example is older women. To understand and monitor harm trends more closely, it is thus important to have access to good information about the drinking patterns of various population groups as well as changes in these patterns.

Trends in illegal drug use

Illegal-drug use may range from occasional consumption to more regular use as well as long-term and daily abuse. Different forms of use affect individuals and society in different ways. It is therefore important in any report and discussion of trends that different consumption patterns are dealt with separately and not just lumped together under a single heading, whether it be 'use', 'abuse' or 'misuse' of illegal drugs.

As is the case for data on alcohol trends, studies and statistics on illegal drugs do not reflect the actual situation perfectly; findings are affected by factors such as changes in laws and their application and changes in orientation and resources within anti-drug efforts, addiction care, etc.

The increase in the availability of illegal drugs which was observed in the 1990s appears to have stagnated in the 2000s, to judge from the slowdown of the fall in the prices of illegal drugs. At the same time, however, prices remain stable at a low level even though ever-larger volumes of illegal drugs are seized by law-enforcement agencies, which could be seen as an indication that the availability of illegal drugs is fairly good at present.

Summary

Data on occasional or less regular use of illegal drugs are obtained primarily from questionnaire surveys. Despite the methodological problems inherent in such studies, they are considered to reflect trends fairly well.

Since 1971, there are national data from surveys of school pupils and conscripts (18-year-old men undergoing physical and psychological examination in connection with compulsory military conscription). The proportion of young people having tried illegal drugs was at its highest in the early 1970s and then fell to reach a low level in the second half of the 1980s. During the 1990s, the proportion of ninth-year pupils (aged 15–16) and conscripts who had tried illegal drugs more than doubled. Since the beginning of the 2000s, however, this trend has been reversed and there has been a decrease. In 2008, 6 per cent of ninth-year pupils said that they had tried illegal drugs. The corresponding proportion in the relatively new survey of second-year upper-secondary pupils (aged 17–18) was 16 per cent.

It is difficult to say anything about trends in the 2000s among young people older than 18 and among young adults, because there is a lack of comparable data. In 2003, 17 per cent of 16–24-year-olds in a telephone survey said that they had tried illegal drugs at least once. Their average age at first use (among those who were 20 or older when participating) was almost 18 years, which reflects the need to monitor trends among slightly older young people as well.

Various surveys tend to show that about 60 per cent of those who have tried illegal drugs have used cannabis only, while 5–10 per cent have used other drugs than cannabis only. Amphetamine used to be the second-most common drug but it now shares second place with ecstasy, at least among young people. Illegal use of pharmaceuticals (most often benzodiazepine-type sedatives or tranquillisers), however, is at least as common as use of ecstasy and amphetamine.

Among young people, current use (30-day prevalence) has largely followed the same trends as lifetime prevalence. A partial exception relates to ninth-year pupils, where current use did not fall in 2004–2006 but remained at a fairly high level of 3–4 per cent. Unfortunately, however, the relevant survey question was modified in 2007 and it is therefore not possible to tell whether consumption still remains at the same level. Findings from a survey of 16–24-year-olds indicate that current use peaks around the age of 21.

According to a 2007 postal survey of 16–84-year-olds, about 10 per cent had tried cannabis at least once. This corresponds to over 750,000 people in the age range concerned. Among 18–29-year-olds, just over one-fifth of men and one-sixth of women claimed to have tried cannabis. In this age group, last-year prevalence of cannabis was 8 per cent for men and 4 per cent for

women, as compared with 2 per cent for men and 1 per cent for women among all respondents.

In other words, adult men are more likely than adult women to have experience of illegal drugs. It can be concluded that the differences between the sexes arise at upper-secondary age and that they are clearer when current use alone is considered.

Almost all studies show clear regional differences. Illegal-drug experience is considerably more common in major urban areas while the lowest rates are found in small towns and sparsely populated regions. This is not least true for current use.

Even though studies of groups of people suffering from heavy drug abuse often reveal them to have had marked social problems from an early age, it is of course not the case that all those who have tried illegal drugs at least once come from such a background. At the same time, however, various studies have shown that young people and young adults who have tried illegal drugs usually stand out from their peers, for instance with regard to frequent truancy, a dislike for school and a lower educational level. Such differences become more pronounced in the case of current or regular consumption. This means that those who go on using illegal drugs often stand out with regard to the characteristics just mentioned – from those who have taken illegal drugs only on a few occasions and, in particular, from those who have never tried illegal drugs at all.

In the second half of the 1960s, more serious forms of illegal-drug abuse increased considerably in Sweden. This period may be seen as the establishment phase of modern drug abuse. Available data indicate a certain stabilisation during the first years of the 1970s, but the second half of that decade was characterised by rising trends for drug offences and drug seizures as well as for injection-related hepatitis infection and drug-related deaths. This period was when heroin was introduced in earnest in Sweden.

Based on a study made in Stockholm in 1967, the number of heavy drug abusers in Sweden in that year was estimated at 6,000. Subsequent, more careful studies were made in 1979, 1992 and 1998; the number of heavy drug abusers was then estimated at 15,000, at 19,000 and at 26,000, respectively. 'Heavy drug abuse' here refers to injection of illegal drugs in the past twelve months (regardless of frequency) or daily/near-daily use of illegal drugs in the past four weeks.

Another type of estimate, based on special processing of data from in-patient care, arrived at the same number of some 26,000 heavy drug abusers in 1998, but found them to be 28,000 in 2001. To judge from the numbers presented above, average annual growth rates were highest in 1992–1998. Abusers' av-

Summary

verage age increased from 27 in 1979 to 32 in 1992 and 35 in 1998. At the same time, however, both the number and the proportion of people under 25 years old were clearly larger in 1998 than in 1992.

The estimates of the extent of heavy drug abuse based on data from in-patient care were updated in 2004, when the number of heavy drug abusers was found to be around 26,000 – that is, a return to the 1998 level. One problem associated with using data from in-patient care as the sole indicator may be that the statistics can be affected by changes in the range of services offered as well as the trend for in-patient care to be replaced by out-patient care.

The proportion of women has been fairly stable, at slightly less than one-fourth, in the three studies conducted to establish the extent of heavy drug abuse. This proportion is larger than for people prosecuted for drug offences (about 14 per cent women) but smaller than for people treated at hospitals or reported as infected by HIV owing to intravenous drug use (about 30 per cent women). On the basis of these studies, it can therefore be concluded that women are under-represented as regards (known) criminal behaviour but over-represented as regards consumption of health-care services.

The vast majority (about 88 per cent) of those whose abuse was classified as ‘heavy’ in these studies had injected illegal drugs in the past twelve months. CNS stimulants (mainly amphetamine), opiates (mainly heroin) and cannabis have always been the predominant drugs. Amphetamine was the main drug for about 48 per cent of heavy abusers in 1979 but had become less important in 1998, when 32 per cent claimed it to be their main drug.

Heroin, on the other hand, has gained in importance since 1979. In that year, opiates were the main drug of 15 per cent of abusers, as compared with 28 per cent in 1998. The rise for heroin is also reflected, for instance, in seizures and prosecutions. The proportion of abusers who claimed cannabis to be their main drug fell from 33 per cent in 1979 to 8 per cent in 1998. The majority of them were said to abuse alcohol as well. The studies indicate an increase in the prevalence of poly-drug use, and the available indicators seem to show that this trend has continued.

A clear pattern emerging from the studies as well as from various drug-related indicators is that the abuse of illegal drugs, especially its heavier forms, is concentrated in the major urban areas.

Comparison of the available indicators – mainly data on seizures and criminal-justice, health-care and cause-of-death statistics – with the study findings shows that they provide a relatively similar picture of trends in heavy drug abuse, with rises especially in the 1990s. To judge from the indicators, the rise continued for a few years after 1998 as well.

Since 2001, however, data from in-patient care, statistics on drug-related deaths and other indicators point to certain instances of stabilisation and improvement as regards heavy drug abuse. Part of the reason why figures from in-patient care have been falling for a few years may be the shift towards an increased focus on out-patient care, and the number of drug-related deaths may have been positively affected by the expansion of substitution treatment for opiate addicts – the group whose excess mortality is highest.

At the same time, however, no fall is discernible in criminal-justice statistics. While there may seem to have been a break of the trend, the picture is thus not entirely uniform. Part of the reason why criminal-justice statistics are still on the rise may be that the police are expanding their anti-drug efforts. Taken together, then, it is no easy task to make a statement about the development of heavy drug abuse in recent years, even though it is indeed a positive development in its own right that the health-related problems associated with the abuse of illegal drugs appear to be decreasing.

Trends in sniffing

In the 1950s, 'sniffing' attracted attention as a youth phenomenon. At that time, sniffing often meant inhaling fumes from solvents such as thinner and glue. Today a wider range of substances are sniffed, including butane gas and aerosols.

According to the surveys of ninth-year school pupils (aged 15–16), a marked reduction of sniffing took place in the 1970s and the fall continued in the 1980s. Around 1990, experience of sniffing was fairly uncommon: 5 per cent of pupils claimed to have tried it. Ten years later this proportion had doubled, but in the 2000s it has fallen back again; in 2008, 5 per cent of both boys and girls claimed to have sniffed.

To the extent that there are comparable data from the survey of conscripts (men aged 18), they show more or less the same trend as for school pupils. A similar rise-and-fall in sniffing experience was also observed in the United States in the 1990s.

Even though the situation was the opposite in 2005, ever since the early 1970s sniffing experience has normally been slightly more common among boys than among girls.

Regional differences are commonly found in the prevalence of individual drugs. For sniffing, however, the questionnaire surveys available do not seem to indicate any notable differences between major cities and less densely

Summary

populated areas. Sniffing experience – at least nowadays – thus seems to be rather evenly spread across Sweden.

Those who have sniffed also claim to have rather extensive experience of other drugs and higher alcohol consumption than those who have never sniffed. Among school pupils, those who have tried sniffing are more likely to report playing truant and not liking school. Among older young people, those with sniffing experience have a lower educational level and are more likely to lack a job or other occupation than those without such experience.

Knowledge about the prevalence of sniffing in adults is rather limited. Studies to investigate the extent of heavy drug abuse in 1992 and 1998 found that 1–2 per cent of drug abusers reported solvents among their secondary substances of abuse. Among adults undergoing compulsory institutional treatment, since the early 1990s one or a few per cent have reported sniffing at least as a component of their abuse pattern.

Trends in doping

In the 1990s it became apparent that the use of hormonal-doping substances was no longer restricted to organised sports but was spreading to other sectors of society, including body-builders and people who work out at gyms. In 1992 a law prohibiting certain doping substances came into force; in 1999 its scope was extended to cover consumption, at the same time as the penalties were made more severe. The most commonly used type of illegal substance is anabolic-androgenic steroids (AAS).

Ever since questions on doping first began to be asked in various nationwide representative surveys in the first half of the 1990s, about 1 per cent of young males have claimed to have used AAS at least once. The prevalence of AAS use in Sweden is similar to that in several other European countries but lower, for instance, than that in the United States, where there was, moreover, a ‘bulge’ in hormonal-doping experience between 1999 and 2003.

Experience of growth hormones is rarer, and it is also rare for women to report experience of hormonal-doping substances. Among young people, there has been found to be a link between experience of doping on the one hand and extensive alcohol consumption as well as experience of illegal and other drugs on the other.

Seizure and criminal-justice statistics point to an increase in doping-related crime. Since 1998, seizure data reported by customs and the police are mutually comparable, and from that year the number of seizures has more than tripled while the volumes seized have also increased. Criminal-justice statistics

show that the number of people suspected of doping offences has almost quadrupled since the same year. However, using criminal-justice statistics as the sole indicator of the extent and development of substance abuse may give an incorrect view. In the case of illegal drugs, for instance, large increases in this indicator have been observed at the same time as other indicators have pointed to an improved situation.

Some 60 per cent of all suspects are in their 20s, and only a few per cent are women. These age and sex patterns are consistent with the characteristics of those who contact the Swedish anti-doping hotline because of their own use of doping substances, and they probably give a rather good reflection of the true situation.

It seems clear that a market for doping substances has developed since the early 1990s, and it does not appear unlikely that the number of regular users has grown progressively during this period. However, it is harder to substantiate, based on the existing surveys, any claim that it has become more common for young people to try hormonal-doping substances. When it comes to developments among adults, there is unfortunately no recent information. Finally, it can be concluded that experience of hormonal-doping substances is generally rather rare. Comparison of reported experience of AAS and illegal drugs shows, depending on the choice of survey, that among young men there are usually 5–20 times as many who have tried illegal drugs.

Trends in tobacco use

At the beginning of the 20th century, ‘moist snuff’ and pipe tobacco were the dominant products on the Swedish tobacco market. Before the end of the Second World War, annual sales of cigarettes never exceeded 500 per inhabitant aged 15 or more. After the war, however, annual cigarette sales increased, peaking in 1976 at about 1 800. Since then, sales have halved; in 2007, about 800 cigarettes were sold per inhabitant aged 15 or more. The main reason for this fall is a reduction in smoking, but to a certain extent it is also due to an increase in smuggling and private imports. For 2004, it has been estimated that recorded cigarette sales accounted for 90 per cent of consumption in Sweden. Sales of other tobacco products intended for smoking have also fallen since the 1970s.

In line with shrinking cigarette sales, consumption has fallen. Half a century ago, smoking was more common among men than among women: in 1946, 50 per cent of men were regular smokers but only 9 per cent of women. In 1963, the sexes had come closer to each other (49 and 23 per cent, respectively); and in 1980, among 16–84-year-olds, 36 per cent of men and 29 per cent of women were smokers. Since then there has been a reduction in smok-

Summary

ing, particularly among men; in 2006, the proportion of daily smokers was 13 per cent for men and 17 per cent for women.

In other words, smoking has become more frequent among women than among men, which is a fairly unusual development from an international perspective. A reduction compared with 1980 has taken place in all age groups except among women aged 65 or more; the largest fall has occurred among 25–44-year-olds.

Most smokers begin their habit at a rather young age, which is why the trends manifested in the survey of ninth-year pupils (aged 15–16) are interesting. This survey shows that smoking among ninth-year pupils was at its most widespread in the early 1970s. In 2008, 22 per cent of boys and 28 per cent of girls say that they smoke, and 8 and 11 per cent, respectively, say that they do so on a daily or almost daily basis. This is an increase compared with the past two years, when the levels of daily smoking were the lowest since records began in 1983. It may be noted that over the past ten years, smoking has almost halved in the same age group in the United States. Among second-year upper-secondary pupils (aged 17–18) in Sweden, 34 per cent of boys and 41 per cent of girls say that they smoke, and 12 and 18 per cent, respectively, say that they do so on a daily or almost daily basis. These are among the largest proportions seen since 2004.

In 1995, it was estimated that smoking claimed the lives of about 8,000 people in Sweden. The pattern for the development of smoking-related deaths is well in line with what can be expected from consumption and sales statistics. Mortality in men has fallen, but since the reduction in smoking among women has been smaller and occurred later, no mortality reduction is yet discernible for them. Another estimate shows an overall decrease in smoking-related deaths in the 1990s, but this study also fails to show any reduction for women.

A separate analysis of lung-cancer cases – around 85 per cent of which are caused by smoking in Sweden – shows a fall in men since 1985 but a continuous rise in women ever since the early 1980s.

Taking ‘moist snuff’ is still a distinctively male habit. Among ninth-year pupils in 2008, 16 per cent of boys and 4 per cent of girls claim to have this habit. For the boys’ part, this means that the proportion of ‘snuffers’ has returned to the level seen in 1997 after a temporary increase. Snuff-taking in girls increased more or less constantly from 1997 until 2006, but in the past two years it has fallen slightly. Among second-year upper-secondary pupils, one-fourth of boys and 10 per cent of girls use snuff. Among 18-year-old male conscripts, the proportion of snuffers was more or less the same (30 per cent) in 2006, and upwards of three-fourths of them used snuff on a daily basis. Since 2000, snuff use has increased somewhat among conscripts.

Annual snuff sales rose steadily between 1970 and 2002 – from about 400 to 920 grams per inhabitant aged 15 or more. Since then sales have stabilised; they amounted to 795 grams in 2007. At the end of the 1980s, 17 per cent of adult men (aged 16–84) and 1 per cent of adult women used snuff. In 2005, the corresponding numbers were 23 per cent and 3 per cent, respectively. All available studies show snuff-taking to be most common among 25–44-year-old men.

Smoking has not decreased uniformly across all strata of society. While half a century ago the very highest rates of smoking prevalence were found in better-off groups, the present situation is the reverse. There is a clear social gradient in that daily smoking is more frequent among blue-collar workers, the financially vulnerable and people on low incomes. When it comes to snuff-taking, however, socio-economic variables are less important. Among men, blue-collar workers are more likely than white-collar workers to use snuff, but no such difference can be seen for women.

Among young people, smoking is more frequent among those who dislike school and play truant more often. It can be noted that at upper-secondary schools, where study programmes can be divided into academic and non-academic ones, daily smoking is twice as frequent among pupils in non-academic programmes.

Alkoholutvecklingen

Inledning

Alkoholpolitiken har betydelse för alkoholkonsumtionen i ett land. En sammanställning över alkoholpolitiken och dess inverkan på konsumtion och skador (Edwards 1996) pekar exempelvis på hur de alkoholpolitiska instrumenten, inte minst pris och fysisk tillgänglighet, på ett ibland mycket direkt sätt inverkar på den totala konsumtionen. En studie från Statens folkhälsoinstitut visar till exempel att alkoholkonsumtionen skulle öka med 29 procent om alkoholförsäljning infördes i mataffärer. Enligt studien skulle ökningen leda till drygt 1 500 fler dödsfall, 16 miljoner fler sjukskrivningsdagar om året och 14 000 fler anmälda misshandelsfall (Holder 2007).

I en översikt över dagens kunskapsläge om alkoholens påverkan på folkhälsan och de åtgärder som har prövats för att minska alkoholskadorna listas följande åtgärder som effektiva med ett brett vetenskapligt stöd: åldersgränser, statliga detaljhandelsmonopol, alkoholskatter och sänkta gränser för trafikonykterhet (Statens folkhälsoinstitut 2004). Det kan därför vara rimligt att inleda detta kapitel med en historisk översikt över alkoholpolitiska beslut och händelser som inträffat i Sverige.

I efterföljande avsnitt beskrivs alkoholkonsumtionens utveckling och bedömningen av denna bygger dels på uppgifter om försäljningen, dels på data från olika frågeundersökningar. Sådana undersökningar ger också en uppfattning om konsumtionen av oregistrerad alkohol.

Därefter skildras alkoholskadornas utveckling. Enligt WHO (2006) orsakar ett ohälsosamt intag av alkohol ett sextiotial olika sjukdomar. Några data som visar den exakta omfattningen av alkoholmissbruk och alkoholproblem i Sverige finns dock inte tillgängliga, även om det exempelvis kan konstateras att alkohol svarar för runt nio procent av sjukdomsördan i utvecklade länder (WHO 2002). Vad som finns att tillgå är data om alkoholrelaterade skador och problem förknippade med alkoholkonsumtion, d v s indikatorer på skadeutvecklingen. Dessa uppgifter är inte bara av intresse ur skadeutvecklings-synpunkt utan har även ett värde i sig, t ex för att spegla området alkohol och trafik. Kapitlet avslutas med en internationell översikt med tonvikt på Europa.

Det bör påpekas att insamling och registrering av olika uppgifter påverkas av en mängd olika faktorer som kan ge upphov till förändringar i statistiken och därigenom försvåra möjligheterna att dra säkra slutsatser. Förutom att sådana problem diskuteras i metodkapitlet påtalas de också i text, tabellkommentarer samt fotnoter i tabellerna när så är extra påkallat.

Alkoholpolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

Alkoholen har länge varit föremål för regleringar i Sverige. Redan under 1600-talet fanns det statsfinansiella motiv till detta, men sedan 1950-talet har prisinstrumentet mera en alkoholpolitisk betydelse (SOU 1994:24). I detta avsnitt redovisas kortfattat viktigare alkoholpolitiska händelser och beslut från och med den tid vi har en någorlunda tillförlitlig försäljningsstatistik, dvs från 1800-talets mitt och framåt, med en fylligare beskrivning av de senaste åren. Många av årtalen och uppgifterna i det historiska avsnittet är hämtade från Svensk alkoholhistoria (Systembolaget 2001).

- 1850** Några bergsmän i Falun bildar ett systembolag ”i sedlighetens intresse”. Vinsten skall gå till allmännyttiga ändamål.
- 1855** En ny brännvinsförordning syftar till att skapa ordning i handeln med brännvin och att reducera det enskilda vinstintresset.
- 1860** Husbehovsbränningen, som varit fri sedan 1787, stoppas med en ny tillverkningsförordning.
- 1865** AB Göteborgssystemet bildas, efter ungefär samma modell som Falubolaget, och blir en nationell förebild.
- 1895** Systembolagens uppgift ”att i sedlighetens intresse ordna och övervaka minuthandeln med och utskänkningen av brännvin” skrivs in i lagen.
- 1905** Beslut tas att all brännvinsförsäljning i landet ska handhas av särskilda bolag under viss statlig kontroll, med Göteborgsbolaget som förebild.
- 1914** AB stockholmssystemet tar över alkoholförsäljningen i Stockholm och blir först av bolagen med att införa Ivan Bratts idéer om individuell ransonering och motbok.
- 1916** Obligatorisk utminuteringskontroll införs i hela landet.
- 1917** AB Vin- & Spritcentralen bildas och tar över all partihandel.

- 1919** Motbokskontrollen genomförs till fullo genom en ny rusdrycksförsäljningsförordning. Systembolagen får monopol också på öl- och vinförsäljningen.
- 1922** Folkomröstning om ett totalförbud – 889 000 röstade för och 925 000 mot ett förbud.
- 1923** Förbudet mot starkölsförsäljning permanentas (infört 1917). Vin- & Spritcentralen får i lag monopol på import, partihandel och brännvinsrening.
- 1955** Motboken slopas. Starkölsförbudet upphävs. De lokala monopolen slås samman till ett riksbolag – Systembolaget.
- 1957** Riksdagen beslutar om spärrlistor och legitimationsskyldighet. Systembolaget börjar sin propaganda för mildare dryckesvanor.
- 1965** Mellanöl, klass IIB, får säljas i livsmedelsbutiker.
- 1969** Inköpsåldern sänks från 21 till 20 år (den 1 juli).
- 1977** Mellanölsförsäljningen i livsmedelsbutiker förbjuds. Spärrlistorna avskaffas.
- 1978** Systembolagets ensamrätt på försäljning av starköl till restaurang upphör.
- 1979** Skärpta regler om marknadsföring av alkohol med bl a förbud mot annonsering annat än i branschtidningar.
- 1981** Ny lag mot langning och överlåtelse till ungdom.
- 1982** Beslut om lördagsstängt på Systembolaget fr o m 1 juli.
- 1995** En ny alkohollag trädde i kraft varvid Vin & Sprits monopol på import, export, tillverkning och partihandel med spritdrycker, vin och starköl avskaffades. Även Systembolagets monopol gentemot restauranger och övriga innehavare av serveringstillstånd avskaffades. Ansvar för utredning och tillsyn av serveringstillstånd överfördes från länsstyrelserna till kommunerna. Tillståndsplikten för detaljhandel med och servering av öl klass II avskaffades.
- 1997** EG-domstolen beslutar att Systembolaget får behålla sitt detaljhandelsmonopol. Starkölsskatten sänks medan folkölsskatten höjs (öl med en volymalkoholhalt om max 2,8% blir alkoholskattebefriat).
- 1999** Taxfreehandeln med alkoholhaltiga varor avskaffades inom EU. Köp och innehav av sk svartspirit förbjuds.
- 2001** En alkoholpolitisk handlingsplan antogs våren 2001 och Alkoholkommittén bildas med uppgift att implementera denna.
Sedan 1 juli 2001 håller systembutikerna öppet på lördagar i hela landet, efter föregående regional försöksverksamhet.
Den 1 december 2001 sänktes vinskatten så att öl och vin beskattas mera jämligt.

Alkoholutvecklingen

- 2003** Den 15 maj infördes – efter dom i Marknadsdomstolen – en ändring i alkohollagen (SFS 2003:166) som gör det tillåtet med reklam för alkoholdrycker svagare än 15 volymprocent i svenska tidningar.
- 2004** Sedan 1 januari 2004 finns inga bestämda kvoter för tillåten införsel av alkohol för resande från annat EU-land, så länge det handlar om eget bruk, även om Sverige har rätt att ta ut punktskatter när införseln är att betrakta som kommersiell. Avskaffandet av kvoterna skedde successivt med start juli 2000.
- 2005** I syfte att begränsa den illegala alkoholen genomfördes vissa lagändringarna (proposition 2004/05:126) som trädde i kraft 1 juli 2005.
- 2006** En ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 lades fram av regeringen i proposition 2005/06:30. Där fastslås att det långsiktiga arbetet för att minska skador till följd av alkoholkonsumtion måste fortsätta och att arbetet på lokal nivå är avgörande för framgångsrika resultat. Särskilt prioriterade områden de kommande åren är barn till föräldrar med missbruksproblem, unga vuxna samt insatser inom arbetslivet. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att följa upp målen i handlingsplanen och senast 1 januari 2010 ska en utvärdering presenteras.

Alkoholpolitiska händelser 2007–2008

I september 2007 beslutades att en särskild utredare ska göra en översyn av alkohollagen (1994:1738). Utgångspunkten är en restriktiv alkoholpolitik till skydd för folkhälsan. Resultatet av utredningen väntas komma 30 december 2008 (Dir. 2007:127).

I oktober 2007 slår EG-domstolen fast att Sveriges förbud mot att föra in alkohol via Internet strider mot EUs lagstiftning och är ett handelshinder. Domstolen låter meddela att Sverige måste ändra reglerna.

Enligt gällande EG-direktiv ska öl och vin beskattas på samma sätt, från och med 1 januari 2008 höjs därför skatten på öl medan vinskatten sänks. Från och med den 1 januari 2008 lades även den verksamhet som bedrivits av Alkoholkommittén och den nationella narkotikasamordnaren över på berörda myndigheter. Detta för att skapa en mera långsiktig struktur för det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet (proposition 2007/08:1).

I samband med detta beslutade regeringen att det inom Regeringskansliet skulle inrättas en samordningsfunktion för regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande politik. Denna funktion består bland annat av en interdepartemental arbetsgrupp vid benämningen SAMANT.

Försäljningsutvecklingen

Alkoholförsäljningen används som en indikator på den totala konsumtionens storlek och på förändringar i denna. Statens folkhälsoinstitut ansvarar för att sammanställa och redovisa statistik över Systembolagets och restaurangernas alkoholförsäljning, liksom folkölsförsäljningen i livsmedelsbutiker.

Utöver den konsumtion som speglas i försäljningsstatistiken tillkommer även konsumtion av oregistrerad (ej statistikförd) alkohol. Denna består av alkohol som har förts in i Sverige från andra länder (genom såväl resandeförsel som smuggling), hemtillverkning av alkoholdrycker samt av utlandskonsumtion.

Den oregistrerade konsumtionens utveckling sedan slutet av 1980-talet belyses i nästa avsnitt med hjälp av data från SoRAD. Det bör dock framhållas redan här att den oregistrerade konsumtionens andel ligger högre i dag än för tio år sedan men ett trendbrott kan urskiljas om man ser till de två senaste åren då den oregistrerade konsumtionen minskat.

I diagram 1 (och tabell 1) redovisas försäljningen från 1861 och framåt, vilket inkluderar de äldsta över tid jämförbara siffrorna vi har om alkoholförsäljningens utveckling i Sverige. Alla öltyper har slagits samman till en gemensam grupp, och blanddrycker (alkoläsk etc) redovisas under den kategori deras alkoholbas utgörs av.

Som framgår var försäljningen relativt hög under de fyra sista decennierna av 1800-talet, i genomsnitt 8 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver. Nedgången på 1860-talet var främst en följd av missväxt och lågkonjunktur medan konsumtionen därefter steg under den högkonjunktur som följde med det definitiva industriella genombrottet (Willner 2005), liksom en uppgång också inträffade under en högkonjunktur i slutet av 1890-talet. Det kan nämnas att för 1800-talets mitt, d v s före brännvinsförordningen från 1855 och stoppet för husbehovsbränningen 1860, uppskattar författaren enbart brännvinsförsäljningen till ca 16 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver.

Försäljningen minskade under 1900-talets början och når en djup svacka vid slutet av första världskriget med de försörjningsproblem och ransoneringar som följde därav (vin ransonerades ej). År 1919 har motboken införts i hela landet och försäljningen bibehålls på en relativt låg nivå de tre följande decennierna (ca 4 liter) och puckeln 1920 förklaras av att alkoholransoneringen upphörde först 1919. Motboken avskaffades 1955 och för att motverka den konsumtionsökning som följde höjdes spritskatten under de närmast efterföljande åren (SOU 1994:24), vilket åtminstone inledningsvis höll konsumtionen nere.

Alkoholutvecklingen

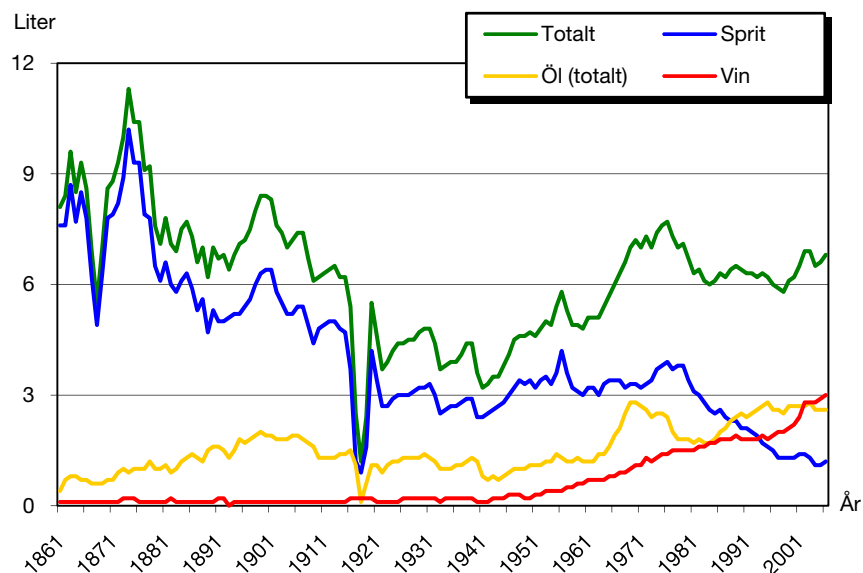


Diagram 1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1861–2006. (Tabell 1)

Ett något modernare perspektiv återfinns i diagram 2, där alkoholförsäljningen under efterkrigstiden redovisas fördelat på flera dryckessorter. Med undantag av toppen 1956 ökar försäljningen successivt och parallellt med ökande välbefinnande samt urbanisering, liksom med införandet av mellanöl i livsmedelshandeln, och kulminerar på 7,7 liter 1976.

Efter att mellanölet tas bort från livsmedelsbutikerna inträffar en nedgång i den totala alkoholförsäljningen; under 1980- och 1990-talen låg den runt låga 6 liter, vilket lördagsstängningen 1982 även torde ha bidragit till. Mellan 1998 och 2003 ökade dock den totala volymen med närmare 20%. Därefter har försäljningen åter sjunkit marginellt och uppgick 2006 till 6,8 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver.

Betydande förändringar har skett när det gäller olika alkoholdryckers del av försäljningen. Under 1800-talet var alkoholförtäring närmast synonymt med spritkonsumtion men i slutet av 1960-talet utgjordes för första gången endast hälften av försäljningen av sprit, och 2006 är spritandelen nere i 18%. I absoluta tal räknat inleddes dock inte nedgången förrän 1980.

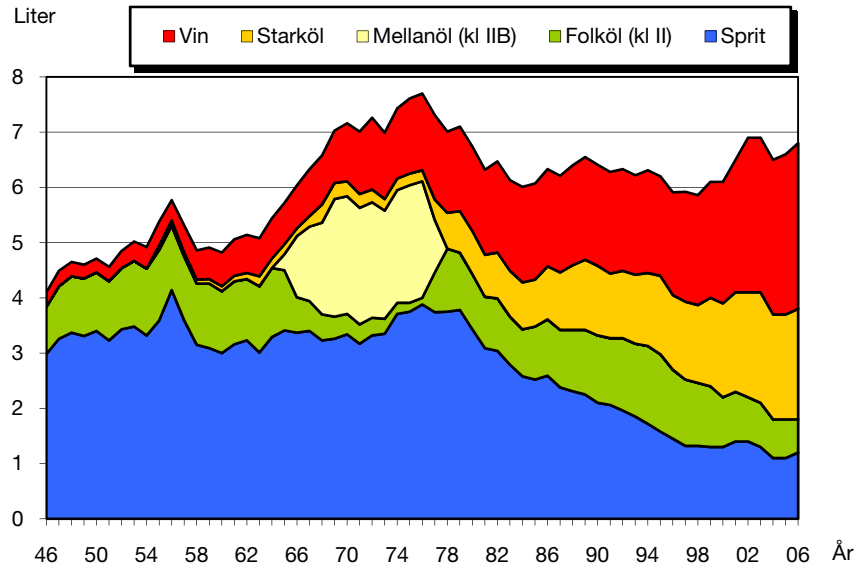


Diagram 2. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1946–2006. (Tabell 1)

Under hela efterkrigstiden har vin ökat i betydelse och 2006 svarade vin för 44% av försäljningen. Även starkölet svarar sedan flera år för en klart större andel än spriten och 2006 bidrog denna dryck till 29% av försäljningen. Folkölets andel av totalförsäljningen har halverats under de senaste 10 åren och utgjorde 9% 2006. Även mätt i faktisk volym har försäljningen av folköl halverats under denna period.

Oregistrerad och total alkoholkonsumtion

Under åren har olika försök gjorts att komplettera den kända försäljningen med uppgifter om andra inskaffningskällor för att få en uppfattning om den totala alkoholkonsumtionens storlek.

Sedan juni 2000 gör SoRAD regelbundna intervjuundersökningar i den vuxna befolkningen för att uppskatta denna. Genom att applicera svar om anskaffningssättet för enskilda alkoholtyper på den registrerade försäljningen kan ett estimat erhållas på den totala konsumtionen. I varierande grad görs även kompletteringar och justeringar på bortfall av storkonsumenter och dessa justeringar höjer den uppskattade totalalkoholkonsumtionen med 3–4% (Andréasson och Allebeck 2005). Trots att olika problem är förknippade med denna metod bedöms mätningarna ge en bra bild av utvecklingen. KALK-undersökningen (Kühlhorn et al 2000) kan sägas utgöra grunden för de nuva-

Alkoholutvecklingen

rande mätningarna men se även Leifman et al 2000, Leifman och Gustafsson 2003 samt SOU 2004:86.

För 1989 har den oregistrerade konsumtionen i efterhand uppskattats till ca 1,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. År 1995 hade den ökat till 1,6 liter. Året därpå, under det andra året av det svenska EU-medlemskapet, ökade skattningen till 2,1 liter. En ännu kraftigare ökning av den oregistrerade konsumtionen ägde rum mellan 2000 och 2004, från 2,2 till 3,9 liter ren alkohol (tabell 2 och diagram 3 – uppskattningar kan inte göras för alla år 1989–2007). Sedan toppnoteringen 2004 har den oregistrerade konsumtionen minskat till 2,8 liter år 2007.

Enligt diagrammet innebär detta att den totala alkoholkonsumtionen låg runt 8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre under 1990-talet, d v s nästan två liter högre än den registrerade försäljningen. Detta betyder vidare att den svacka som syntes i försäljningen 1995–1999 inte speglade konsumtionsutvecklingen. För 2007 har konsumtionen beräknats till 9,8 liter ren alkohol. Detta innebär att konsumtionen sedan 2002 ligger på ca tio liter, vilket är en historiskt sett hög nivå. Under 2000-talet har konsumtionen ökat med ca 20%, medan den registrerade försäljningen bara ökat med ca 10%.

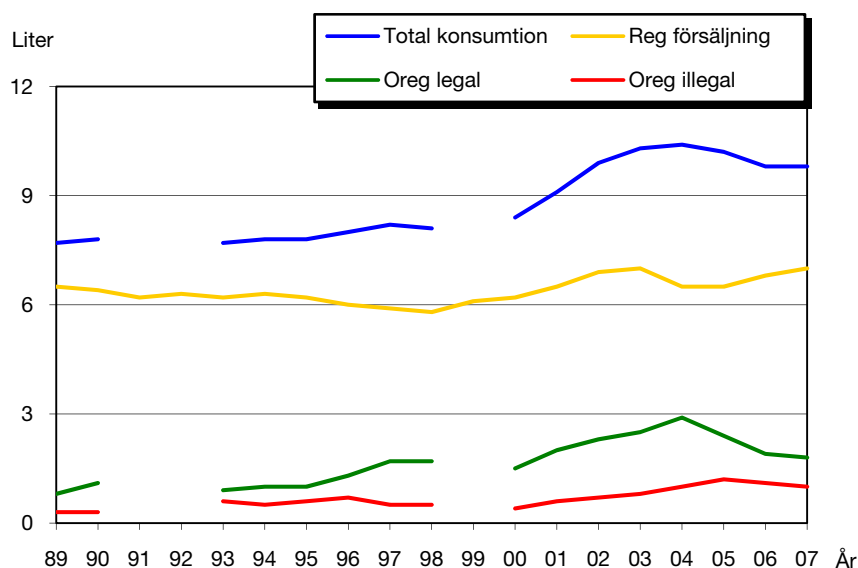


Diagram 3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2007. (Tabell 2)

Det illegala inslaget i den oregistrerade konsumtionen (hembränd sprit och smuggelalkohol) har hela tiden varit klart mindre än det legala, som till största delen består av resandeförsel. År 2007 utgjorde den illegala delen av den oregistrerade konsumtionen ungefär en tredjedel (1,0 av totalt 2,8 liter).

Andelen registrerad alkohol 2007 av den totala konsumtionen var 71% och andelen oregistrerad således 29%. Detta är en ökning med 15 procentenheter jämfört med 1989 och i absoluta tal är det mer än en fördubbling, detta trots att den oregistrerade konsumtionen minskat de senaste tre åren. I tabell 2 anges även ett uppskattat värde för andelen oregistrerad konsumtion toppförsäljningsåret 1976, och denna var då endast 12%. Den totala konsumtionen beräknades detta toppår till 8,8 liter – alltså 1,0 liter lägre än 2007.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 3 framkommer att 2007 härrörde 9% av alkoholkonsumtionen från illegala källor (alltså främst smuggling men också en del hembränning) medan mindre än 1% var legalt hemtillverkad. Restauranger och livsmedelsbutiker sålde 16% av alkoholen och Systembolaget 55%, samtidigt som hela 20% av konsumtionen hade sitt ursprung i resandeförsel.

En jämförelse av olika dryckers bidrag till konsumtionen 2006 enligt tabell 1 (försäljningen) respektive SoRADs skattning av den totala alkoholkonsumtionen 2006 visar att när man även tar hänsyn till den oregistrerade konsum-

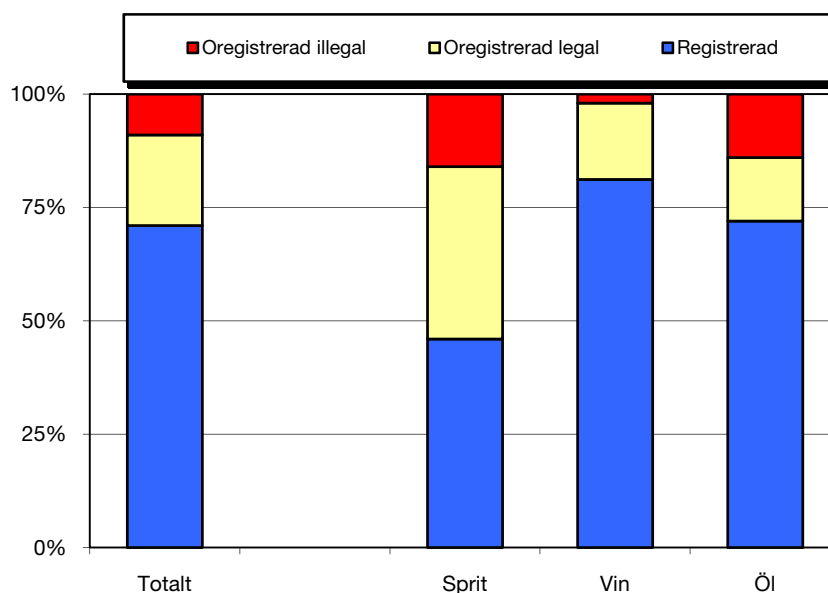


Diagram 4. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2007. (Tabell 3)

Alkoholutvecklingen

tionen så ökar spritens andel från 18 till 25%, medan vin- och ölandelarna sjunker med 6 respektive 1 procentenheter. Öl och vin är således fortfarande klart vanligare än sprit även när oregistrerad konsumtion beaktas.

Att det främst är sprit som kommer från oregistrerade källor visas i diagram 4. Av diagrammet framgår att 54% av all konsumerad sprit är oregistrerad medan detta bara gäller runt 28% av ölet och 19% av vinet. Vin är den alkoholtyp där minst andel illegal alkohol förekommer men den lagliga privatinförseln är mera omfattande än för öl, mätt i ren alkohol.

Sammantaget ökade alltså andelen oregistrerad alkohol till och med 2004, och detta främst som en följd av ökande resandeförsel, vilket i sin tur beror på att det numer är tillåtet att ta in stora kvantiteter alkohol från annat EU-land. Man ska dock komma ihåg att den oregistrerade konsumtionen minskat under perioden 2005–2007. Den totala konsumtionen för 2006 beräknades till 9,7 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Detta är tre liter högre än vad försäljningssiffrorna för 2006 anger. Motsvarande siffra för 2007 är 9,8 liter ren alkohol och konsumtionsnivån under 2000-talet är sannolikt den högsta som förekommit i Sverige på 100 år trots att en minskning skett sedan 2004 med 6%. Till detta bör tilläggas att numera bidrar både män och kvinnor till alkoholkonsumtionen till skillnad mot tidigare då främst män drack alkohol.

Regionala skillnader i försäljningen

Jämförelsen av länsförsäljningen per bofast invånare 15 år och äldre bygger på uppgifter från systembolag och restauranger (före 1995 ingick dock inte bryggeriernas restaurangleveranser av starköl i statistiken). Siffrorna kan bli missvisande för utpräglade turistlän liksom för län där gränshandel förekommer eller där många arbetspendlare gör inköp, i synnerhet för de med liten bofast befolkning. Sammantaget medför detta att siffrorna för vissa län kommer att ligga för högt och i andra län för lågt, jämfört med den verkliga konsumtionen. Konsumtion av privatinförda, smugglade eller hemtillverkade alkoholdrycker ingår inte i jämförelserna här.

Systembolagets och restaurangernas försäljning av sprit, vin och starköl, räknat per invånare 15 år och äldre i hela landet, uppgick 2005 till 5,9 liter alkohol 100%. Fyra av länen hade en försäljning som översteg 7 liter per invånare. Det var Jämtland, Gotland, Stockholm samt Värmland och dessa län har med undantag av Värmland – legat i försäljningstoppen alltsedan slutet av 1980-talet (tabell 4). Allra högst – ca 8,7 liter – var försäljningen i Jämtland och på Gotland. De lägsta siffrorna har den senaste tioårsperioden redovisats för Jönköping, Skåne, Kronoberg, Blekinge och Halland. Dessa sydsvenska län hade en registrerad försäljning runt 4,2 liter 2005, dvs mindre än hälften av topplänens per capita-försäljning.

Påtagliga skillnader mellan länen finns sett till olika dryckestyper. Försäljningen av sprit 2005 var högst i Jämtlands län (2,0 liter alkohol 100%) med Värmland samt Gotland på delad andra plats (1,7 liter) och med Skåne i botten (0,7 liter). Denna ordning har varit densamma sedan 1998 (tabell 5).

Länsgenomsnittet för vinförsäljningen 2005 uppgick till 2,9 liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre. Stockholm och Gotland låg högst med ca 4 liter följt av Jämtland (3,8 liter) och Värmland (3,3 liter), d v s samma fyra topplän som för totalförsäljningen. Lägst låg Jönköping, Kronoberg, Blekinge samt Skåne (ca 1,9 liter) och dessa fyra län hade också den lägsta totalförsäljningen.

Sedan 1995 har Gotland, Stockholm och Jämtland tillhört topplänen för starkölsförsäljningen medan Kronoberg, Blekinge, Halland och i synnerhet Skåne har legat lägst. År 2005 var försäljningen 3 liter för Gotland och Jämtland samt 1,1 liter i Skåne.

Generellt kan sägas att den låga försäljningen i de sydligaste länen torde påverkas av närheten till länder med låga alkoholskatter. Omvänt kan den relativt höga försäljningen i Värmland och i viss mån Jämtland, med fyra av de fem viktigaste gränshandelsbutikerna, lyftas av norrmännens inköp, liksom den höga per-capita försäljningen på Gotland och i Jämtland påverkas av omfattande turism i kombination med liten bofast folkmängd.

I tabell 5 redovisas även folkölsförsäljningen fördelat på län för åren 1995–2004. Regionala försäljningsdata finns inte för denna dryck utan värdena utgår från den totala försäljningen i riket och är teoretiskt beräknade och invägda efter den övriga per-capitakonsumtionen. Därmed torde siffrorna vara överskattande för exempelvis Skåne och andra sydsvenska län, samtidigt som det ändå går att få en viss uppfattning om hur den regionala konsumtionen skulle kunna se ut om folkölskonsumtionen inkluderades.

Restaurangförsäljning

Mellan 1977 och 1999 ökade andelen restaurangförsåld alkohol (sprit, vin och starköl) från 5 till 21% – räknat i ren alkohol på den kända försäljningen (tabell 6). Därefter har restaurangkonsumtionens andel sjunkit något, till 15% 2006.

Fram till 1996 var det främst starköl som dracks alltmer på restaurang, men därefter har starkölsandelen gått tillbaka. I mitten på 1990-talet dracks 46% av all (registrerad) starköl på restaurang, 2006 var motsvarande siffra 25% (räknat i ren alkohol). Andelen vin som konsumeras på restauranger har legat på en jämn nivå (drygt 10%) alltsedan 1996. För spriten gäller att dess andel ökat, från runt 3% under 1980-talet till 17% 2006.

Alkoholutvecklingen

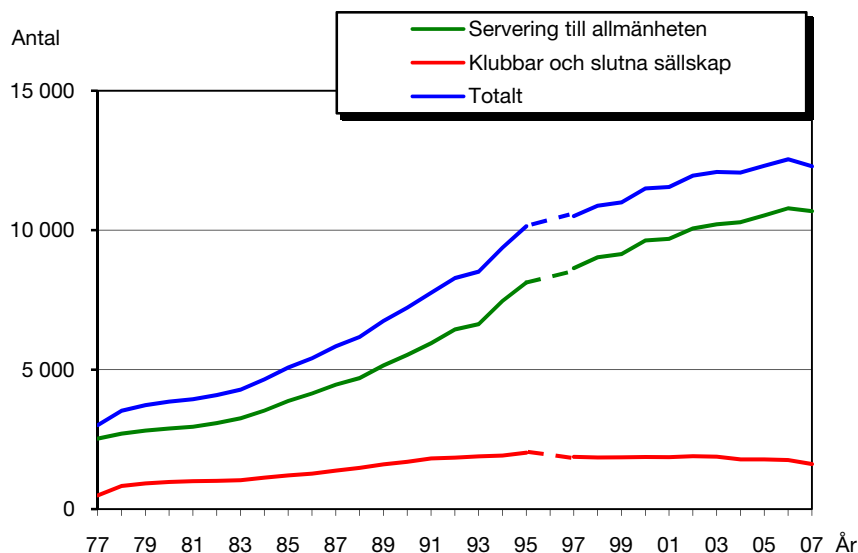


Diagram 5. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2007. (Tabell 7)

Att en större andel alkohol kommit att säljas på restauranger har att göra med ökningen av antalet serveringstillstånd, en utveckling som redovisas i diagram 5 och tabell 7. Antalet tillstånd var ca 3 000 år 1977 och uppgick till nästan 12 300 år 2007, en fyrdubbling således. Runt 1 600 av dessa tillstånd gällde klubbar och slutna sällskap. Antalet tillstånd har fortsatt att öka även under 2000-talet, trots att restaurangernas andel av den totala försäljningen gick tillbaka något då. En anledning till restaurangernas minskade försäljningsandel kan bero på att realpriserna på alkohol ökat på restaurang och samtidigt sjunkit i detaljhandeln (se Statens folkhälsoinstitut 2006).

Alkoholutgifter och prisförändringar

Svenskarnas utgifter för alkoholinköp i landet har en viss inverkan på statsfinanserna och merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. År 2006 beräknades statens inkomst enbart från dryckesskatterna uppgå till drygt 11 miljarder kronor (Statens folkhälsoinstitut 2008).

Konsumenternas totala utgifter för alkoholinköp på restauranger och systembolag är mer än fördubblad om man jämför 1985 och 2005, från 16 till 34 miljarder (tabell 8). Inkluderas även folköl är summan 37 miljarder vilket motsvarade knappt 3% av den totala privata konsumtionen detta år. Till denna summa skall även adderas ett okänt belopp för inköp av oregistrerad alkohol.

Mätt i kronor ökade restaurangkonsumentens andel fram till 2000 för att därefter ligga runt 33% och 2005 spenderades 11,6 miljarder på alkoholinköp på restauranger. Dessa uppgifter styrker den bild som gavs i det föregående att jämfört med 1980-talet sker en större del av alkoholkonsumtionen numera på restauranger, även om ökningen hejdats under senare år. Det kan också konstateras att restaurangkonsumentens andel, mätt i kronor, är dubbelt så hög jämfört med om den mäts i ren alkohol.

I tabell 9 redovisas en indexerad utveckling av realpriset för alkohol i detaljhandeln perioden december 1984 till december 2007 (med december 1984 satt till 100). Uppgifterna kommer från Systembolaget och indikerar att realpriset för sprit varit stabilt under mätperioden. Vinpriset har däremot sjunkit med ca 15% jämfört med 1990-talets början, med ett tydligt bidrag från skattesänkningen 2001.

Det är i synnerhet för starköl som indexet uppvisar förändringar. År 2007 hade starkölspriset gått ned med 29% i inflationsjusterade priser jämfört med startåret, eller med 39% jämfört med högprisåret 1989. Under 1997 sänktes starkölsskatten vilket tydligt avspeglas i realprisutvecklingen.

Statens folkhälsoinstitut (2006) redovisar ett delvis annorlunda konstruerat prisindex med start från 1995. Jämför man dessa två index finner man att spritprisutvecklingen beskrivs likartat 1995–2005 medan institutets index uppvisar cirka 10 indexenheter större nedgångar för vin respektive starköl under perioden. Trots skillnaderna är det uppenbart att de reala öl- och vinpriserna sjunkit i Sverige och att de jämfört med föregående tjuugoårsperiod är tämligen låga.

Konsumtionsutvecklingen

Alkoholförsäljningen visar i grova drag alkoholkonsumtionens utveckling, i synnerhet när uppgifterna kompletteras med information om oregistrerad konsumtion som i föregående avsnitt. För att få reda på fördelningen av konsumtionen samt förändringar av alkoholvanorna inom och mellan olika befolkningsgrupper är man dock hänvisad till olika typer av frågeundersökningar.

Redovisningen i detta avsnitt bygger på olika intervju- eller enkätundersökningar med i stora drag samma rutiner år från år vid genomförandet, vilket möjliggör beskrivningar av utvecklingen. De undersökningar som oftast refereras beskrivs närmare i metodkapitlet och ibland kompletteras uppgifterna från dessa med information från studier av mera tillfällig karaktär.

Redan inledningsvis kan det påtalas att alkoholkonsumtionens fördelning i befolkningen är tämligen skev. I SOU 2004:86 fastslås exempelvis att den tiodel som dricker mest står för runt hälften av alkoholkonsumtionen och bara 30% av konsumenterna dricker en mängd som överstiger medelvärdet.

Alkoholvanor bland ungdomar

Ickekonsumenter

Skolundersökningarna visar att de flesta 15–16-åriga skolelever åtminstone någon gång smakat en liten mängd alkohol. På 1970-talet var andelen som svarade att de inte dricker alls relativt liten och låg runt 10% (tabellerna 12 och 14). Därefter ökade ickekonsumenterna till 20% under 1980-talet. Under 2000-talet har de stigit ytterligare och 2008 svarade 31% av eleverna i nian att de inte dricker alkohol (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Andelen mönstrande som aldrig dricker sig berusade har följt ungefär samma trend som den ovan redovisade, även om jämförelsen försvåras av att nya alkoholfrågor infördes i mönstringsformuläret 2000 (tabell 19). Mellan 2000–2006 frågades också hur många som inte dricker alls och den andelen har ökat något till 2006 – från ca 10 till 13% (Guttormsson 2007). Således har andelen icke-konsumenter ökat bland yngre ungdomar under senare år. I gymnasieundersökningarna i årskurs 2 som startade 2004 har andelen som svarar att de inte dricker alkohol ökat från ca 10 till 12% (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Totalkonsumtion

Av diagram 6 och tabell 10 framgår utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol för niorna och gymnasiet år 2. Mellan 1977 (då mellanölet togs bort ur livsmedelshandeln) och 1981 sjönk årskonsumtionen kraftigt bland niorna. Nedgången avmattades därefter och 1989 uppgick konsumtionen till 2,3 liter för pojkarna och 1,4 liter för flickorna. Detta år förbättrades beräkningsmetoderna och åtminstone för pojkarna innebar detta en ökning av den uppmätta konsumtionen enligt de alternativa värdena för samma år (2,7 liter för pojkarna och 1,5 för flickorna).

Mellan 1989–2005 har konsumtionstrenden varit mer eller mindre uppåtående för flickorna, de senaste tre åren har det dock skett en nedgång. År 2005 drack flickorna 3,2 liter ren alkohol, mer än en fördubbling mot 1989 således, men år 2008 uppgick motsvarande siffra till 2,5 liter. Pojkarnas konsumtion ökade ännu mer under 1990-talet och nådde en topp om 5,3 liter 2000, men den påföljande nedgången (till 3,2 liter 2008) innebär inte bara en minskning av pojkarnas konsumtion utan även en minskning av könsskillnaderna under 2000-talet.

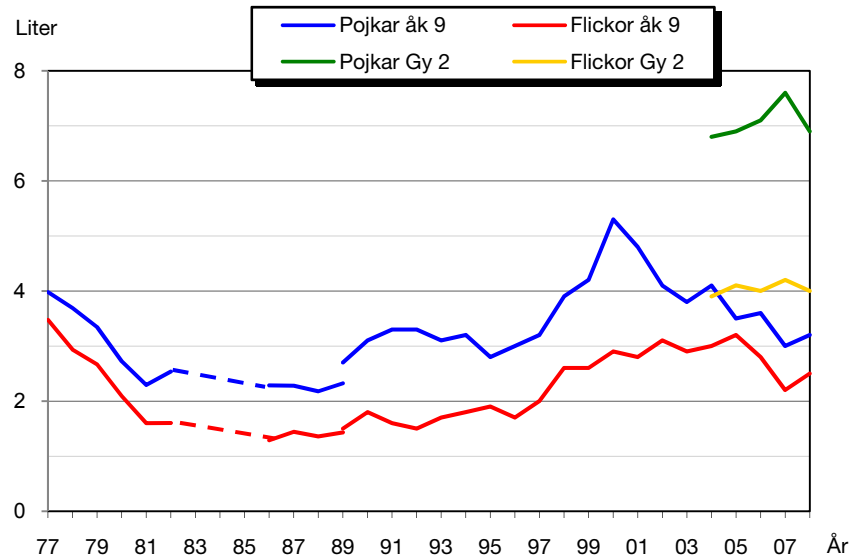


Diagram 6. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2008. (Tabell 10 och 11)

Jämför man niornas svar från 2008 med gymnasieelevernas finner man att pojkarnas konsumtion mer än fördubblas i gymnasiets andra år medan flickornas är 60% högre (6,9 respektive 4,0 liter).

Mellan 1979/80–1994 genomfördes besöksintervjuer med ungdomar 16–24 år. Åren 1996–2003 gjordes intervjuerna per telefon, medan båda metoderna användes 1994 för att belysa skillnaderna dem emellan. Som framgår av diagram 7 påverkades resultaten något, varför de olika periodernas värden inte är direkt jämförbara. Vidare infördes först i 1998 års undersökning dryckesalternativen cider och alkoläsk vilket innebär att jämförbarheten begränsas ytterligare eftersom konsumtionen varit något underskattande för 1994 och i synnerhet för 1996 (se Guttormsson et al 2004).

Trots ovan redovisade problem kan det noteras att konsumtionsutvecklingen liknar skolelevernas, med sjunkande nivåer under 1980-talet och åter höga nivåer under 2000-talets början. Eftersom inga data finns att jämföra med mellan 1998 och 2003 går det dock inte att bekräfta den puckel som pojkarna i nian uppvisade runt millennieskiftet.

År 2003 uppgick årskonsumtionen till 5,4 liter ren alkohol för pojkar 16–19 år och till 8,5 liter för dem 20–24 år. Motsvarande värden för flickorna var 2,6 respektive 3,9 liter ren alkohol. Att jämföra konsumtionsvolymerna med skolundersökningarna är inte möjligt på grund av metodskillnaderna. I ungdomsun-

Alkoholutvecklingen

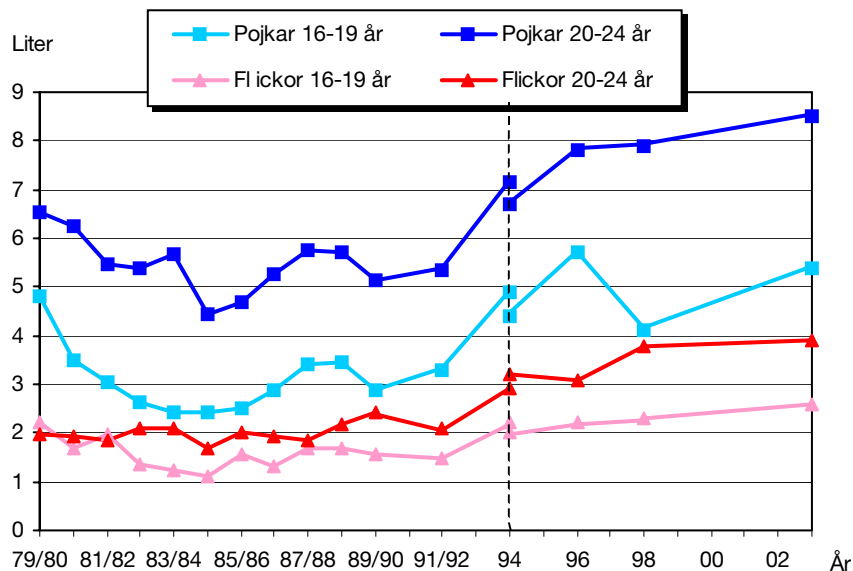


Diagram 7. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. ^{a)} (Tabell 24)

a) Värdena 1979/80–1994 avser SIFOs besöksintervjuer, 1994–1998 TEMOs telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

dersökningen ökade konsumtionen med åldern, fram till 22-årsåldern, och därefter planade den ut. Kvinnornas konsumtion utgjorde runt 50% av männens i samtliga åldrar mellan 16 och 24 år.

Berusning och storkonsumtion

Intensivkonsumtion är ett mått för att beskriva berusning och avser i skolundersökningen konsumtion av en alkoholmängd motsvarande en flaska vin eller mera vid ett tillfälle (frågan beskrivs mera utförligt i tabellbilagan). Utvecklingen av intensivkonsumtionen följer den för totalkonsumtionen någorlunda väl och minskade således i omfattning under slutet av 1970-talet och blev allt mindre frekvent under 1980-talet (se tabell 16 och diagram 8).

Under 1990-talet ökade andelen frekventa intensivkonsumenter bland flickorna och under hela 2000-talet har runt 23% uppgett att de intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden. Även pojkarna uppgav alltmer intensivkonsumtion på 1990-talet men deras nivå har sjunkit under 2000-talet och ligger numera på samma nivå som flickornas. Det bör observeras att frågebytet 2000, då spritmängden ändrades från ”kvartering” till 18 cl, innebar en ökning av andelen positiva svar i synnerhet bland pojkarna.

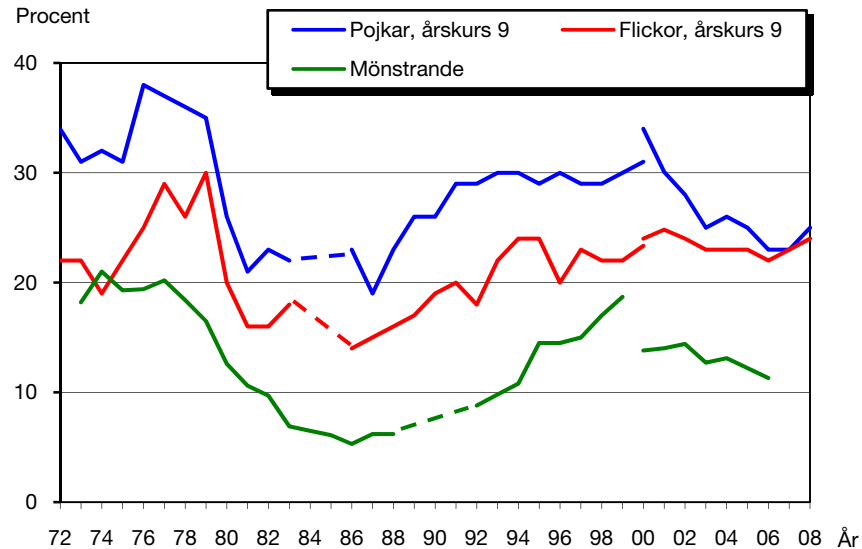


Diagram 8. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2008. (Tabellerna 16 och 19)

I tvåan på gymnasiet svarar 2008 runt hälften av pojkarna och drygt 40% av flickorna att de intensivkonsumerar så ofta. Detta är väsentligt högre nivåer än i nian således, i synnerhet för pojkarna.

Berusingstrenderna är likartade i mönstringsundersökningen. Frågorna är annorlunda men visar på samma utveckling, även om jämförelsen försvåras av att nya alkoholfrågor sedan 2000 föregår den om hur ofta man berusar sig. Enligt en av de nya frågorna framgår att 32% av de mönstrande intensivkonsumerade en gång i månaden eller oftare 2006 och att 11% ”berusade sig” någon gång i veckan (i denna undersökning avser intensivkonsumtion att dricka minst sex definierade ”glas” alkohol, en något större mängd än i skolundersökningen).

Skoleleverna har delats in i sex olika grupper, med avseende på årskonsumtionens storlek (tabellerna 12 och 14). Högkonsumtionsgruppen – över 5 liter ren alkohol per år – ökade från 7 till 22% bland flickorna mellan 1986 och 2002, därefter har den minskat till 14%. Pojkarna ökade från 15 till 26% mellan 1986 och 2000 men därefter har andelen storkonsumenter minskat och är nu nästan av samma storlek som för flickorna (16% 2008). Motsvarande siffror för pojkarna i gymnasiets andra år var 2008 39% och för flickorna 24%.

Alkoholsorter

Tidigare var sprit och folköl de dryckessorter som bidrog mest till pojkarnas total konsumtion i nian, räknat i 100% alkohol. Sedan 2002 är dock starköl vanligare än både sprit respektive folköl och bidrog till 41% av konsumtionen 2008 (tabell 10). Sprit är nu tvåa (28%), blanddrycker trea (22%), därefter kommer folköl (9%) och vin (3%). För flickorna står spriten alltså för det största bidraget till total konsumtionen (36%) medan blanddrycker kommer på andra plats (28%). Andelen starköl utgör 20% och även för flickorna utgör folköl och vin de minsta andelarna 8 respektive 4%.

En uppenbar förändring är att folköl som utgjorde 38% av niornas total konsumtion 1995 endast bidrar med 9% av konsumtionen 2008. Under samma period har vin sjunkit från ca 9 till runt 4%. Starkölet ökar samtidigt från 19 till 32% och under 2000-talet uppvisar även blanddrycker en liknande uppgång.

De mönstrande 18-åriga männen svarade på vilka alkoholdrycker de brukar dricka i berusningssyfte. De vanligaste berusningsdryckerna som nämndes 2006 var enligt tabell 20 starköl (63%), sprit (48%), cider (41%) och folköl (18%). Detta påvisar återigen det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion. Liksom i skolundersökningen har folkölet gått tillbaka kraftigt under senare år.

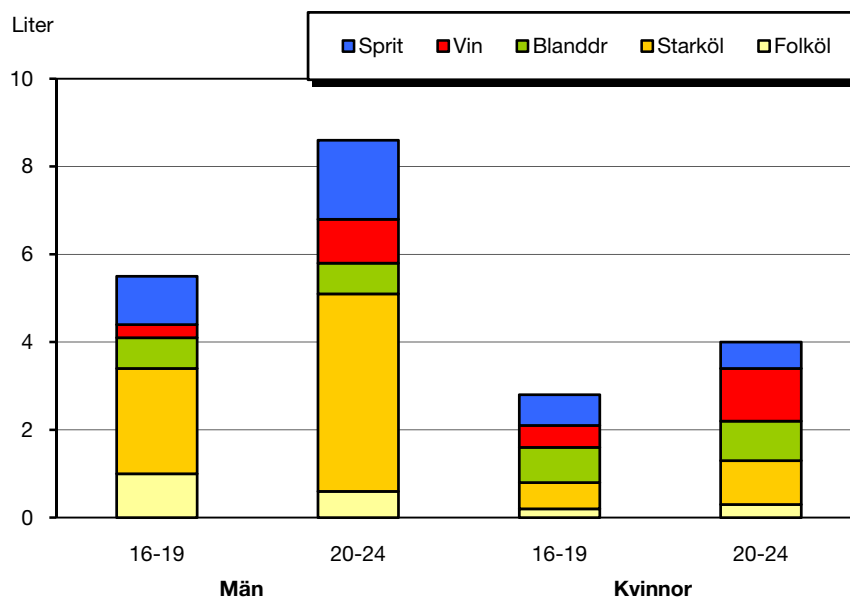


Diagram 9. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003. (Tabellerna 22–24)

Av tabellerna 22–24 framgår hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år). I diagram 9 redovisas dryckestypernas bidrag till årskonsumtionen i liter 100% alkohol för år 2003. Det framgår att folköl och blanddrycker minskar i betydelse med ålder hos männen, medan starköl och sprit behåller positionerna som de vanligaste dryckerna, även om också vin ökar relativt mycket. De 20–24-åriga männen uppgav att de drack 8,5 liter ren alkohol per år, varav mer än hälften härrörde från starkölskonsumtion.

Bland kvinnorna är konsumtionen jämnare fördelad mellan olika dryckestyper. I den äldre åldersgruppen ökar konsumtionen av alla drycker förutom sprit. Blanddrycker utgör det största enskilda inslaget bland de yngre kvinnorna medan vin ger störst bidrag till konsumtionen bland de äldre. Det framgår tydligt att de yngre pojkarna drack mer alkohol än de äldre kvinnorna, trots att konsumtionen ökade med åldern även för kvinnorna.

Alkoholvanor bland vuxna

Icke-konsumenter

Andelen som inte druckit alkohol under de senaste 12 månaderna i befolkningen 21–70 år uppgick till 28% år 1968. Drygt 10 år senare (1979) hade den sjunkit till 15%. Även då var kvinnor och äldre överrepresenterade bland icke-konsumenterna (Nilsson och Klöfver 1984). I en Temo-intervju från 2000 svarade 10% (8% av männen och 12% av kvinnorna) i åldrarna 16–75 år att de inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna.

Av enkätundersökningen om levnadsvanor i befolkningen (16–84 år) initierad av Statens folkhälsoinstitut 2004, framgår att icke-konsumtion fortfarande är vanligare bland kvinnor och bland äldre. Den andel som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna håller sig stabil och uppgick 2007 till 10% av männen och 18% av kvinnorna (tabell 25). En ytterlighetsgrupp utgörs av kvinnor 65–84 år då 34% av dessa inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, att exempelvis jämföra med 8% av männen 16–29 år.

Även om frågemetoder och åldersintervall i dessa studier inte är desamma fullt ut kan man ändå dra slutsatsen, inte minst med stöd av liknande undersökningar, att andelen icke-konsumenter minskat sedan 1960-talets slut.

Totalkonsumtion

Mellan 1982 och 2000 genomfördes riksrepresentativa besöksintervjuer bland 18–70-åringar i vilka man frågade om alkoholkonsumtion under en normalvecka, vilket kompletterades med frågor om sällankonsumtion. De uppgivna kvantiteterna har räknats om till 100% alkohol. Volymerna når inte (ens) försäljningssiffrornas omfattning, men undersökningarna har ändå ett

Alkoholutvecklingen

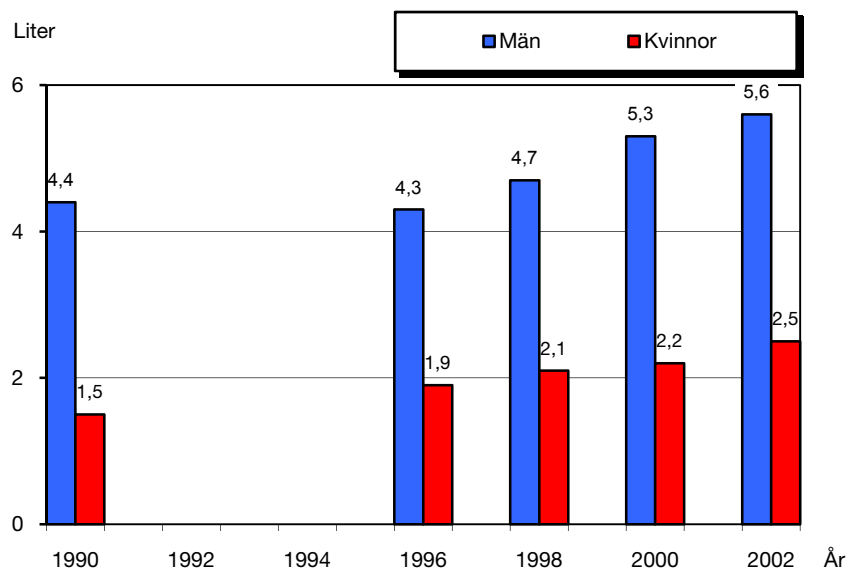


Diagram 10. Självrapporterad alkoholkonsumtion bland 18–75-åringar fördelat på kön i liter alkohol 100%. 1990–2002.

Källa: SOU 2005:25.

värde vad gäller att spegla trender i skillnader mellan kön, åldrar och i utvecklingen av olika dryckers andelar av konsumtionen.

Enligt tabell 28 var alkoholkonsumtionen bland 18–70-åringarna i grova drag tämligen oförändrad under 1980- och 1990-talen, vilket överstämmer någorlunda med den kända försäljningen.

I diagram 10 framkommer en något annorlunda bild, delvis på grund av att ytterligare en mätpunkt (2002) adderats och kanske också för att åldersgrupperna liksom undersökningsmetoden skiljer sig. Siffrorna i figuren baseras på en jämförelse av olika riksrepresentativa frågeundersökningar i SOU 2005:25 och visar att konsumtionen ökat såväl bland män som bland kvinnor, åtminstone sedan 1996. Totalt sett handlar det om en ökning med ca 30% mellan 1996 och 2002. I absoluta tal är männens ökning något större än kvinnornas, men i relativa är kvinnornas uppgång mer än dubbelt så stor som männens.

SoRADs monitormätningar, i kombination med kalibreringar av tidigare studier, visade på en 25-procentig ökning enligt tabell 2 för samma period. Skillnaden är dock inte större än att diagrammet kan antas spegla konsumtionsutvecklingen bland män och kvinnor relativt väl.

Under hela perioden 1982–2000 rapporterade yngsta ålderskategorin i TEMO-mätningarna (18–29 år) den högsta konsumtionen. De yngsta drack i

genomsnitt ca 80% mer än de äldsta (50–70 år), men skillnaderna grupperna emellan tenderade att minska under 1990-talet då de äldre ökade sin konsumtion (tabell 28). Åren 1996–2000 drack de yngsta bara ca 45% mer än de äldsta.

Data från SoRADs monitormätning från 2002 illustrerar tydligt att alkoholkonsumtionen är åldersrelaterad (Leifman och Gustafsson 2003). I denna mera detaljerade studie återfinns konsumtionstoppen i åldersgruppen 20–24 år (diagram 11). Detta gäller för såväl män som kvinnor, men medan männens konsumtion minskar linjärt med åldern så är kvinnornas konsumtion jämnare fördelad, bortsett från den allra äldsta åldersgruppen.

Samma mönster framkommer i SoRADs kartläggning av den självuppskattade alkoholkonsumtionen perioden 2003–2006. Män konsumerar mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor och den högsta konsumtionen återfinns i åldersgruppen 16–29 år och den lägsta i gruppen 65 år och äldre (Boman et al 2007).

Allra högst konsumtion (20 liter ren alkohol om året) återfinns hos män 20–24 år. Den minst omfattande konsumtionen uppges av kvinnor i åldern 65–80 år (knappt 3 liter). Siffrorna bygger på resultaten från SoRADs monitorundersökningar och är uppräknade för att spegla den verkliga konsumtionen (uppräknningen är generell för alla åldersgrupper och förutsätter därmed att rapporteringsfelen inte är alltför ojämna).

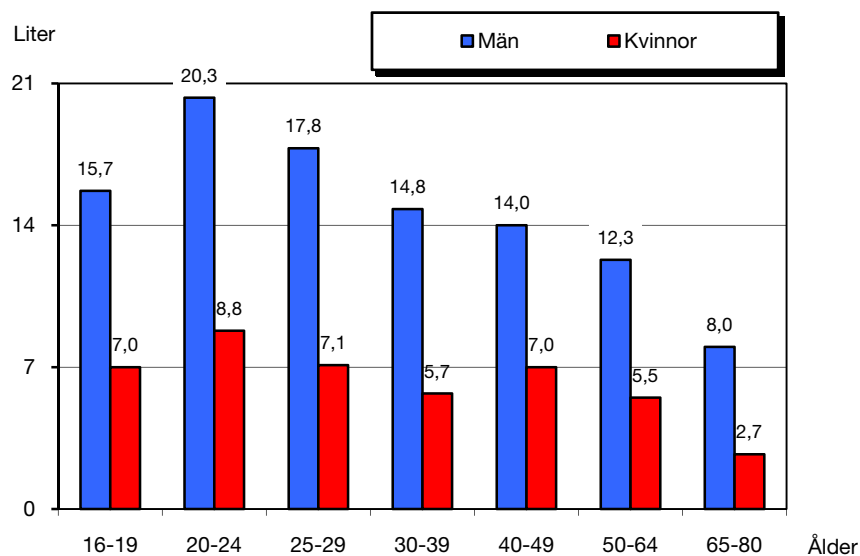


Diagram 11. Självrapporterad och uppräknad alkoholkonsumtion enligt SoRADs monitormätningar, fördelad på åldersgrupper och kön. 2002.

Källa: Leifman och Gustafsson 2003.

Berusing och storkonsumtion

Enligt 2000 års TEMO-undersökning är sambandet mellan totalkonsumtion, intensivkonsumtion (att dricka mycket vid ett och samma tillfälle) och problemdrickande uppenbart. I den högsta konsumtionsgruppen kunde 33% av männen och 36% av kvinnorna klassas som alkoholproblematiker enligt AUDIT-frågorna, medan motsvarande siffror för samtliga kvinnor och män (inklusive högkonsumenterna) var 13 respektive 8% (Helmersson-Bergmark 2001).

Som tidigare framgick har den totala konsumtionen ökat sedan 1990-talet. I SOU 2005:25 påvisas i linje med detta en uppgång av andelen 16–75-åringar som i olika frågeundersökningar rapporterat att de är storkonsumenter av alkohol (i det sammanhanget avsågs personer som i snitt dricker mer än 30 gram alkohol per dag). År 1996 gjorde 5% av männen och 2% av kvinnorna detta, medan motsvarande värden för 2002 hade ökat till 8 respektive 5%.

I samma utredning påtalas att det finns tendenser till en ökning av antalet intensivkonsumtionstillfällen mellan 1998 och 2004 (med detta åsyftas att dricka alkohol motsvarande minst en helflaska vin vid ett och samma tillfälle). År 2004 svarade 48% av männen och 15% av kvinnorna att de intensivkonsumerade minst en gång i månaden. Parallellt med att totalkonsumtionen ökade tenderar alltså mera riskabla konsumtionsformer att bli vanligare.

Det framgår även att det finns ett säsongsvist samband mellan totalkonsumtion och intensivkonsumtionsfrekvens i så motto att båda dessa fenomen uppträder samtidigt och är allra vanligast i juli och december, såväl för män som för kvinnor.

Hälsoenkäten som initierades 2004 av Statens folkhälsoinstitut, anger att bland 16–84-åringar har andelen riskkonsumenter legat stadigt på 17% bland männen och 10% bland kvinnorna perioden 2004–2007. Begreppet riskkonsument definieras närmare i metodkapitlet men utgörs av de tre första frågorna i AUDIT-testet.

Andelen med riskabla alkoholvanor är störst i åldersgruppen 16–29 år där 30% får så pass höga poäng att de klassas som riskkonsumenter och som diagram 12 visar, minskar andelen kontinuerligt med en stigande ålder. Män i åldern 16–29 år är den grupp med allra flest riskkonsumenter, 34% jämfört med 1% bland kvinnor i åldern 65–84 (tabell 26 och diagram 12).

I samma undersökning framkommer att 28% av männen och 12% av kvinnorna berusar sig åtminstone någon gång i månaden år 2007, den yngsta åldersgruppen utmärker sig även här, då nästan hälften av alla mellan 16–29 år uppger detta (tabell 27).

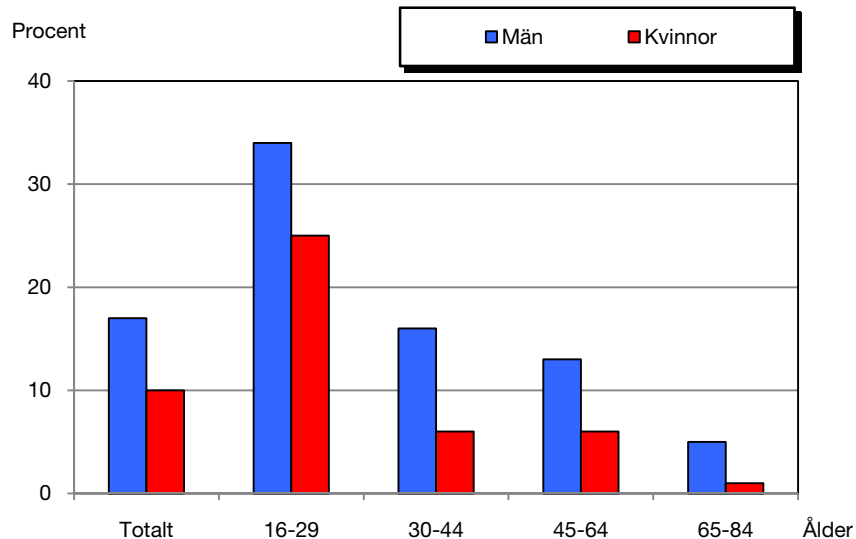


Diagram 12. Andel med riskabla alkoholvanor fördelat på ålder och kön, 16–84 år. 2007. (Tabell 26)

Alkoholsorter

Inslaget av öl och vin i svenskarnas alkoholkonsumtion har ökat under flera årtionden, med en minskning av spritandelen som logisk konsekvens. Detta är kanske inte förvånande mot bakgrund av att realpriserna på vin och öl minskat men varit oförändrade för sprit sedan 1990-talets början. År 2002 stod enligt intervjuresultat starköl för 34% av den totala konsumtionen räknat i ren alkohol bland 16–75-åringar, och vin för 31%. I fallande ordning kommer sedan sprit, folköl och cider (Leifman och Gustafsson 2003).

Bland kvinnor är vin den största dryckestypen (52% av hela konsumtionen), därefter kommer starköl och sprit på 19 respektive 13%. För män dominerar starköl (41% av konsumtionen), medan vin och sprit bidrar med ca 20% vardera. Cider var den minst vanliga dryckestypen bland män medan detta var ungefär lika vanligt som folköl för kvinnorna.

Om man studerar de förändringar i dryckespreferenser som framkommer i TEMOs undersökningar från 1980- och 1990-talen framträder för männen främst nedgångar i sprit- och starkvinskonsumtionen samtidigt som ökningar av starkölskonsumtionen inträffat (tabell 29). Från och med 1990-talets första hälft överstiger starkölet spritens bidrag till den totala konsumtionen, mätt i 100% alkohol. För kvinnornas del tenderar sprit att minska under perioden

(tabell 30) medan starköl ökar, men mest slående är att vinet under hela tiden bidragit med bortåt hälften av den totala konsumtionen.

Könsskillnader

Män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor. Bland yngre ungdomar är dock könsskillnaderna inte lika uttalade. Under 1970-talet var skillnaderna i totalkonsumtion mellan pojkar och flickor i årskurs 9 små. Dessa ökade under 1980- och 1990-talen men därefter har konsumtionsnivåerna könen emellan närmast sig relativt mycket och de senaste fem åren har pojkarna druckit endast ca 30% mer än flickorna, jämfört med ca 75% mer under 1990-talet (tabell 10). Utjämnningen beror på att flickornas konsumtion ökat en längre tid samtidigt som pojkarnas sjunkit under 2000-talet. Utvecklingen av andelen icke-konsumenter har dock varit helt likartad för könen alltsedan 1970-talets början.

Bland lite äldre ungdomar i gymnasiets årskurs 2 är konsumtionen jämfört med nian mer än dubbelt så hög bland pojkarna och 60% så hög bland flickorna, jämfört med vad niorna uppger samma undersökningsår (tabell 11). Det är således någonstans i 16–18-årsåldern som större könsskillnader etableras. Av de tidigare omnämnda intervjuerna med de äldre ungdomarna (16–24 år) framkommer också att könsskillnaderna är minst i de yngre åldrarna, men om man delar in materialet i två åldersgrupper så fördubblas konsumtionsvolymerna hos båda könen i den äldre gruppen, som framgick av diagram 9.

Äldre konsumtionsvaneundersökningar visar att kvinnornas konsumtion ökade under 1970-talet. År 1968 drack de en fjärdedel av männens konsumtion enligt en befolkningsstudie i åldrarna 21–70 år (Nilsson och Klöfver 1984). Enligt TEMOs studier bland 18–70-åringar perioden 1982–2000 drack kvinnorna i genomsnitt drygt 40% av männens konsumtion (tabellerna 29 och 30). Diagram 10 visar att kvinnornas självrapporterade alkoholkonsumtion var ca 36% av männens 1990, tolv år senare, år 2002, var den ca 45%. Även om det rör sig om olika undersökningar tyder detta på att kvinnornas konsumtionsandel faktiskt har ökat, utan att de för den skull ens dricker hälften så mycket som männen gör.

Av diagram 11 framgår att båda könen konsumtion är högst i tidiga 20-årsåldern. Männens konsumtion minskar sedan linjärt medan kvinnornas snarare stabiliseras på en lägre nivå, undantaget nedgången som kommer i den allra äldsta åldersgruppen. Noterbart är dock att gruppen 30–39-åriga kvinnor ligger något lägre än de omgivande ålderskategorierna, sannolikt en effekt av barnafödande.

Ökningen av den totala alkoholkonsumtionen består för männens del till största delen av ökad starköls- och vinkonsumtion, och för kvinnorna främst av ökad vinkonsumtion. Kvinnors konsumtion har under många årtionden

dominerats av vin, medan starkölet kommit att överta spritens dominerande roll för männens del, vilket skedde under 1990-talet. Bland i synnerhet yngre kvinnor utgör cider och blanddrycker också ett märkbart inslag i konsumtionen.

När man undersöker andelen storkonsumenter, liksom berusnings- eller intensivkonsumenter, finner man att män är överrepresenterade bland dessa och detta gäller även i de undersökningar där man tar hänsyn till att kvinnor i genomsnitt tål mindre alkoholmängder än män. Detta stämmer bland annat in på Statens folkhälsoinstituts årliga undersökning, där berusningsdrickande och riskkonsumtion av alkohol har visat sig vara mycket vanligare bland män än bland kvinnor. Det var dessutom vanligare bland kvinnor än bland män att inte ha druckit någon alkohol alls de senaste 12 månaderna (Wadman et al 2007).

Regionala skillnader

Alkoholkonsumtionen är inte jämt fördelad över Sverige. Ofta uppvisar exempelvis boende i storstäder högre konsumtions- och skadenivåer. I exempelvis ungdomsintervjuundersökningen (16–24 år) från 2003 sjunker totalkonsumtionen med avtagande befolkningstäthet, från 5,9 liter ren alkohol i storstadsområden till 4,3 liter i glesbygdsområden (Guttormsson et al 2004).

Alkoholvanornas regionala fördelning för elever i åk 9 och gymnasiets åk 2 för åren 2006–2008 framgår av tabell 18 (flera år måste p g a låga bastal slås samman för att möjliggöra regionala nedbrytningar). Den högsta totalkonsumtionen bland pojkarna i åk 9 står Skåne län för (4,4 liter ren alkohol), medan konsumtionen var lägst i norra Sverige (2,1 liter). Bland flickorna är variationerna mindre och den högsta konsumtionen återfinns i Stockholms län (2,8 liter). Även bland flickorna var konsumtionen lägst i norra Sverige (2,2 liter). Norra Sverige uppvisade även lägst siffror vad gäller intensivkonsumtion för både pojkar och flickor. I gymnasiets årskurs 2 finns de regionala variationerna kvar, även om skillnaderna minskat något.

Undersökningen bland mönstrande artonåriga män omfattar så många personer att den kan brytas ned på Sveriges samtliga län. Av den framgår exempelvis att smuggelsprit är vanligare i sydsvenska län och hembränt desto vanligare norr om Dalälven (Guttormsson 2007). Andelen icke-konsumenter år 2006 var högst i Örebro och Västerbotten och lägst i Halland (tabell 21). I Halland och Västra Götaland är det mer än dubbelt så vanligt att de mönstrande intensivkonsumerar alkohol jämfört med Östergötland och Västerbotten.

SoRADs alkoholfrågeundersökningar i vuxna befolkningen från 2001–2003 finns redovisade fördelat på sju regioner och enligt den är totalkonsumtionen högst i Stockholms samt Skåne län och lägst i Norrlandslänen, med hänsyn tagen till befolkningsstorleken. Konsumtionen ökade i samtliga regioner un-

der dessa år men var hela tiden störst i Stockholm där den 2003 var 55% högre än i Norrlandslänen. Konsumtion av resandeförd alkohol är naturligt nog störst söderöver och minst norröver medan restaurangkonsumtionen är två eller rent av tre gånger så omfattande i Stockholms län som i andra regioner (SOU 2004:86).

Statens folkhälsoinstituts undersökning om levnadsvanor fann att riskkonsumtionen av alkohol 2004 var störst i Stockholm och lägst i norra regionen, både för män och för kvinnor (Statens folkhälsoinstitut 2005). Detta stämmer relativt väl med mönstret för den totala konsumtionen ovan, dock låg riskkonsumtionen för Skåne-regionen strax under riksgenomsnittet.

Sociala faktorer

Ungdomar som finner sig mindre väl tillrätta i tillvaron förefaller ha mera avancerade alkoholvanor än andra ungdomar. I nian är t ex skoltrivseln sämre ju högre den årliga alkoholkonsumtionen är. Hög alkoholkonsumtion är också vanligare i gruppen som skolkar allra mest. I mönstringsundersökningarna är stor- och intensivkonsumtion mest omfattande bland de 18-åringar som inte studerade vid mönstringstillfället. Vidare var omfattande alkoholvanor vanligare bland mönstrande vars föräldrar hade lägre utbildning, i synnerhet jämfört med dem vars föräldrar var högskoleutbildade.

Av mönstringsstudien framgår vidare att utlandsfödda, såväl inom som utom Europa, har klart mindre omfattande alkoholvanor än svenskfödda. Även svenskfödda med någon utlandsfödd förälder rapporterade mindre omfattande alkoholvanor än dem vars båda föräldrar var födda i Sverige. Också i intervjuundersökningen med ungdomar 16–24 år från 2003 var alkoholvanorna betydligt mer omfattande bland svenskfödda än bland utlandsfödda. I denna studie var det dock ingen skillnad i alkoholvanor mellan dem som antingen arbetade eller fortsatte med studier (och var 21 år eller däröver).

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2001 påtalas att de sociala skillnaderna i alkoholvanorna hos vuxna har förändrats under de senaste 40 åren. Såväl total alkoholkonsumtion som storkonsumtion var tidigare vanligast i de högre samhällsklasserna men har utjämnats bland männen, men även kvinnorna har närmast sig varandra i detta avseende. Intensivkonsumtion har dock alltid varit vanligast i de lägre klasserna. I samma rapport framgår vidare att de sociala skillnaderna i dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar är stora och att dödligheten är klart högre bland arbetare och lägre tjänstemän, och allra högst bland ej yrkesverksamma.

I en studie genomförd av WHO 2000–2002 vars syfte var att undersöka hur många av akutmottagningarnas inkomna skador utan dödlig utgång som var alkoholrelaterade, kom det fram att i Sverige som representerades av Malmö, bestod majoriteten av de med alkoholrelaterade skador av personer med låg

till medel socioekonomisk status (WHO 2006). I den tidigare nämnda hälsoenkäten bland vuxna genomförd av Statens folkhälsoinstitut befanns riskkonsumtion av alkohol vara vanligare i ekonomiskt utsatta grupper (låg inkomst eller erfarenheter av ekonomisk kris) åren 2004–2006.

Samma undersökning 2007 visade att för personer födda i övriga Europa samt utanför Europa var riskkonsumtion mindre vanligt än bland svenskfödda män och kvinnor. (Att utomeuropeiskt födda totalt har en lägre alkoholkonsumtion än svenskfödda framgick även av Folkhälsorapport 2001.) I tidigare hälsoenkäter har riskkonsumenterna även rapporterat sämre psykiskt välbefinnande än icke riskkonsumenter samt att de i högre grad än andra varit utsatta för våld eller hot om våld.

Statens folkhälsoinstitut har även undersökt psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar och kommit fram till att det finns samband mellan att må psykiskt dåligt och att dricka mycket alkohol. Resultaten visar dels att hög alkoholkonsumtion ökar risken för depressiva besvär och självskadebeteende och dels ett omvänt samband, att depressiva besvär och utagerande psykiska problem ökar risken att dricka mycket alkohol. Särskilt starka var sambanden för pojkar (Malmgren et al 2008).

Skadeutvecklingen

Statistik som på något systematiskt sätt belyser utvecklingen av alkoholmissbruket saknas, med vissa undantag. Begreppsfloran som berör problematisk konsumtion är dessutom vid (alkoholberoende, alkoholmissbrukare, alkoholist, storkonsument, alkoholproblematiker o s v), och beroende på vilken definition som används kan estimaten variera avsevärt.

I utredningen *Personer med tungt missbruk* (SOU 2005:82) konstateras att uppgifterna om antalet personer med tungt alkoholmissbruk är osäkra. Man noterar att i SOU 1994:24 uppgavs cirka 300 000 svenskar dricka så mycket att det medför medicinska eller sociala risker. Utav dessa kan 50–100 000 personer antas utgöra en potentiell målgrupp för vård och behandling. Skattningarna konstateras vara grova samt beräknade innan konsumtionsökningen skedde.

En färskare uppskattning av utvecklingen av antalet storkonsumenter presenteras av Socialstyrelsen (2006a) och denna pekar på en kraftig uppgång mellan 1990 och 2002. Det förstnämnda året uppskattades storkonsumenterna till 237 000 och det sistnämnda året skulle antalet ha ökat med 72%, till drygt 400 000 och ökningen var särskilt markant bland kvinnor – för dem handlar det om mer än en fördubbling. I samma rapport ges även en skattning på tungt alkoholmissbruk och detta har ökat med 6% sedan 1998 och omfattade

Alkoholutvecklingen

ca 80 000 personer 2004. En fjärdedel av dessa är kvinnor och skattningarna utgår från statistik över sjukhusvårdade personer.

En kostnadsberäkning av alkoholens samhällskostnader för 2002 har presenterats av SoRAD (Jarl et al 2006). För att möjliggöra jämförelser med andra länder har internationella riktlinjer och metoder tillämpats och beräkningen karakteriseras som tämligen konservativ. Studien inkluderar kostnader och hälsoeffekter för sjukdomar och skador, sociala problem, reducerad produktion samt livskvalitet förluster. Även positiva hälsoeffekter inkluderas som till exempel minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och ökad livskvalitet. För 2002 beräknades samhällets nettokostnader p g a alkoholkonsumtion i Sverige uppgå till drygt 20 miljarder kronor. Om inte positiva hälsoeffekter av alkoholkonsumtion inkluderas skulle (brutto-) kostnaden istället bli 29 miljarder. Detta är väsentligt lägre än tidigare svenska skattningar, och förklaras av metodskillnader. Resultaten ligger mer i linje med internationella skattningar, och då snarast i de lägre regionerna. En äldre svensk skattning angav kostnaden till 17 400 kronor per invånare 15 år och äldre, den nuvarande hamnar på 2 800 kronor och internationella studier ligger ofta inom intervallet 2 600–6 900 kronor.

Forskningsresultat som påvisar samband mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholskadorna har bl a redovisats av t ex Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:25) liksom i *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa* (Edwards 1996) eller av Room (2002, red). De senaste decennierna har alkoholpolitiken präglats av detta samband och i enlighet med totalkonsumtionsmodellen har politiken med olika tillgänglighetsbegränsningar syftat till att hålla nere den totala konsumtionen (medelkonsumtionen) för att på så sätt hålla nere alkoholskadorna.

I linje med detta är förändringar i totalkonsumtionen viktiga beträffande att följa skadeutvecklingen. Vidare används olika indikatorer för att ge en uppfattning om alkoholskadornas utveckling. I detta avsnitt behandlas främst sådana indikatorer, dels som ett mått på skadeutvecklingen, dels för att uppgifterna också är betydelsefulla i sig.

I skriften *Alkohol och hälsa* (Andréasson och Allebeck 2005) utgiven av Statens folkhälsoinstitut anges nivåer för vad som är att betrakta som måttligt drickande. Gränsen bygger på studier som visar på låga risker för skador under denna nivå. För män anges den till en konsumtion motsvarande knappt tre flaskor vin i veckan och för kvinnor till knappt två. Detta motsvarar en årskonsumtion om ca 13 respektive 8 liter ren alkohol, men om berusningsdrickande förekommer betraktas inte konsumtionen längre som måttlig även om volymerna inte överskrids. Högre totalkonsumtion, och/eller berusningsdrickande, faller in under beteckningen riskkonsumtion.

I genomsnitt motsvarar ovanstående konsumtion den nivå som SoRAD uppskattar att svenskarna i genomsnitt drack under 2005 (10,2 liter ren alkohol

per person 15 år och äldre). Att alkoholkonsumtionen är skevt fördelad i befolkningen är dock känt sedan länge. I SOU 2004:86 sägs att den tiondel som dricker mest bidrar till runt hälften av konsumtionen. Storkonsumenterna står för en stor andel av de kroniska medicinska skadorna, som t ex levercirrhos. De som dricker mycket vid ett och samma tillfälle riskerar i större utsträckning att drabbas av akuta problem (olyckor, förgiftningar etc). Berusningskonsumtion är relativt vanlig i Sverige och därför svarar trots allt de stora grupperna låg- och medelkonsumenter för merparten av de lindrigare sociala och medicinska problemen.

Inom sjukvården finns ingen diagnos för riskkonsumtion, men väl för beroende och missbruk. Beroende kan exempelvis bedömas föreligga om en patient under senaste året uppfyllt tre av sex kriterier om alkoholberoende från WHO's diagnosystem ICD-10. Dessa kriterier behandlar fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva aspekter. Ett annat internationellt vedertaget diagnosystem är DSM-IV.

Fylleri

Att frekvent alkoholkonsumtion kan ha medicinska konsekvenser står klart. När det gäller andra konsekvenser som berusningsdrickande, brottslighet, aggressivt beteende med mera är sambanden mer komplexa och flera bakomliggande faktorer måste vägas in för att bilden ska bli någorlunda begriplig. Härtill saknas även bra indikatorer som erbjuder möjligheter att på ett mera direkt sätt följa detta.

Antalet omhändertaganden för berusning påverkas t ex av flera faktorer varav vissa inte är relaterade till konsumtionen i sig. I egenskap av indikator har antalet omhändertaganden samma brist som all statistik med uppgift att redovisa ett systems åtgärder, nämligen att uppgifterna påverkas av systemets operativa egenskaper såväl som av faktiska förändringar i den företeelse som skall mätas. Ett exempel på detta är den tillfälliga nedgång som skedde 1977 i samband med införandet av den nya lagen om omhändertagande av berusade personer, LOB.

Till detta ska även läggas en stor tveksamhet rörande LOB-statistikens giltighet som långsiktig indikator på alkoholskadeutvecklingen i form av fylleri på offentlig plats. Det förefaller troligt att den kraftiga nedgång som skett sedan 1980-talets början i mångt och mycket speglar samhällets förändrade syn på fylleri och reaktioner på detta. Den finländska utvecklingen är inte olik vår och i Finland tolkar man deras stora nedgång i fylleriomhändertaganden främst som ett uttryck för en förändrad inställning hos polisen till att omhändertaga fyllerister, snarare än att det skulle ha skett en kraftig nedgång av fylleriet (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Likafullt kan LOB-statistiken vara meningsfull i ett kortare tidsperspektiv, som för att spegla skillnader mellan exempelvis könen.

Alkoholutvecklingen

Majoriteten av de LOB-omhändertagna är män. Kvinnorna utgjorde fram till 1970-talet mindre än 3% av alla omhändertagna men har ökat successivt, till 12% de senaste tre åren (tabell 31). Samtidigt som kvinnornas andel ökat har antalet omhändertaganden minskat påtagligt. Efter 1980, då nästan 127 000 omhändertaganden gjordes, minskade antalet till 44 300 år 2002, därefter har det dock skett en uppgång till ca 62 000 omhändertaganden under 2007.

Med hänsyn till befolkningen har antalet omhändertagna per 1 000 invånare minskat från 19 till 6 mellan 1980 och 2004 (8 stycken 2007). För männens del är det en nedgång från 36 till 15.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 32. I princip samtliga län uppvisar i linje med rikssiffrorna nedgångar 1988–2007. Undantagen utgörs av Uppsala, Halland och Jämtland som redovisar uppgångar 2007 samt Östergötland, Gävleborg, Västernorrland och Västerbotten, som endast haft små eller inga nedgångar jämfört med 1988. Störst har minskningen varit i Västra Götaland. Man kan notera regionala variationer som torde förklaras av annat än fylleriförekomst. Under 2000-talet har antalet omhändertaganden varit flest i Östergötland och Västmanland (över 10 per 1 000 invånare) 2007 har dessa fått sällskap av Södermanland, Örebro, Västernorrland samt Jämtland. Efter de två senaste årens uppgångar i flera län är Kronoborg det enda län som fortfarande uppvisar ett så lågt antal omhändertagande som 5 personer per 1 000 invånare.

Våld

Enligt Statens folkhälsoinstituts enkät från 2004 om levnadsvanor och hälsa framgick att bland kvinnor 18–44 år som varit utsatta för fysiskt våld var andelen riskkonsumenter av alkohol 12 procentenheter högre än i hela åldersgruppen 18–44 år. För männens del var motsvarande andel 20 procentenheter större (Boström och Nykvist 2004).

Det är känt sedan länge att alkohol är närvarande vid en stor del av våldsbrotten – enligt olika undersökningar är i runda tal omkring 70–80% av gärningsmännen och 40–50% av offren i polisanmälningar där våld förekommit alkoholpåverkade (Lenke 1990, Brå 2004). Det är fastställt att det finns tydliga samvariationer mellan å ena sidan anmälda våldsbrott och å andra sidan konsumtionstoppar under veckans dagar, liksom det finns mera långsiktiga samband över tid mellan förändringar i konsumtionsnivåer och våldsbrottslighet inom olika samhällen.

I Brå-rapporten ovan konstateras den alkoholkonsumtionsökning som skett i Sverige sedan 1990-talets mitt ha åtföljts av en ökning av polisanmälda våldsbrott. Ökningen är i den storleksordning som tidigare analyser av förhållandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrottslighet på samhällsnivå har förutspått. Samtidigt kan det ifrågasättas om anmälningsstatistiken alltid

speglar den faktiska utvecklingen. Estrada (2005) påvisar att inga nämnvärda skillnader syns i andelen som rapporterar att de utsatts för våld i början av 1990-talet jämfört med början av 2000-talet, enligt SCBs undersökningar. Vidare är även antalet personer som vårdats på sjukhus på grund av våldshändelser av ungefär samma storleksordning vid dessa båda tidpunkter.

Hursomhelst finns inte något enkelt kausalsamband mellan alkohol och våld, och de allra flesta berusningstillfällena leder inte till våldshandlingar. Johansson (1998) ställer sig t ex tveksam till ett direkt orsakssamband och hävdar att sambandet (mellan alkohol och aggression) snarare består i att fenomenen ibland uppträder samtidigt.

Kopplingen mellan alkohol och våld är generellt sett starkare i länder med mera berusningsdrickande (t ex Sverige) än i länder där konsumtionen är mer utspridd över veckan. Vid en jämförelse av de nordiska länderna fann man att sambandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrott var starkare ju explosivare dryckesmönstret var (d v s att man dricker för att bli berusad). Finland hade det mest berusningsorienterade dryckesmönstret och även det starkaste sambandet. Danmark hade det mest utspridda drickandet av de nordiska länderna och uppvisade heller inget signifikant samband (Lenke 1990). Ur denna aspekt är det alltså viktigt att känna till förändringar i konsumtionsmönster och inte bara totalkonsumtionen. I linje med detta kan det således resas frågor om totalkonsumtionens koppling till våld eventuellt förändras över tid i ett visst samhälle.

Trafiknykterhet

I en utvärdering som Brottsförebyggande rådet (Brå) låtit göra av sänkningen av gränsen för rattfylleri framkom att rattfylleristerna ofta är unga, ogifta och arbetslösa samt mer brottsbelastade än övriga (Norström och Andersson 1996). Många har dessutom missbruksproblem. Det går en skiljelinje mellan dem som döms för rattfylleri och dem som döms för grovt rattfylleri. De senare har i betydligt större utsträckning ett dokumenterat alkoholmissbruk och är mer kriminellt belastade.

Det mått som är tillgängligt på trafiknykterhetens utveckling för en längre period, anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill följa den faktiska utvecklingen. Rapporteringen påverkas av vilka resurser som tilldelas trafikövervakningen samt i vilken grad kontrollerna är riktade. Antalet sållningsprov ökade exempelvis från 500 000 till 1,8 miljoner 1981–1994. Därefter minskade antalet till 1 miljon 1998 men har sedan ökat och summerade 2007 till 2,5 miljoner (Vägverket 2008). Också trafikintensitetens utveckling komplicerar det hela. Ju fler som kör bil och ju längre den årliga körsträckan är, desto fler trafiknykterhetsbrott torde uppstå, förutsatt att inga andra förhållanden förändras.

Alkoholutvecklingen

Förändringar i lagstiftningen rörande alkohol och trafik har dessutom genomförts som påverkar statistiken över trafiknykterhetsbrott. Det rör sig dels om sänkt promillegräns för rattfylleri från 0,5 till 0,2 samt förbättrade provtagningsmöjligheter den 1 juli 1990, dels om skärpta regler från den 1 juli 1991 för att återfå indraget körkort. Vidare sänktes gränsen för grovt rattfylleri från 1,5 till 1,0 promille i februari 1994 och 1999, slutligen, infördes ny lagstiftning för drograttfylleri.

I början av 1950-talet anmäldes ca 50 trafiknykterhetsbrott per 100 000 invånare (tabell 33). Till och med 1990-talets början skedde en i stora drag kontinuerlig ökning till runt 300 brott. Därefter mer än halverades anmälningarna och uppgick 1998 till 135. (1999 och 2000 ingår även anmälningar för rattfylleri under påverkan av narkotika, dessa har rensats bort efter 2000 i tabell 33). År 2001 uppgick anmälningarna till 160 och har efter det stigit kontinuerligt för att 2007 uppgå till 197.

Ökningen av rattfyllerianmälningarna kan förklaras med antalet utandningsprover som görs. Brå (2004) gör dock bedömningen att det också skett en faktisk ökning av rattfylleriet. Beträffande reformerna 1990 och 1994 framhålls att dessa hade positiva effekter på den faktiska rattfylleribrottsligheten.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 34. Precis som i tabell 33 har trafiknykterhet under påverkan av narkotika rensats bort efter 2000. En topp med 18 400 misstänkta 1991 åtföljdes av en nedgång till ca 9 500 år 1999, men därefter har antalet ökat och uppgick till ca 14 700 år 2007. I synnerhet minskade gruppen under 30 år, medan ökningen efter 2000 kan hänföras till samtliga åldersgrupper. Gruppen under 30 år utgjorde nästan 30% av alla misstänkta 2007. Andelen män har sjunkit något, från 95% 1984 (första året kön noterades) till 89% 2007.

Vägverket genomför årliga trafiksäkerhetsfrågeundersökningar om bl a rattonykterhet i form av postenkäter till allmänna befolkningen. Enligt dessa studier ökade andelen 18–74-åringar som rapporterade att de druckit alkohol (utöver lättöl) och kört bil under de senaste 12 månaderna mellan 1981 och 1989 från 9 till 14%. Därefter har en minskning skett sett på lång tid, 2007 uppgav 5% att de kört bil efter alkoholförtäring vilket är den lägsta andelen sedan mätningens början (Vägverket 2007).

Det är vanligare att män jämfört med kvinnor rapporterar att de kört efter att ha druckit alkohol (10 resp 4% år 2006). År 2007 svarade 5% av 15–74-åringarna i samma undersökning att de som passagerare åkt med en berusad förare under senaste tolv månadersperioden, vilket är en i stort sett oförändrad andel sedan 1994. 2007 var fenomenet allra vanligast bland 18–24-åringar och särskilt bland yngre kvinnor.

Trafikolyckor

Utvecklingen av alkoholförekomst vid kända olyckor med personsador är en annan indikator på trafikonykterhet. Även här påverkar polisens resurser och prioriteringar statistiken. Polisen får inte alltid kännedom om olyckorna, ibland kommer de till platsen först när förare och eventuella passagerare är borta, ibland rapporterar de inte in statistikblanketten och dessutom kontrolleras inte alla olyckstillbud, därför utgör antalet misstänkta alkohelpåverkade en underskattning av det verkliga antalet. Ju lindrigare skadeföljd desto större underskattning. Det kan konstateras att överlag har antalet trafikdödade totalt sett sjunkit kraftigt sedan 1970-talets början, från ca 1 300 till 471 personer 2007.

Bland de som omkom i trafikolyckor 2007 obducerades cirka 80% och av dessa hade 34% alkohol i kroppen. Vilket kan jämföras med den officiella statistiken som uppger att 7% var alkohelpåverkade (Vägverket 2008).

Antalet misstänkt påverkade förare i samband med polisrapporterade trafikolyckor med personskada minskade drastiskt under första delen av 1990-talet. Diagram 13 och tabell 35 illustrerar utvecklingen och här kan utläsas att antalet misstänkta förare (per invånare) åter ökat efter 1996, samtidigt som nivåerna var klart högre på 1970-talet.

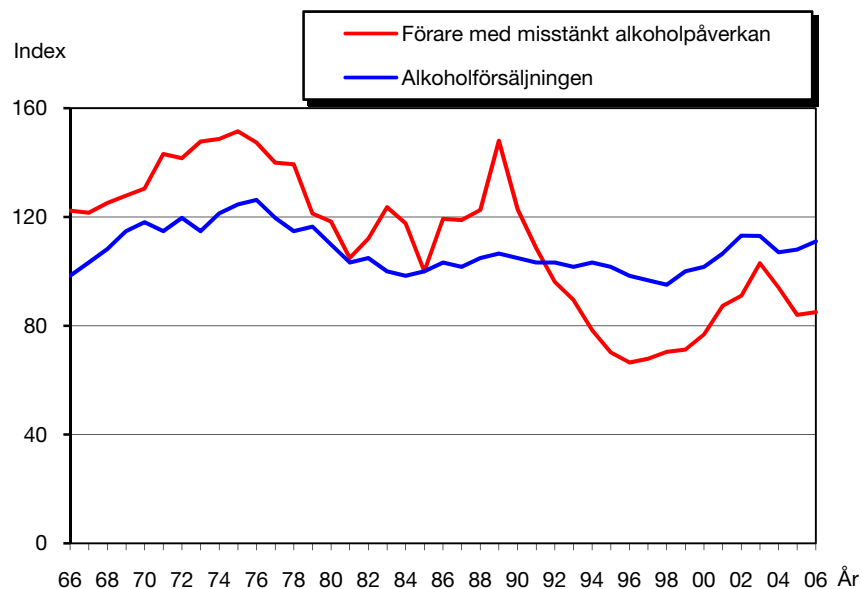


Diagram 13. Antalet förare med misstänkt alkohelpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt alkoholförsäljningen per invånare 15 år och däröver. 1966–2006. Index 1985=100. (Tabellerna 1 och 35)

Alkoholutvecklingen

Ett skäl till nedgången efter 1989 kan vara att de selektiva åtgärder inom trafiknykterhetsområdet som genomfördes på 1990-talet var effektiva. En av orsakerna till uppgången t o m 2003 kan vara den ökande alkoholkonsumtionen, vilken egentligen ökat mera än vad figuren visar de senaste åren, främst p g a ökad privatinförsel. De senaste årens nedgångar är svåra att förstå mot bakgrund av den höga totalkonsumtionen. Möjligen kan statistiksystemet STRADA som togs i bruk 2002 i syfte att minska mörkertalen och att förbättra skadebeskrivningarna ha påverkat uppgången, men detta torde knappast kunna förklara nedgången som följt.

Det kan nämnas att p g a osäkerheter i polisuppgifterna ovan publicerar SIKA numer endast officiell statistik om olyckor med dödlig utgång och där någon skadats svårt (SIKA och SCB 2003). Uppgift om alkoholpåverkan saknas dessvärre i minst lika stor omfattning i dessa fall, och utvecklingstrenden blir densamma som redovisats ovan.

Det finns ett samband mellan antalet misstänkt alkoholpåverkade förare inblandade i olyckor med personskada och ålder enligt statistiken. Upp till en viss ålder ökar andelen påverkade förare, för att därefter minska. Totalt 23% av de alkoholpåverkade förarna var 24 år eller yngre 2007 medan vardera ca 18% var 25–34 respektive 35–44 år (tabell 36).

Bland åldersklasserna över 45 år avtar tydligt antalet misstänkt påverkade förare med stigande ålder. Dock bör dessa data tolkas med försiktighet eftersom mörkertalet är stort och sambandet med ålder kan bero på en snedfördelad rapportering, att yngre alkoholpåverkade förare oftare kör i eller runt bebyggelse eller att yngre förare har sämre körvana och därför oftare är inblandade i olyckor.

Det kan nämnas att bland fordonsrelaterade skadefall är snöskoteråkare den grupp som uppvisar den största andelen alkoholpåverkade omkomna. Mellan 1973/1974–2002/2003 har 194 snöskoteråkare omkommit i norra Sverige. Medelåldern bland de avlidna var 40 år och 92% var män. Alkoholpåverkan påvisades i 68% av fallen, med en genomsnittlig blodalkoholhalt av 1,7 promille (Öström och Eriksson 2004).

Drunkningar

Antalet drunkningar har minskat kraftigt över tid. Vid förra sekelskiftet dog årligen runt 20 invånare per 100 000 genom drunkningar. Denna siffra har kontinuerligt sjunkit och uppgick till 1,8 under 1990-talet (Svenska Livräddningssällskapet 2007). Från 2000 och framåt har antalet omkomna i drunkningsolyckor i genomsnitt legat runt årliga 130. Siffran för 2007 uppgick till 103 drunkningar varav nio av tio var män och 70% var över 50 år gamla.

Det finns ingen kontinuerlig redovisning av alkoholförekomst vid olika typer av drunkningsolyckor (t ex vid bad och sjöolyckor). Förr redovisade Sjösäkerhetsrådet statistik över hur många som var alkoholpåverkade vid olyckor med fritidsbåtar och andelen låg då mellan 40 och 50%.

Rättsmedicinalverket får genom rättskemiska analyser uppgifter om bl a förekomst av alkohol hos personer som drunknat. I tabell 37 redovisas alkoholförekomsten åren 1992–2007 vid drunkningar av alla slag, inklusive i badkar och vid självmord. År 1992 genomfördes 329 sådana analyser men 2007 hade antalet minskat till 232 stycken. Andelen analyser där man funnit spår av alkohol låg runt 50% år 2007. I de drunkningsfall där alkohol var inblandat uppgick andelen män till tre fjärdedelar.

Socialtjänstvård

Alkoholskador kan leda till kontakt med såväl den somatiska och psykiatriska vården som till kontakt med socialtjänsten. I vilken omfattning missbrukarna får kontakt med en viss vårdform är delvis beroende av rådande vårdideologi, vårdens organisation, tillgängliga resurser och andra faktorer som kan förändras över tid. På så sätt kan utvecklingen av vårdstatistiska uppgifter påverkas utan att antalet missbrukare förändrats.

Inom socialtjänsten är det i princip bara för tvångsvård enligt LVM som det går att urskilja uppgifter gällande utvecklingen av alkoholrelaterad vård, eftersom statistiken över frivilligt intagna enligt socialtjänstlagen (SoL) inte särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbrukare.

Enligt LVM-statistiken ökade antalet inneliggande en viss dag mellan 1983 och 1991 (från 229 till 753 personer), men har därefter minskat till 265 personer 2007 (tabell 39). Under hela perioden har männen varit i majoritet, även om deras andel har sjunkit. De renodlade alkoholmissbrukarna (ej blandmissbruk) utgjorde i snitt 80% av de tvångsvårdade under 1980-talet men sedan 1993 utgör de inte ens hälften. Således är det främst för personer med alkoholproblem som tvångsvårdsinsatserna minskat.

Utöver tvångsvården var knappt 2 600 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2007 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mättillfället 1989 (tabell 38).

De senaste fem åren har antalet personer som fått stöd för missbruksproblem varit konstant, samtidigt har det skett en minskning av dygnsvården på institutioner och en ökning av öppenvårdsinsatserna (Socialstyrelsen 2007).

Sedan 1999 redovisar Socialstyrelsen även uppgifter över behandlingsinsatser för klienter med alkohol- eller drogmissbruk som skett på behandlingsenheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården samt privata och ideel-

Alkoholutvecklingen

la vårdgivare. Insatserna ska vara av målinriktad karaktär och syfta till att åstadkomma en förändring i missbruksbeteendet för att räknas i kartläggningen (alltså ej insatser i form av tillnyktring, skyddat boende, arbetsträning eller liknande).

Vid mättillfället 2003 (1 april) fanns 23 500 personer i sådan missbruksbehandling (närmare 30 000 efter bortfallskorrigering). För 45% av klienterna gällde behandlingen enbart alkoholmissbruk och för ytterligare 33% en kombination av alkohol- och narkotikamissbruk (Socialstyrelsen 2004a). Detta innebär att runt 23 000 personer behandlades målinriktat för sitt alkoholmissbruk en given dag 2003, om man utgår från den korrigerade siffran. Jämfört med 1999 hade narkotikainslaget ökat något på bekostnad av alkoholen.

Sjuklighet

I diagram 14 och tabell 40 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987 (se bilaga 1). Tabellen baseras på EpCs index över alkoholrelaterad vård och inkluderar ett antal bi- och huvuddiagnoser, såväl psykiatriska som somatiska.

Mellan 1987–1990 minskade antalet utskrivningar från ca 51 000 till 45 000. Efter ytterligare en nedgång i mitten av 1990-talet var antalet nere i 37 000 år 1998. Därefter har antalet utskrivningar ökat och uppgick till nästan 47 000

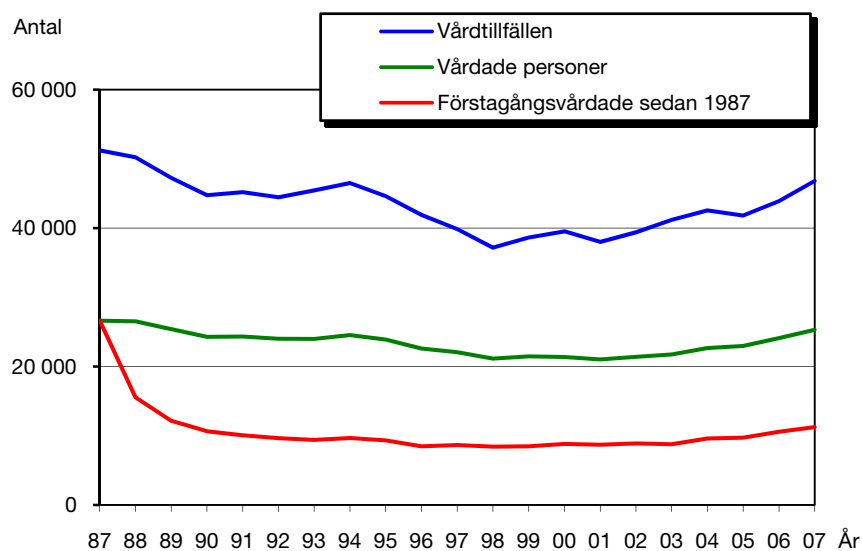


Diagram 14. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2007. (Tabell 40)

år 2007, en ökning med 26%. Antalet vårdade individer följer ungefär samma utveckling och i genomsnitt handlar det om ca 1,8 vårdtillfällen per person och år.

Kvinnornas andel av vårdtillfällena har ökat sedan 1987, från 19 till 27% år 2007. I absoluta tal uppvisar kvinnorna till skillnad från männen heller ingen nedgång över tid, och antalet vårdtillfällen med kvinnor under 2007 var det högsta under hela mätperioden (ca 12 400).

Ett sätt att få en uppfattning om trenderna i mängden alkoholproblematiker kan vara att följa hur många unika individer som läggs in för alkoholrelaterad vård för första gången i sitt liv. Denna siffra var mycket hög i mätperiodens början och sjönk tämligen drastiskt för att plana ut runt 8 500 på 1990-talet. De höga siffrorna i början förklaras av att det inte är möjligt att spåra individerna längre tillbaks än 1987 i patientregistret. Analyserar man utvecklingen mellan 1998 och 2007 finner man dock att antalet nytillkomna med alkoholrelaterade diagnoser ökat till 11 200 personer, en uppgång med 33% således.

Enligt Socialstyrelsen har det skett en förskjutning från psykiatrisk till somatisk vård i slutenvården. Vårdutnyttjandet har ökat bland de allra äldsta samt bland personer under 25 år och för de yngsta handlar ökningarna ofta om alkoholförgiftningar (Socialstyrelsen 2004b).

Dödlighet

Uppgifter rörande den alkoholrelaterade dödligheten hämtas från Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Dels redovisas deras index över utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten (se bilaga 1), dels redovisas utvecklingen separat för levercirrhos, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning (såväl underliggande som bidragande diagnoser).

Övergångar till nya ICD-koder (International Classification of Diseases) har betydelse för kodningen och därmed för sifferseriernas utseende. Fr o m 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD-10, vilket innebär att jämförelser med tidigare år kan försvåras. Även 1969 och 1987 har koderna uppdaterats.

Utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall enligt indexet redovisas i tabell 42 och diagram 15. Siffrorna beskriver en kraftig ökning av dödsfallen under 1970-talet, vilken nådde ett maximum 1979 om ca 2 300. Därefter har de årligen legat runt 2 000. Skärskådar men utvecklingen under 2000-talet kan en ökning om 10% noteras, men talen är ändå inte av samma storleksordning som under toppen 1979. Gruppen 49 år och yngre har mer än halverats sedan 1979 och fram till 2006, gruppen 50–59 år har även den minskat medan gruppen 60 år och äldre ökat i antal.

Alkoholutvecklingen

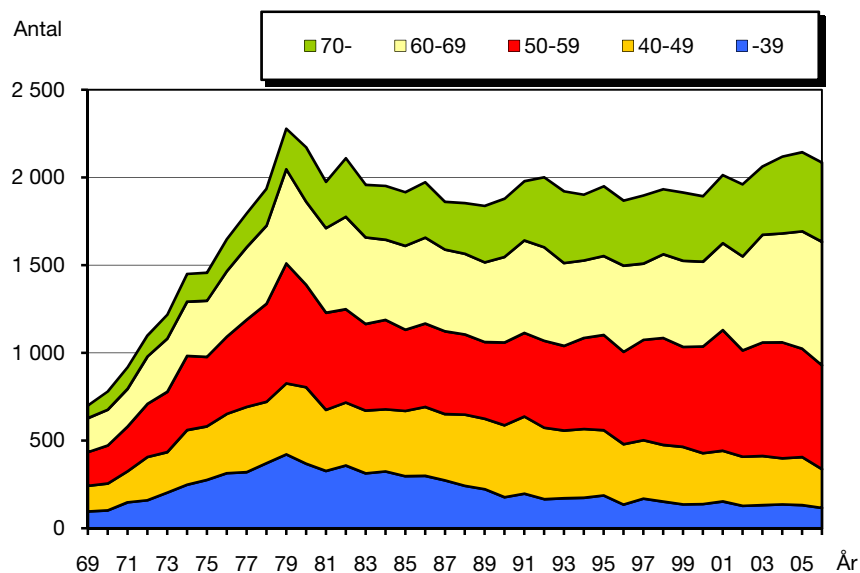


Diagram 15. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2006. (Tabell 42)

År 2006 var ca 1 600 av de omkomna män och ca 450 kvinnor. Av diagram 16 (och tabell 42) framgår att dödligheten bland män har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 till 36 – men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period. Betraktar man kvinnornas utveckling endast för åren 1993–2006 har dock en liten uppgång skett (från 7 till 9 dödsfall per 100 000 invånare).

Socialstyrelsen (2006b) menar att alkoholdödligheten inte ökat i den mån man skulle kunna tänka sig utifrån försäljningsuppgången och att en övergång från sprit till vin- och ölkonsumtion delvis skulle kunna förklara detta, liksom andra förändringar i konsumtionsmönstren. Vidare förutsäger man att alkoholdödligheten inte kommer att öka särskilt mycket under de kommande 20 åren eftersom merparten av dödsfallen till följd av alkoholmissbruk sker först i 60-årsåldern och att analyser av födelsekohorter visar att personer födda under 50-, 60-, och 70-talen hittills uppvisat klart lägre alkoholdödlighet jämfört med vad föregående generationer gjorde i motsvarande åldrar.

I tabell 43 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1991–2006, enligt samma index som ovan (åren 1987–1990 framgår av tidigare rapporter). Sett över tid är Stockholm det län där alkoholdödligheten är högst i riket, relaterat invånarantalet, även om en nedgång skett under perioden. På senare år har dock Skåne, Gotlands och Norrbottens län i genomsnitt haft nästan lika höga dödssiffror som Stockholms län.

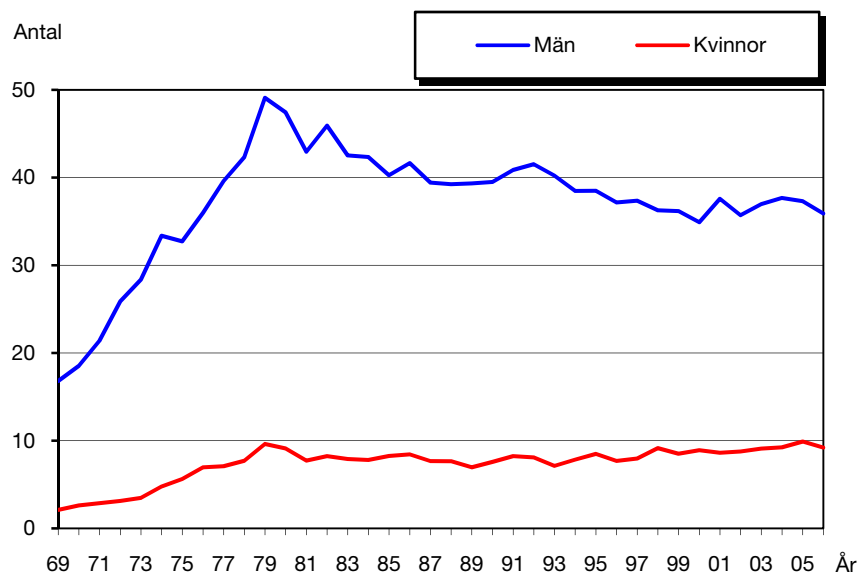


Diagram 16. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006. (Tabell 42)

De två senaste åren uppvisar Jönköping och Västerbotten de lägsta dödstalen med i genomsnitt 15 respektive 17 personer per 100 000 invånare.

Jönköping, Kalmar, Uppsala och Västerbotten är de fyra län med den lägsta alkoholdödligheten 1987–2006. Bara i undantagsfall når siffrorna upp till riksgenomsnittet. Skåne län utmärker sig genom att i början av perioden legat klart under riksgenomsnittet men sedan 1997 legat över medelvärdet.

Man kan även notera en viss slumpvariation, som bl a sammanhänger med befolkningens storlek. Gotland och Norrbotten, med relativt små befolkningar uppvisar t ex vissa variationer eftersom enstaka dödsfall kan ge stort genomsnitt. Värden från enstaka år bör således inte övertolkas utan det är mera fruktbart att följa en längre tidsperiod. Slutligen kan det sägas att spridningen mellan länen var större i början av perioden och att det främst är nedgången som gjort läget mera homogent.

I tabellerna 44–47 beskrivs utvecklingen av ett antal olika separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 48 presenteras summan av de underliggande dödsorsakerna relaterat till folkmängden.

Levercirrhos eller ”skrumplever” (tabell 44) är den klassiska kroniska alkoholrelaterade dödsorsaken. I dödsorsaksstatistiken är den uppdelad i en icke

Alkoholutvecklingen

alkoholrelaterad och en alkoholrelaterad kategori. Olika undersökningar har dock visat att alkoholmissbrukarna i stor utsträckning svarar för dödsfallen i båda kategorierna. Här redovisas därför det totala antalet dödsfall i ”kroniska leversjukdomar”. Mellan 1965 och 1970-talets slut ökade antalet fall relativt kraftigt. Därefter minskade antalet t o m 1987, för att ligga på en konstant nivå fram till ICD-kodsbytet 1997, vilket kan ha lett till en nedgång i registreringen av levercirrhosdödsfallen. Mellan 1997 och 2006 har antalet emellertid ökat med 26% (till ca 1 150). Andelen kvinnor har under perioden utgjort relativt stabila 35% av dödsfallen.

Mellan 1979 och 1996 var alkoholberoende (tabell 45) den vanligaste av dessa fyra alkoholrelaterade dödsorsaker, när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas, men efter bytet till ICD-10 1997 låg beroende och cirrhoser antalsmässigt på ungefär samma nivå i några år. Sedan 1997 har dock alkoholberoende som dödsorsak minskat samtidigt som fler har dött av cirrhoser vilket nu är den vanligaste alkoholrelaterade dödsorsaken även när både underliggande och bidragande diagnoser räknas med.

Antalet dödsfall i alkoholpsykos har aldrig varit särskilt stort, år 2006 handlade det om totalt 70 fall, vilket trots allt är ett högt värde jämfört med 1970- och 1980-talen (tabell 46).

Alkoholförgiftningarna beskriver en topp i slutet av 1970-talet som följdes av en kontinuerlig minskning till 2002, från 600 till under 300 fall (tabell 47). Sedan dess har det skett en viss ökning och 2006 uppgick antalet alkoholförgiftningar med dödlig utgång till 360 fall. Tar man enbart hänsyn till dödsfall med alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak finner man dock en klar ökning, från 65 under 1997 till 155 stycken 2006.

Andelen kvinnor har som nämnts legat runt oförändrade 35% för levercirrhosfallen, och detta gäller alltsedan 1980-talets början. Andelen kvinnor för de övriga diagnoserna – i genomsnitt från 1980 och framåt – har varit 16% för alkoholberoende, 16% för alkoholpsykos och 27% för alkoholförgiftningar.

I tabell 48 har underliggande dödsfall i de fyra ovan redovisade diagnoserna relaterats till folkmängden och summerats, från 1960 och framåt. Bl a kan man se att den uppgång som redovisats mellan 1969–1979 i tabell 42 enligt Socialstyrelsens index tycks ha påbörjats redan tidigare under 1960-talet.

Internationella aspekter

Alkoholpolitik i olika länder

Restriktioner av olika slag förekommer i de flesta länder. Det kan vara åldersgränser för servering och inköp, promillegränser i trafiken, reklam, alkoholskatter och liknande. ECAS-studien från 2002 (Norström red) – som beskrivs närmare i metodkapitlet – jämför alkoholpolitik, alkoholkonsumtion och dess effekter i de dåvarande EU-länderna (förutom Luxemburg men med Norge inkluderat).

Frågeformulär sändes ut rörande alkoholpolitiska instrument vid olika tidpunkter och svaren omvandlades till en skala med maximalt 20 poäng täckande 6 områden (Karlsson och Österberg 2001). I tabell 49 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom dåvarande EU (och Norge) för varje decennium mellan åren 1950–2000 studeras och i diagram 17 jämförs startpunkten 1950 med år 2000.

Sammanfattningsvis kan sägas att Sverige, Norge och Finland tidigare hade de mest omfattande alkoholrestriktionerna men att Sydeuropa och övriga dåvarande EU-länder har närmat sig. Ett stort antal länder (7 st) hade i stort sett ingen alkoholpolitik att tala om år 1950 (4 poäng eller därunder), år 2000 hade inget land under 7 poäng. Medelpoängen har ökat från 6,8 år 1950 till 11,4 och inom denna förändring ryms också en viss harmonisering. Norden (läs Sverige, Finland och Norge) har lämnat en del monopol vilket inneburit en försvagning av restriktionerna medan Europa i övrigt närmat sig. Man hade t ex åldersgränser för både försäljning och servering i samtliga länder utom Grekland, Luxemburg och Österrike, som enbart hade det för försäljning.

Sverige, Norge och Finland hade 1950 alla ca 17 poäng med närmaste länder på 8 poäng. År 2000 hade de tre nordiska länderna 14,5–17 poäng och inte mindre än sex länder låg så nära som 11,5–14. Danmark låg sexa från slutet 1950 (4 poäng) och femma från slutet 2000, men med högre värde än 1950 (8,5 poäng).

Alkoholkonsumtionen i olika länder

Den totala alkoholkonsumtionen varierar kraftigt mellan olika länder, liksom själva dryckesmönstren. I vissa dominerar konsumtionen helt av vin, medan sprit och/eller öl dominerar i andra.

Jämförelser av alkoholkonsumtionen mellan länder är vanskliga att göra. Försäljningsstatistiken, ibland kompletterad med produktionsstatistik, används som mått på konsumtionen men är inte alltid fullt jämförbar länderna emellan. Framst beror detta på skillnader i produktionen och distributionen

Alkoholutvecklingen

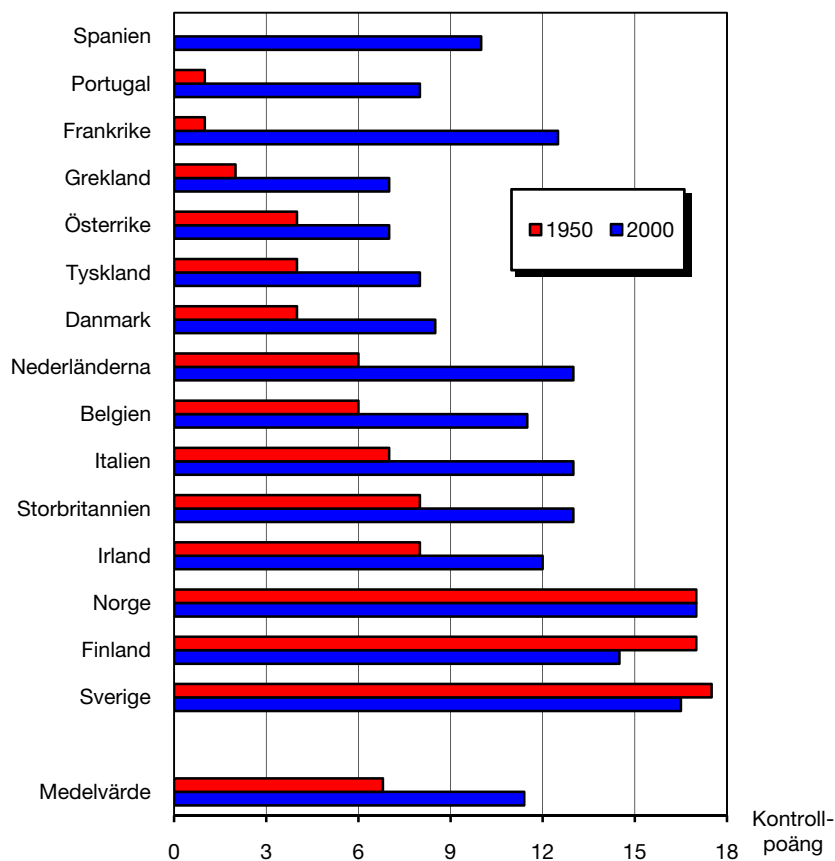


Diagram 17. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. (Tabell 49)

av alkohol. I länder där försäljning och distribution är centraliserad och kontrollerad är tillförlitligheten i försäljningsstatistiken som regel acceptabel. Länder med en decentraliserad och privat alkoholhantering bygger ofta sin försäljningsstatistik på uppgifter från produktionsledet. Produktionen varierar emellertid mellan olika år, vilket leder till att den redovisade försäljningsvolymen kan uppvisa stora årliga variationer utan att det har skett några betydande förändringar i den faktiska konsumtionen. Andelen oregistrerad alkohol skiljer sig dessutom åt mellan länderna, t ex till följd av varierande mängder illegal tillverkning och smuggling eller oregistrerad direktförsäljning från producenter.

Det finns också andra svårigheter. Det gäller bl a vilka drycker som skall tas med i statistiken, t ex i fråga om alkoholhalten i öl eller i cider och andra i

vissa länder nyare och ovanligare alternativ och sådana förhållanden gör att olika sammanställningar redovisar delvis olika siffror. Här används den statistik som samlas i publikationen *World Drink Trends* (WARC 2005). I tabellerna 50 och 51 (och diagrammen 18 och 19) är konsumtionen relaterad till hela befolkningen, vilket gör att man får lägre tal än om man redovisar konsumtionen relaterad enbart till dem 15 år och äldre.

Diagram 18 (tabell 50) visar försäljningen av alkohol 100% per invånare i ett antal länder 2003. Denna fördelas på sprit respektive vin samt öl sammanslaget. Som framgår hade Luxemburg den högsta totala försäljningen – 12,6 liter ren alkohol per invånare – och därefter kommer Ungern, Tjeckien och Irland med ca 11 liter. Den höga nivån i Luxemburg är främst ett resultat av en hög vinkonsumtion, medan öl och sprit är vanligare i de andra länderna.

Andra länder med en alkoholkonsumtion om 10 liter eller mer är Spanien och Tyskland. Av de redovisade länderna hamnar Sverige på 36:e plats. Den lägsta konsumtionen (0,7 liter) redovisades för Mexico.

Vinkonsumtionen var störst i Luxemburg, Frankrike och Italien. I dessa länder låg konsumtionen på 48 liter vin per invånare eller högre. Vinkonsumtionen i Sverige uppgick som jämförelse till 17 liter. Även om den ökat i Sverige, och minskat i traditionella vinländer, är gapet således fortfarande stort.

Också i fråga om maltdryckerna är skillnaderna stora mellan länderna, men med en viss tendens till utjämning sedan 1965, beroende på en ökning av ölkonsumtionen i länder med måttlig sådan. Länder med störst redovisad ölkonsumtion 2003 var i fallande ordning Tjeckien, Irland, Tyskland, Österrike, Luxemburg och Storbritannien där konsumtionen låg mellan 100–157 liter öl per invånare. I Sverige dracks 54 liter öl per invånare detta år.

När det gäller försäljningen av spritdrycker, mätt i ren alkohol, kommer Sverige bland de redovisade länderna på en 37:e plats, med en registrerad konsumtion av 0,9 liter 100%-ig sprit per invånare. Den största försäljningen av spritdrycker 2003, räknat per invånare hade Ryssland med 6,2 liter alkohol 100%. Därefter kommer Lettland (6,1), Cypern (3,9), Tjeckien (3,8) och Japan (3,6). Flera länder med hög spritkonsumtion låg således i östra Europa.

Detta material klargör att vin och öl ofta utgör en dominerande del av den totala konsumtionen i länder med hög alkoholkonsumtion, samtidigt som spritdruckskonsumtionen inte behöver vara lägre där än i andra länder.

EU-kommissionen har i en rapport från 2006 även räknat med den oregistrerade försäljningen som t ex smuggling och resandeförsel. Till skillnad mot i diagram 18 hamnar Luxemburg först på femte plats i försäljningsligan till följd av att utländska turister handlar en betydande del av den alkohol som säljs i landet. Ungern, Litauen och Tjeckien uppvisar höga försäljningssiffror

Alkoholutvecklingen

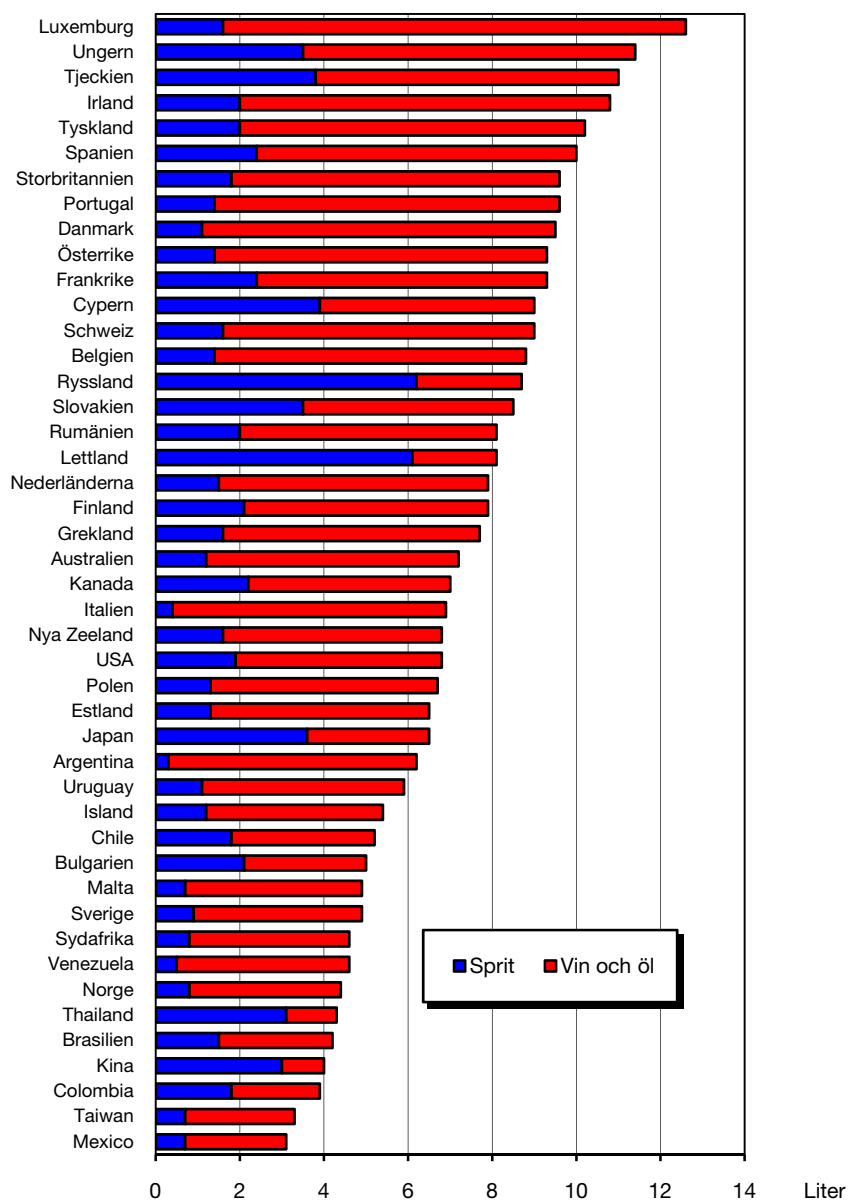


Diagram 18. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2003. (Tabell 50)

medan Turkiet, Malta och Island uppvisar låga. Även Sverige hamnar långt ner i försäljningsligan trots att den oregistrerade försäljningen är medräknad (EU-kommissionen 2006).

Konsumtionsutvecklingen i olika länder

I tabell 51 redovisas förutom den nordiska utvecklingen även utvecklingen i de gamla EU-länderna samt USA. Av tabellen, som visar försäljningen i 100% alkohol per invånare, framgår att länder som i början av den redovisade perioden hade en mycket hög konsumtion ofta har sänkt denna, medan länder med låg konsumtion 1965 i allmänhet har högre konsumtion idag. Ett generellt drag i utvecklingen är således att dryckesmönstren genomgår en internationalisering på så sätt att konsumtionsnivåerna tenderar att bli mera lika. En annan tendens i linje med detta är att konsumtionen ökar av den eller de drycker som inte tidigare ingått i den traditionella dryckeskulturen eller alkoholtraditionen i ett land.

Exempel på länder där konsumtionen ökat efter 1965 är Danmark, Finland, Storbritannien, Nederländerna och i synnerhet Irland. Ofta skedde ökningarna redan under 1960- och 1970-talen. Länder där konsumtionen minskat under perioden är Frankrike, Italien, Spanien och Portugal, d v s traditionella vinländer. Österrike, Tyskland och Sverige är de länder i tabellen som uppvisar periodens minsta förändringar. I dessa länder skiljde sig inte försäljnings-siffrorna med mer än någon liter om man jämför start- och slutåren, även om variationer förekommit under perioden.

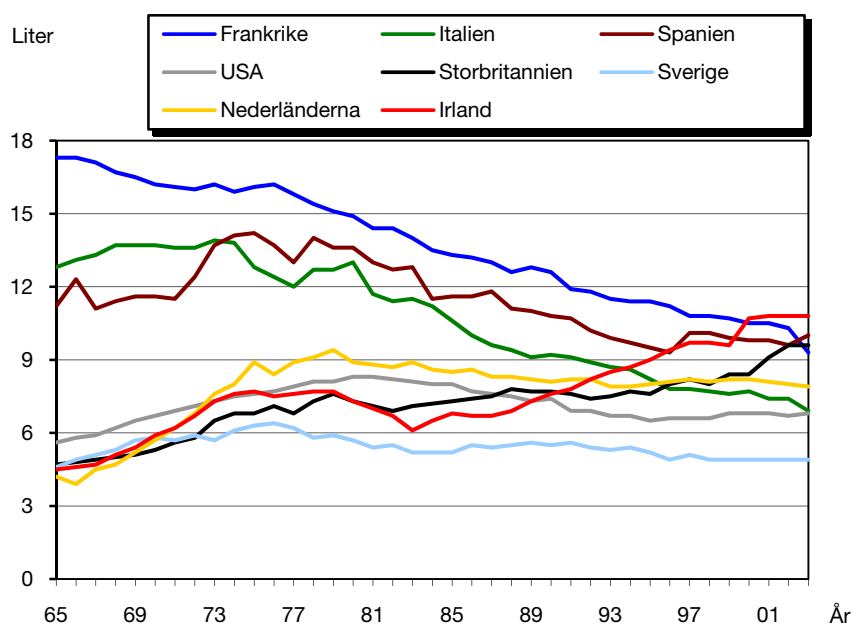


Diagram 19. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003. (Tabell 51)

Alkoholutvecklingen

I diagram 19 illustreras utvecklingen av alkoholkonsumtionen mätt som försäljningsvolym för åtta länder, däribland Sverige. Frankrike och Italien har under perioden minskat konsumtionen med över en tredjedel. Nederländernas konsumtion var i princip fördubblad i mitten på 1970-talet, jämfört med utgångsläget, men har minskat något sedan första hälften av 1980-talet. I början av 1970-talet passerades Sverige av Nederländerna och Storbritannien. Diagrammet illustrerar att de internationella konsumtionsnivåerna tenderar att närma sig varandra, noterbart är att nivåerna nu är likartade i Storbritannien som i Frankrike och Spanien och att Irland nu ligger allra högst i diagrammet.

Såväl volymerna som vilka drycker man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktning i Europa. Detta framgår också tydligt av tabell 52 och diagram 20 som visar resultat från ECAS-studien vars uppgifter bygger på statistik publicerad av Brewers' Association of Canada, kompletterade med färskare siffror från SOU 2004:86. I gruppen vinproducerande länder har konsumtionen minskat med ca 6 liter alkohol 100%, från 17 liter 1955 per invånare 15 år och äldre till drygt 11 liter 2001. Minskningen inträffade främst under senare delen av 1980-talet.

Samma period har de forna spritländerna i Norden ökat sin konsumtion från 4 till 7 liter medan de skönländerna ökat från 6 till 11 liter, vilket gör att de sistnämnda hamnar på samma nivå som vinländerna.

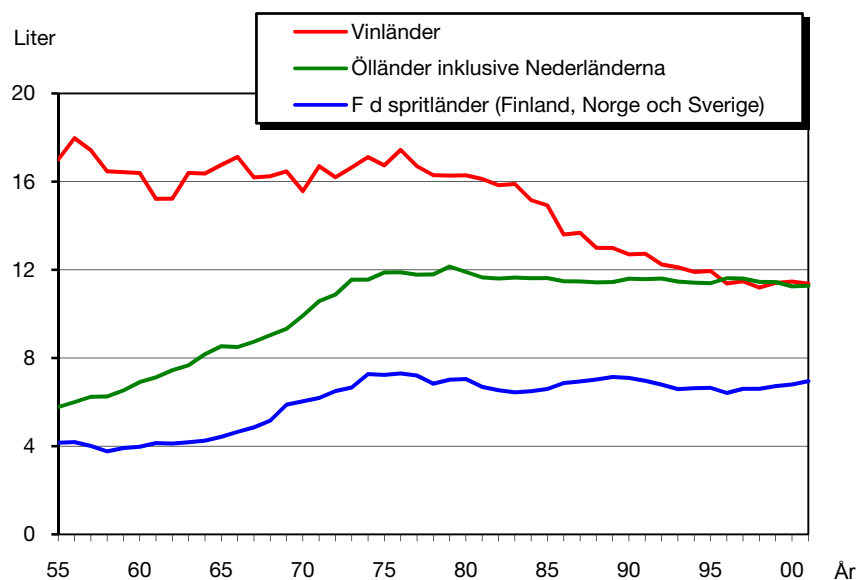


Diagram 20. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre, 1955–2001. (Tabell 52)

Samtidigt har förändringar skett mellan länderna då Sydeuropas totala konsumtionsminskning gällt vin, vilket innebär att vinets andel av den totala alkoholkonsumtionen minskat där. I övriga EU-länder och i Norge har spritdrickandet minskat och vindrickandet ökat, vilket innebär att vinets andel av den totala konsumtionen kraftigt ökat medan spritens andel minskat och en utjämning av skillnaderna mellan EU-länderna alltså har kommit till stånd. Däremot dricker man fortfarande mindre ofta men större mängder vid dryckestillfällena i Nordeuropa och Storbritannien, jämfört med Sydeuropa.

Levercirrhosdödligheten i olika länder

En rad undersökningar har påvisat ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet. I tabellerna 53 och 54 visas utvecklingen av levercirrhosdödligheten i EU och Norge och uppgifterna härrör återigen från ECAS-studien.

De lägsta talen för levercirrhosdödlighet finner vi i norra Europa och de högsta i vinländerna i Sydeuropa, men även för levercirrhosdödligheten finns en utjämnande tendens. Under perioden 1950–65 var den manliga dödligheten i Sydeuropa cirka sex gånger så hög som i Nordeuropa, medan den 1995 var knappt tre gånger så hög. Tendensen för kvinnor är betydligt svagare även om den går i samma riktning. Här har relationen legat ganska stabilt 1 på 2,5.

Konsumtionsutveckling och levercirrhos visar ganska höga samband, totalt sett över Europa. Allmänt tycks det dock vara så att en ökning av konsumtionen med en liter, från rådande nivåer, har värre konsekvenser för den alkoholrelaterade dödligheten (inklusive levercirrhos) i Nordeuropa än i Sydeuropa.

Internationell jämförelse av ungdomars alkoholvanor

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. En fjärde datainsamling genomfördes 2007 men siffrorna beräknas vara tillgängliga först 2009. I gruppenkätstudien har bl a frågor om alkohol och narkotika ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004).

Bland annat får eleverna svara på hur ofta de druckit fem definierade ”drin- kar” (öl, vin, sprit etc) de senaste 30 dagarna. Detta syftar till att mäta hur ofta intensivkonsumtion förekommer och mängden är likartad den som efterfrågas i de ordinarie skolundersökningarna i Sverige.

Andelen som intensivkonsumerat tre gånger eller mer senaste månaden var bland de 35 deltagande länderna 2003 högst i Danmark, Irland, Isle of Man,

Alkoholutvecklingen

Malta, Nederländerna, Norge, Polen och Förenade kungariket (d v s Storbritannien samt Nordirland) och låg mellan 24–32%. Bortsett från Malta och Polen är detta länder belägna i norra/västra Europa. I länderna Cypern, Frankrike, Grekland, Ungern, Island, Rumänien och Turkiet var det minst vanligt att eleverna intensivkonsumerat tre gånger eller mer den senaste månaden (5–11%).

Frekvent intensivkonsumtion är med tre undantag vanligast bland pojkar. Undantagen utgörs av tre av de fyra toppländerna och ligger dessutom i samma region: Irland, Isle of Man och Storbritannien samt Nordirland.

I diagram 21 (tabell 55) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

Som framgår är det endast i ett land, Estland, som det inträffat ökningarna såväl 1999 som 2003. Inte i något land har det skett konstanta nedgångar med hänsyn till samtliga tre mätpunkter och endast i Sverige och Tjeckien har läget varit oförändrat. Även om inga tydliga trender går att utläsa ur figuren kan det ändå konstateras att uppgångarna är fler än nedgångarna, och att det inte inträffat några ökningarna 2003 i de länder som uppvisade höga nivåer 1999.

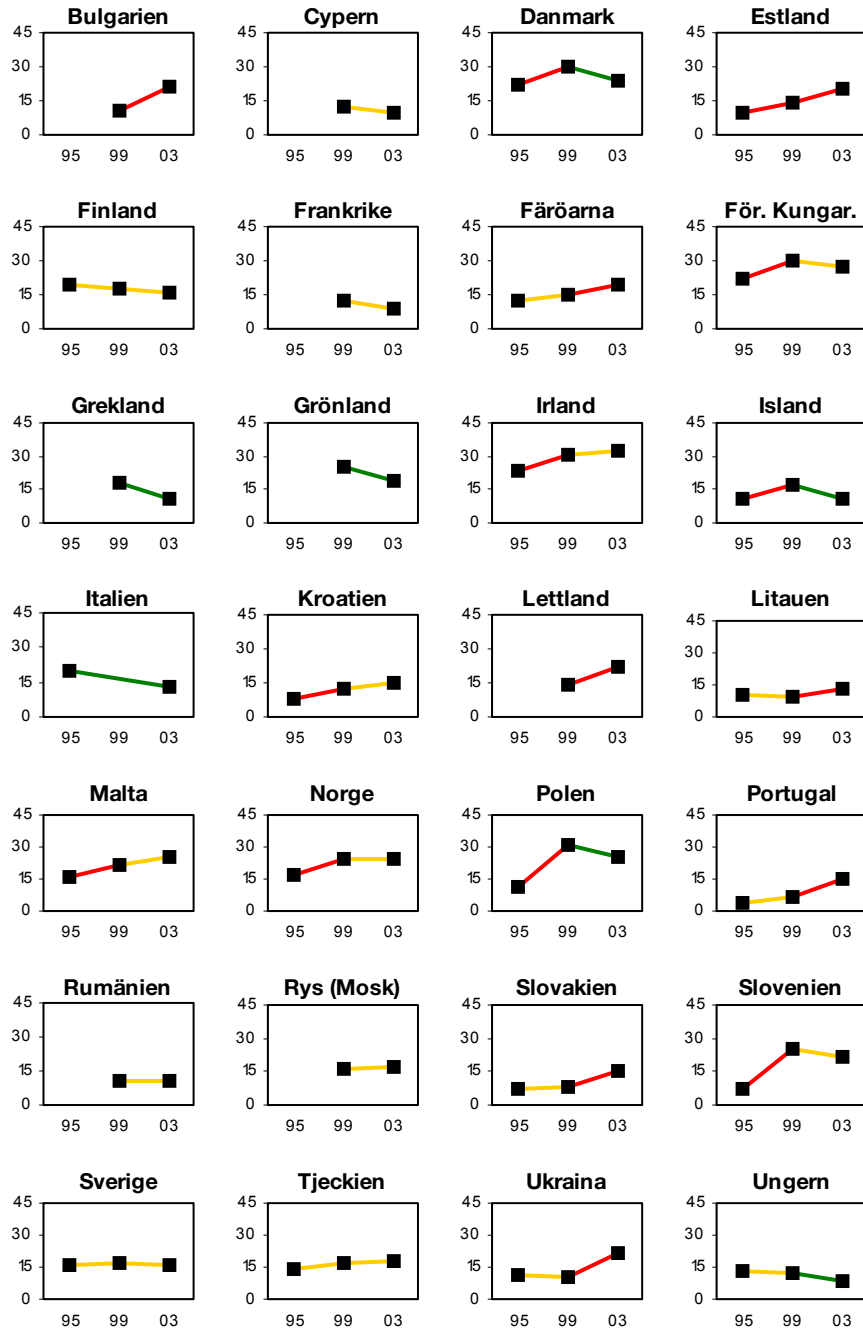


Diagram 21. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol^{a)} tre gånger eller mer senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.

a) Druckit fem "drinkar" eller mer vid ett och samma tillfälle.

Referenser

- Andréasson S och Allebeck P, red (2005). *Alkohol och hälsa – En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Statens folkhälsoinstitut 2004:34. Stockholm: Taberg media group AB.
- Boman U, Hradilova Selin K, Ramstedt M och Svensson J (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006*. Forskningsrapport nr 39. Stockholm, SoRAD.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brå (2004). *Brottsutvecklingen i Sverige 2001–2003*. Rapport 2004:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- Estrada F (2005). *Våldsutvecklingen i Sverige – En presentation och analys av sjukvårdsdata*. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2005:4. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- EU-kommissionen (2006). *Alcohol-related harm in Europe – Key data*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council For Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Holder H (2007). *If Retail Alcohol in Sweden were privatized, what would be the Potential Consequences?* Statens folkhälsoinstitut.
- Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Jarl J et al (2006). *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. Forskningsrapport nr 37. Stockholm: SoRAD.
- Johansson G (1998). *Måttligt eller meningsfullt*. Folkhälsoinstitutet 1998:34, Stockholm.
- Karlsson T & Österberg E. *A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, English Supplement 2001, vol 18, pp 117–131, Helsinki, Finland, 2001.

- Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M och Zetterberg H (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.
- Leifman H (2000). *Svenskens bruk av svartsprit och totala alkoholkonsumtion 1996–2000*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet, KAMEL-gruppen.
- Leifman H och 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.
- Lenke L (1990). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Malmgren L, Ljungdahl S och Bremberg S (2008). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Nilsson T och Klöfver H (1984). *Alkoholvanor. En översikt av undersökningsresultat från åren 1968–1980*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Norström T och Andersson J (1996). *Från 0,5 till 0,2 promille. Vilken effekt fick 1990 års reform av trafikbrottslagen?* PM 1996:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Room R, red (2002). *The effects of Nordic alcohol policies*. NAD-publication 42. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- SIKA och SCB (2007). *Vägfrafikskador 2006*. Stockholm: Statens institut för kommunikationsanalys.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2006). *Alkoholförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990–2005*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Socialstyrelsen (2007). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2006*. Statistik, Socialtjänst 2007:5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006a). *Individ och familjeomsorg – lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Folkhälsa. Lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004a). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – ”IKB 2003”*. Statistik. Artikelnr 2004-125-3. www.socialstyrelsen.se.
- Socialstyrelsen (2004b). *Alkoholrelaterade diagnoser i Patientregistret*. Socialstyrelsen; Epidemiologiskt centrum. <http://www.sos.se>.
- Socialstyrelsen (2001). *Folkhälso rapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförslutredningen. Stockholm: Fritzes.

Alkoholutvecklingen

SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling.* Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Fritzes.

SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande från Alkoholinförslutredningen. Stockholm: Fritzes.

SOU 1994:24. *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden.* Huvudbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Fritzes.

SOU 1994:25. *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge.* Betänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Fritzes.

Statens folkhälsoinstitut (2008). *Alkoholstatistik 2006.* R 2008:02. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2006). *Alkoholstatistik 2005.* R 2006:25. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2005). *Regionala data. Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2004.* Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.

Statens folkhälsoinstitut (2004). *Alkohol – ingen vanlig handelsvara.* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004:45. Svensk översättning av Babor et al (2003). *Alcohol: no ordinary commodity – Research and public policy.* Oxford: Oxford University Press.

Svenska Livräddningssällskapet (2006). *Drunkningsolyckor 2005.* www.sls.a.se.

Systembolaget (2001). *Svensk alkoholhistoria: från brännvin till vin 1400–2000.* Stockholm: Systembolaget.

Vägverket (2008). *Alkohol, droger och trafik.* 2008-06. Borlänge: Vägverket.

Vägverket (2007). *Trafiksäkerhet. Resultat från 2007 års trafiksäkerhetsenkät.* Publikation 2007:95. Borlänge: Vägverket.

Vägverket (2006). *Alkohol, droger och trafik.* 2006-06. Borlänge: Vägverket.

Wadman C, Boström G och Karlsson A-S (2007). *Hälsa på lika villkor – resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006.* Rapport nr A-2007-01. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

WARC in association with the Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (2005). *World Drink Trends 2005.* Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.

WHO (2002). *The world health report 2002 – Reducing Risks Promoting Healthy Life.* Geneva: WHO.

WHO (2006). *WHO Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care.* Geneva: WHO.

Willner S (2005). *Alkoholpolitik och hälsa hos kvinnor och män.* Ur *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv.* Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J och Moberg H (red). Statens folkhälsoinstitut R 2005:8. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Öström M och Eriksson A (2004). *Snöskoterrelaterade dödsfall under 30 säsonger i norra Sverige.* Rapport nr 119. Umeå: Enheten för rättsmedicin samt institutionen för samhällsmedicin och rehabiliteringsmedicin.

Narkotikautvecklingen

Inledning

Sedan slutet av 1960-talet har narkotikamissbruket betraktats som ett allvarligt samhällsproblem i Sverige. Det är också sedan denna tid som utvecklingen undersökts på ett mera systematiskt sätt. De uppgifter som föreligger om tiden dessförinnan är av tillfällig och skiftande karaktär.

Narkotika och narkotikamissbruk är inga entydiga begrepp. När man försöker tolka data rörande utvecklingen måste man bl a ta hänsyn till hur missbruk definieras, till förändringar i lagstiftning, resurser och attityder. Med narkotika avses i Sverige de preparat som finns upptagna i Läkemiddelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika (bilaga 2). Där förekommer främst sådana medel som är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser (FNs narkotikakonventioner), men också ett antal medel som enligt svenska bestämmelser skall anses som narkotika. Preparaten har olika egenskaper men gemensamt är att de påverkar centrala nervsystemet. Nya medel har vid olika tidpunkter tillförts förteckningen.

Förändringar i narkotikabegreppet har medfört förändringar i vad som räknats som narkotikamissbruk då man i Sverige åtminstone juridiskt betecknar all icke medicinsk användning av narkotika som missbruk. Begreppet narkotikamissbruk innefattar därmed mycket skiftande former av användning, allt ifrån konsumtion av sömnmedel utan recept vid enstaka tillfällen till dagligt injicerande av heroin. Samtidigt används också begreppet narkotikamissbruk med en mera skadeorienterad innebörd, liknande det gällande alkoholmissbruk, även om det inte alltid skiljs mellan en legal missbruksdefinition och en mera skadeorienterad.

Naturligtvis kommer man fram till helt olika uppskattningar av antalet narkotikamissbrukare om man räknar med varje person som någon gång under det senaste året använt något narkotiskt medel jämfört med dem som använder mer eller mindre regelbundet. En beskrivning av narkotikasituationen bör alltså inkludera olika användningsformer och utan närmare beskrivning av dessa kan felaktiga slutsatser dras om problemets karaktär, vilket i sin tur kan leda till felaktigt grundade beslut och felaktigt utformade åtgärder.

Kapitlet är upplagt så att efter den inledande narkotikapolitiska historiken följer ett avsnitt om förekomst och utbudsförändringar av olika narkotiska preparat. Även om vissa konsumtionsdata omnämns redan i avsnittet om tillgängligheten beskrivs konsumtionsutvecklingen mera detaljerat i efterföljande avsnitt, där en uppdelning görs mellan experimentell användning och tungt missbruk. Därefter beskrivs skadeutvecklingen och kapitlet avslutas med en internationell jämförelse.

Narkotikapolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

I det följande avsnittet presenteras kortfattat ett antal narkotikapolitiska händelser och beslut, med tonvikt på lagstiftning, samt en något fylligare beskrivning av händelserna det senaste året. När det gäller det moderna narkotikamissbrukets historiska utveckling hänvisas till tidigare upplagor av *Drogutvecklingen i Sverige* och *Narkotikaproblemets bakgrund* (Olsson 1994).

- 1923** Sveriges första enhetliga särlagstiftning på narkotikaområdet – Narkotikakungörelsen – infördes. Denna reglerade, i enlighet med den internationella s k Haag-konventionen från 1912, in- och utförsel, tillverkning, saluhållande och försäljning av narkotiska ämnen (bl a opium, morfin, heroin och kokain). Påföljderna var böter.
- 1930** Narkotikakungörelsen ändrades. Till följd av den s k Genèvekonventionen från 1925 inkluderades cannabis, kokablada och ytterligare opiumderivat i lagstiftningen. Innehav kriminaliserades.
- 1933** Strängare straff infördes med bl a fängelse i straffskalan. Läkare som överskred sin rätt att förskriva narkotika kunde nu straffas.
- 1958** Narkotikakungörelsen ändrades. Straffen skärptes till lägst 25 dagsböter och högst 6 månaders fängelse även om försvårande omständigheter inte förelegat. Straffskärpningen gav polisen möjlighet att tillgripa tvångsmedel som husrannsakan och kroppsvisitation.
- 1960** Metylfenidat (Ritalin) klassificerades som narkotika. Tidigare hade amfetamin och Fenmetralin (Preludin) klassificerats som narkotika (1958 resp 1959).
- 1964** 1962 års Narkotikaförordning trädde i kraft. Den utarbetades i enlighet med den internationella narkotikakonventionen från 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs). In- och utförsel av narkotika omfattades dock av varusmuggningslagen.
- 1966** Försöksverksamhet med underhållsbehandling med metadon för opi-atmissbrukare inleds vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala.

- 1967** Lagen om sluten psykiatrisk vård (LSPV) trädde i kraft. Lagen medgav att narkotikamissbrukare i vissa fall kunde tvångsomhändertas för psykiatrisk vård. Unga narkotikamissbrukare kunde tvångsvårdas enligt barnvårdslagen (BVL).
- 1968** Narkotikastrafflagen infördes – omfattande tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika. Åtal kunde underlätas om en person endast innehått en ringa mängd narkotika för eget bruk.
- 1969** Straffen för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling gällande narkotika höjdes till fängelse i lägst ett år och högst sex år.
- 1971** Viss utvidgning av möjlighet till åtalsunderlåtelse. Ingen precisering av mängder gjordes, utan åtal kunde underlätas om det endast rörde sig om mindre allvarliga narkotikabrott, som innehav av ringa mängd för eget bruk eller överlåtelse i samband med konsumtion. Ändringen infördes bl a för att inte minska möjligheterna till rehabilitering.
- 1972** Maximistraffet för grovt narkotikabrott och grov narkotikasmuggling höjdes till tio års fängelse. Möjlighet till åtalsunderlåtelse utökades. I fall där innehavet avslutats genom egen förbrukning fick åtal underlätas även vid större mängder än vad tidigare angivits.
- 1980** Praxis för åtalsunderlåtelse skärptes eftersom den som gällt tidigare ansågs försvåra möjligheterna att komma till rätta med detaljhandeln.
- 1981** Minimistraffet för grovt narkotikabrott höjdes från ett till två års fängelse. Maximistraffet för narkotikabrott höjdes från två till tre års fängelse. Motsvarande ändringar infördes i varusmuggningslagen.
- 1982** Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft. Två lagar infördes som reglerar tvångsvård av missbrukare inom ramen för socialtjänsten: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- 1985** Beteckningen narkotikaförseelse ersattes med ringa narkotikabrott samtidigt som maximistraffet för sådant brott höjdes till fängelse i högst sex månader. För narkotikabrott utgick böter ur straffskalan. Motsvarande ändringar gjordes i varusmuggningslagen.
- 1988** Bruk/konsumtion av narkotika kriminaliserades med enbart böter i straffskalan.
- 1989** Den maximala vårdtiden enligt LVM förlängdes från två till sex månader.
- 1993** Fängelse i maximalt sex månader infördes som straff för eget bruk vilket ger polisen rätt att ta blod- och urinprov vid misstanke om bruk.
- 1999** Den 1 april 1999 trädde lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor i kraft. Medel som placeras på denna ”interimslista” utreds och förs eventuellt över till narkotikastrafflagen eller annan relevant

lagstiftning. Ovanstående datum infördes även lag (1999:43) om ändring i narkotikastrafflagen (1968:44) med innebörden att begreppet *starkt vanebildande* i 8 § ersattes med *beroendeframkallande* samtidigt som termen *eller euforiserande effekter* också infördes i paragrafen. Vidare ändrades den 1 juli 1999 lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott. För vägtrafiken infördes nollgräns för narkotika, med undantag av narkotikaklassade läkemedel använda enligt läkarordination.

2001 I januari överlämnade Narkotikakommissionen, som tillsattes 1998, sitt slutbetänkande (SOU 2000:126). Kommissionen fann bl a att balansen mellan förebyggande insatser, vård och kontrollåtgärder hade rubbats under 1990-talet till förmån för kontrollåtgärderna.

2002 I januari antogs propositionen om en nationell handlingsplan mot narkotika (prop 2001/02:91). För att genomföra handlingsplanen tillsattes en nationell narkotikasamordnare – *Mobilisering mot narkotika* – med huvuduppdraget att utveckla samarbetet mellan myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer m fl.

Receptregistret får från 1 juli användas av Socialstyrelsen för tillsyn över läkares och tandläkares förskrivningar av narkotiska läkemedel.

2005 Den 1 januari trädde Socialstyrelsens nya föreskrift om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende i kraft och denna förenklade reglerna för metadonbehandling samtidigt som förskrivningen av Subutex reglerades hårdare.

I linje med proposition 2004/05:1231 infördes 1 juli ändringar syftande till att stärka rättssäkerheten och att öka kvaliteten i LVM-vården.

En ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 lades av regeringen i proposition 2005/06:30. Det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle kvarstår, liksom de tre delmålen att minska nyrekryteringen, att förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska narkotikatillgången. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att följa upp målen i handlingsplanen och senast 1 januari 2010 ska en utvärdering presenteras. Slutligen ändrades Lagen om hälsofarliga varor för att även kunna omfatta industrikemikalier.

2006 Våren 2006 fattade riksdagen beslut om att låta landstingen i Sverige bedriva sprututbytesprogram från den 1 juli, i syfte att förebygga spridning av blodburna infektioner (SFS 2006:323). Lagen antogs efter ett förslag från den narkotikapolitiska samordnaren om att sprututbytesverksamheten, som i Skåne varit försöksverksamhet sedan 1986, borde bli möjlig att bedriva nationellt och reguljärt (Ds 2004:6).

Aktuella händelser 2007–2008

Föreskrifter för sprututbytesverksamhet som tydliggör skrivningarna i lagen har tagits fram av Socialstyrelsen och dessa trädde i kraft 15 mars 2007.

Under våren publicerade Socialstyrelsen även nya nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som riktar sig både till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ska underlätta för vårdgivarna att erbjuda de mest effektiva och kunskapsbaserade behandlingsmetoderna.

Under maj respektive juli 2007 utökade Statens folkhälsoinstitut listan över hälsofarliga varor med sammanlagt fyra substanser. I november togs en av dessa substanser – brombensodifuranylisopropylamin (bromo-dragonfly) – bort från listan för att tillsammans med två andra substanser tas upp i läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2007:14).

Från och med den 1 januari 2008 lades den verksamhet som bedrivits av Alkoholkommittén och den nationella narkotikasamordnaren över på berörda myndigheter. Detta för att skapa en mera långsiktig struktur för det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet (prop 2007/08:1).

Slutligen togs DXM (Dextrometorfan) samt fenazepam upp i läkemedelsverkets föreskrifter och blev därmed narkotikaklassat. Regeringen har även tillsatt en utredning som ser över möjligheten att förbjuda hantering med preparat som kan förväntas bli narkotikaklassade redan innan klassningen trätt i kraft.

Narkotikautbudet

Merparten av den narkotika som konsumeras i Sverige har smugglats in i landet. Med undantag för småskalig cannabisodling, viss GHB-produktion samt läckage av narkotiska läkemedel från den legala hanteringen förekommer ingen direkt produktion av narkotika innanför landets gränser.

På narkotikaområdet saknas av naturliga skäl information liknande den som finns på alkoholområdet vad gäller försäljningsutvecklingen. För att få en uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden och hur detta förändras över tid är man hänvisad till att försöka tolka olika indikatorer. I följande avsnitt redogörs kortfattat för utvecklingen för några olika narkotiska preparat med avseende på beslag och priser samt de avtryck de gör i lagföringsstatistiken. Avsikten är att beskriva hur vanliga olika droger är i förhållande till varandra samt om det skett uppenbara förändringar i utbudet för vissa droger över tid. Avslutningsvis kommenteras tillgänglighetsutvecklingen mera övergripande.

Narkotikautvecklingen

Inledningsvis kan det nämnas att en försöksberäkning av utgifterna för narkotikaköp publicerats av SCB (2005), en post man avser att inkludera i nationalräkenskaperna. Beräkningen utgår från antalet användare och deras uppskattade genomsnittliga konsumtion av cannabis, amfetamin, heroin, ecstasy samt illegalt använda narkotikaklassade läkemedel. För 2001 fann man att utgifterna för narkotikainköp uppgick till 2,3 miljarder och att gruppen med tungt missbruk, i synnerhet användare av det förhållandevis dyra heroinet, stod för merparten av denna summa.

Jämfört med tidigare beräkningar från slutet av 1990-talet (t ex SOU 1998:18 och Ds 1999:46) är detta en dubbelt så hög siffra, vilket delvis förklaras av att tidigare beräkningar utgått från ett färre antal personer med tungt missbruk. Samtidigt bör det noteras att den nya skattningen var av konservativ natur.

Cannabis

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste narkotikasorten för såväl experimentell och tillfällig/regelbunden användning som bland personer med tungt narkotikamissbruk, även om de ofta har andra preparat som huvuddrog. Olika intervjuundersökningar i befolkningen visar att nästan alla som svarar att de prövat narkotika har använt cannabis – och majoriteten av dessa har enbart prövat cannabis. Bland personer med tungt missbruk har enligt olika kartläggningar (UNO och MAX) åtminstone 60% använt cannabis inom undersökningsperioden (Olsson et al 2001).

Mot slutet av 1970-talet ökade antalet domar och strafförelägganden för cannabisbaserad handling, och nådde en tillfällig topp i början av 1980-talet (4 500). Mellan 1983 och 1996 låg antalet runt 3 200 stycken, men har sedan dess stadigt ökat och 2006 hade cannabislagföringarna ökat till drygt 7 500 (tabell 76).

Tullens och polisens beslagsstatistik ger också intryck av att cannabis blivit allt vanligare i Sverige (diagram 22 och 24 samt tabell 57). Senaste årets beslag (ca 10 000) är högre än tidigare och även mängderna ligger på en hög nivå – runt ett ton om året alltsedan 1999. Av tabellen framgår att närmare 90% av cannabisbeslagen normalt utgörs av hasch. Runt 80% av det hasch som beslagtas i Sverige bedöms ha sitt ursprung i Marocko (Rikskriminalpolisen och Tullverket 2008).

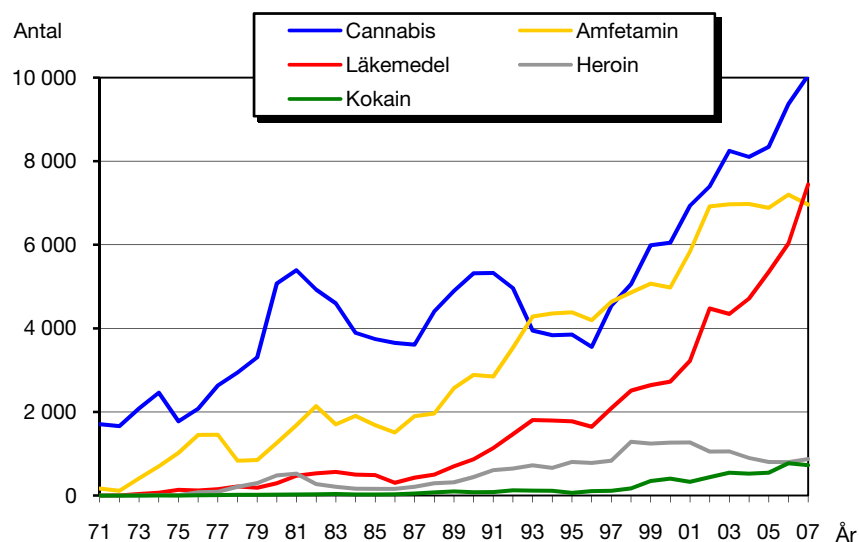


Diagram 22. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2007. (Tabellerna 56 och 59)

Samtidigt som beslagen och konsumtionen ökade under 1990-talet föll gatupriserna. Prisfallet framgår av de uppgifter som redovisas från polismyndigheterna i landet, vilka får svara på CANs regelbundna enkät om drogsituationen – CRD (Fender och Nyström 2008). Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen som den uttrycks i SCBs konsumentprisindex har haschpriserna halverats mellan 1988 och 2007 (tabell 61 och diagram 25). År 2007 uppgavs ett gram hasch kosta runt 60–100 kronor med ett medianpris på 80 kronor. Den stora prisnedgången inträffade under 1990-talet, haschpriset har dock fortsatt sjunka under 2000-talet om än i långsammare takt (Fender et al 2008).

Sammantaget pekar ovanstående information – ökad förekomst i rättsväsendet, ökad konsumtion och fallande priser på att tillgängligheten av cannabis ökade i Sverige under 1990-talet. De senaste årens siffror pekar även de på en viss ökning av tillgängligheten, detta får dock inte stöd av Statens folkhälsoinstitutets enkätstudie som frågar befolkningen 16–84 år om cannabisvanor eller av skolundersökningarna. Det faktum att även prisutvecklingen legat relativt stadig de senaste åren talar för att denna utveckling till viss del kan förklaras av polisens utökade resurser mot narkotika.

I skolundersökningarna har eleverna tillfrågats om de någon gång haft möjlighet att pröva narkotika (i huvudsak cannabis) och i tabell 62 samt diagram 23 visas resultaten för de elever som själva aldrig använt narkotika. Av diagrammet och tabell 64 framgår även hur många mönstrande som erbjudits

Narkotikautvecklingen

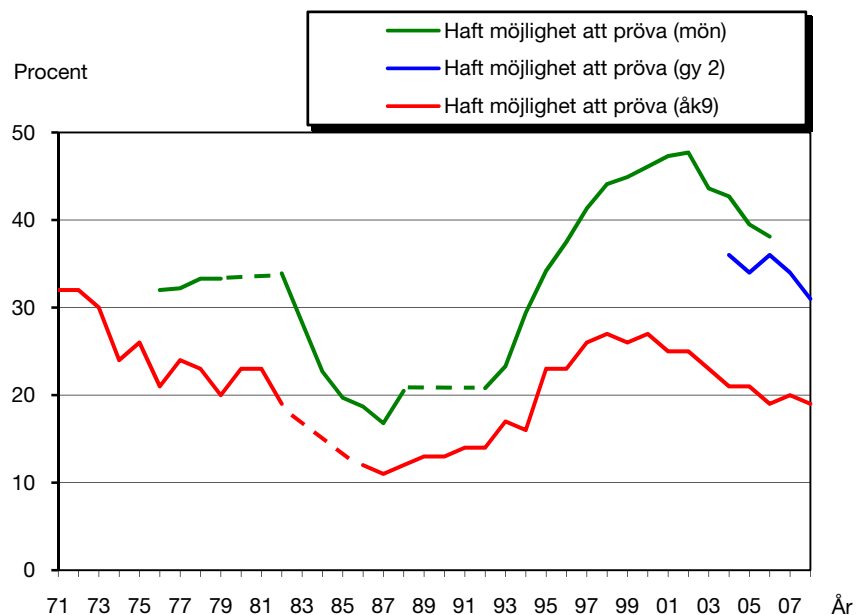


Diagram 23. Andelen elever i åk 9 samt gymnasiet årskurs 2 som aldrig använt narkotika som haft möjlighet att pröva narkotika samt andelen mönstrande som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2008. (Tabellerna 62–64)

eller haft möjlighet att pröva narkotika (enbart cannabis 1976–1988) och även här uppkommer samma mönster, dock endast fram till 2006.

Av undersökningarna framgår att alltfler ungdomar upplevde en ökad tillgänglighet av narkotika (cannabis) under 1990-talet men att dessa värden sjunkit sedan 2002. En viss överensstämmelse med prisfallet under 1990-talet och den efterföljande inbromsningen tycks således finnas.

Centralstimulantia

Sedan centralstimulerande medel, främst amfetamin, började användas i större omfattning bland kriminella under 1960-talet har preparattypen utgjort en stor del av injektionsmissbruket i Sverige. Antalet amfetaminbeslag har hela tiden legat betydligt högre än de för exempelvis heroin (diagram 22). Enligt kartläggningar av det tunga missbruket minskade dock andelen med amfetamin som dominerande medel, från 48% 1979 till 32% 1998 (Olsson et al 2001). Även vid experimentell användning är amfetamin, bortsett från cannabis, vanligare än de flesta andra droger, även om detta ändrats något de senaste åren enligt tabell 65.

I tabell 58 framgår att sedan 2002 har beslagen av amfetamin legat runt 7 000 med en variation på ca 350–460 kg. Den uppgång som varit mer eller mindre successiv alltsedan 1970-talet (diagram 24 och tabell 58) visar nu tendenser på att ha stabiliserats på en hög nivå. Vidare har realpriserna fallit med mer än 60% sedan 1988 (diagram 25 och tabell 61) men under de senaste åren går det att se en stabiliserande trend. År 2007 kostade ett gram amfetamin ca 225 kronor, med ett prisintervall om 125 till 400 kronor.

Alltsedan mitten av 1970-talet har antalet personer lagförda för narkotikabrott, där centralstimulerande medel ingått, ökat från omkring 1 000 till nästan 7600 personer 2006 (tabell 77). Andelsmässigt förekom centralstimulerande medel som mest i närmare hälften av de godkända strafföreläggandena eller domarna i mitten på 1990-talet, jämfört med dryga 40% under 2000-talet (tabell 79).

Under senare delen av 1980-talet fick kokain en viss spridning och under detta årtionde ökade antalet årliga beslag från 20 till 100. Ökningen, förvisso från en låg nivå, har fortsatt och 2007 uppgick beslagen till ca 700 (tabell 59 och diagram 22). De stora variationerna i mängder beror främst på att enstaka större partier, avsedda för andra marknader än den svenska, beslagtagits. Till exempel togs 1999 ca 400 av sammanlagt 414 kilo i tre containerbeslag i Göteborg och av de 1 360 kg som togs 2006 var ca 1,3 ton avsedda för andra marknader än den svenska. Perioden 2000–2005 beslagtogs årligen runt 40 kilo kokain.

Kokainpriserna har sjunkit med närmare 40% sedan 1988, räknat i KPI-justerade priser, och 2007 uppgavs ett gram kokain kosta mellan 600 och 1 000 kronor, med ett genomsnitt om 800 kronor (se tabell 61 och diagram 25). Även för kokain har priset legat relativt stabilt de senaste åren.

De syntetiska drogerna fick under 1990-talet en del uppmärksamhet, i synnerhet med koppling till ungdomar och festande i klubbmiljö. Ett sådant preparat är exempelvis ecstasy (MDMA – 3,4-metylen-dioxi-metamfetamin) men begreppet är vidgat till att innefatta en familj av liknande medel.

Som framgår av tabell 65 ökade andelen mönstrande som prövat ecstasy från 1 till 4% mellan 1994 och 2002 medan 2006 års värde sjunkit till 1,5%. Sedan 2001 är det bland mönstrande minst lika vanligt att ha prövat ecstasy som att ha prövat amfetamin. Även i en sammanställning av olika intervjuundersökningar bland ungdomar 16–24 år fann man att ecstasyverfarenheter blev allt vanligare under 1990-talet och kom i nivå med amfetaminverfarenheterna 2003 (Guttormsson et al 2004).

Narkotikautvecklingen

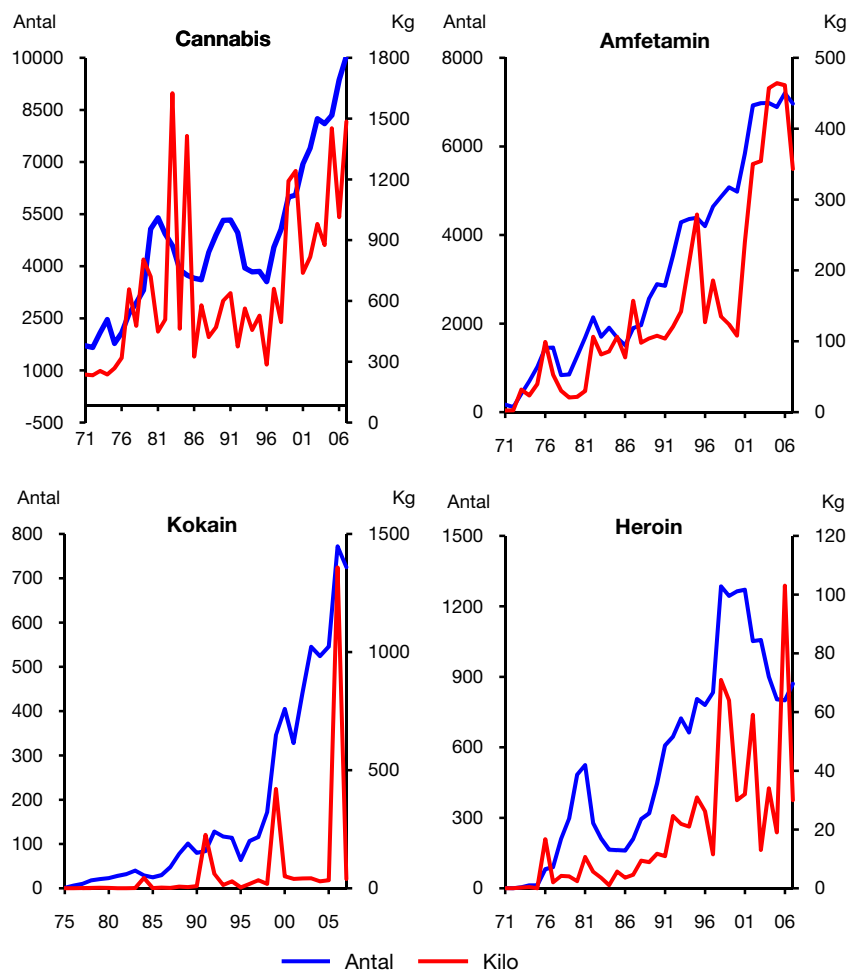


Diagram 24. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2007. (Tabellerna 57–60)

Även beslagsdata visar att ecstasyförekomsten ökat. I början av 1990-talet uppgick antalet beslag endast till några tiotal per år, under senare delen uppgick de till några hundra och på 2000-talet har i genomsnitt årligen 160 000 tabletter tagits fördelade på ca 500 beslag. 2007 var det närmare 270 beslag om ca 100 000 piller. Vanligast är MDMA, medan MDA och MDE står för en mindre andel. En ecstasytablett uppges kosta runt 100 kronor 2007, med ett prisintervall om 50–200 kronor.

Ett annat centralstimulerande preparat som fått ökad uppmärksamhet är kat (Catha edulis). Kat är en växt som odlas i Östafrika, främst i länderna kring

Röda havet. Även om effekterna är svagare har drogen farmakologiskt likheter med amfetamin. Kat narkotikaklassades i Sverige 1989, och används alltså mest av personer med anknytning till Östafrika. År 2007 beslagtogs tull och polis 8,1 ton fördelade på drygt 400 beslagstillfällen. Katbeslagen har ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1995.

Hallucinogener

Hallucinogener är samlingsnamn för droger som framkallar syn- och hörselhallucinationer. Även sådana droger ökade något i popularitet under 1990-talet då narkotika blev allt vanligare i stort. Ett exempel på detta är att LSD nämndes i allt större omfattning i mönstringsundersökningarna under 1990-talet (tabell 65). Dock har LSD åter blivit ovanligare bland ungdomar enligt mönstringsstudien; 2006 svarade 0,5% att de provat drogen jämfört med 2,4% toppåret 1998. Förutom 2005 då en rekordstor mängd på över 4000 doser beslagtogs beskriver Rikspolisstyrelsens statistik en utveckling likartad konsumtionen.

Olika typer av svampar (innehållande psilocybin och psilocin) narkotikaklassades i Sverige 1997 respektive 1998. Av mönstringsundersökningen framgår att erfarenhet av hallucinogena svampar är dubbelt så vanlig som erfarenhet av LSD. Samtidigt som hallucinogena droger är ovanligare än cannabis, ecstasy och amfetamin är å andra sidan erfarenheten av hallucinogener bland mönstrande större än för exempelvis kokain och heroin. Ytterligare exempel på hallucinogena droger är meskalin, ketamin och salvia divinorum.

Heroin och andra opiater

Under 1960-talet dominerades opiatmissbruket i Sverige av råopium, vilket sedan ersattes av morfinbas. Under mitten av 1970-talet började heroin göra sig gällande i beslagsstatistiken samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade. Från och med andra hälften av 1970-talet är opiatmissbruk i stort sett liktydigt med heroinmissbruk, även om opium börjat göra sig gällande.

Under 1980- och 1990-talen ökade heroinbeslagen och antog en toppnivå runt millennieskiftet, ca 1 300 årliga beslag om ca 50 kilo (tabell 60). Därefter har heroinbeslagen sjunkit till att ligga runt 800 stycken under senare år. Bortsett från 2006 års rekordstora beslag (103 kilo) har även mängderna sjunkit sedan slutet av 1990-talet till 30 kilo 2007. Sedan en längre tid består analyserade heroinbeslag enligt Kriminalpolisens och Tullverkets årsrapporter till 80–90% av brut heroin.

Också för heroin gäller att priserna sjönk under 1990-talet även om beslagen ökade, vilket indikerar en ökad tillgänglighet. Mellan 1988 och år 2000 föll

Narkotikautvecklingen

priset på brunt heroin med 60% (diagram 25 och tabell 61). Därefter har priset legat stabilt runt 1 000 kronor grammet.

Antalet domar och strafförelägganden för heroin har under 2000-talet knappt ökat och sammantaget pekar detta och det sjunkande antalet beslag samt det stadiga heroinpriset på att utbudsläget verkar ha varit mera oförändrat de senaste åren.

Rikskriminalen och Tullverket (2008) uppger att heroin i huvudsak missbrukas av socialt utslagna individer samt att det finns rapporter som visar på en minskad nyrekrytering.

Förekomsten av opium ska inte negligeras; under 1990-talet ökade antalet beslag och under 2000-talet har de uppgått till ca 80 stycken årligen. Mängderna har ökat mer eller mindre kontinuerligt fram till 2006 då sammanlagt 42 kilo togs. Senaste året beslagtogs emellertid endast tre kilo. Det genomsnittliga opiumbeslaget ligger runt två hekto, vilket är tio gånger större än det genomsnittliga heroinbeslaget.

Flera olika uppgifter pekar på att heroinanvändning blev vanligare under 1990-talet. Utvecklingen av antalet lagförda personer för heroinbrott följer t ex i stora drag samma uppgång som beslagen. Mellan 1990 och 1999 ökade dessa från ca 300 till 950 personer, en siffra som varit stabil under 2000-talet

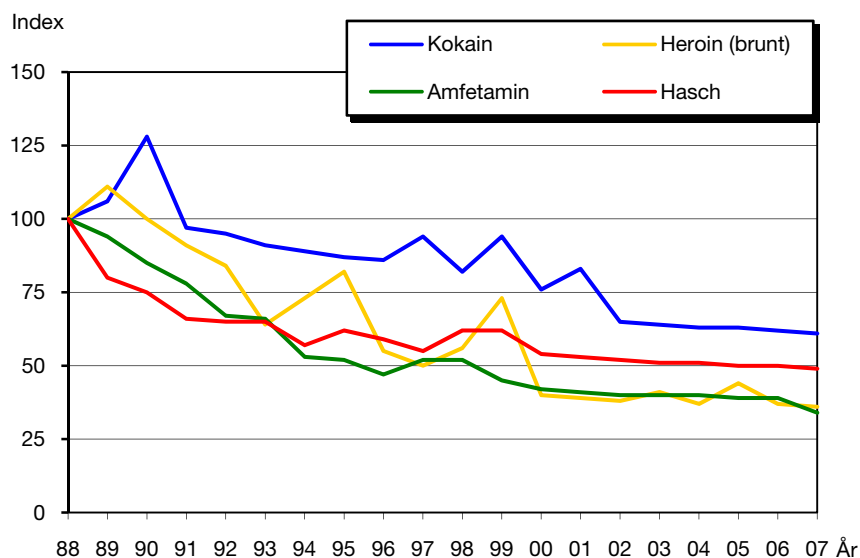


Diagram 25. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2007 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2007. Index 1988=100. (Tabell 61)

men i år ökat något till 1100 personer (tabell 78), och som det framgår senare i kapitlet har heroin enligt olika kartläggningar blivit ett allt vanligare inslag i det tunga missbruket.

Det förekommer också att smärtstillande läkemedel av opioidtyp missbrukas. Exempel på sådana medel är morfin, kodein, dextropropoxifen, metadon, tramadol och subutex. Preparaten kan vara insmugglade eller förskrivna inom svensk sjukvård. Idag motsvarar den svenska förskrivningen av opioider daglig användning för ca 200 000 personer, men statistik som visar på omfattningen eller utvecklingen av missbruket av sådana preparat saknas (Mobilisering mot narkotika 2005).

Blandmissbruk

Det är vanligt att missbrukare använder flera narkotiska medel och det är också vanligt att missbruk av alkohol och narkotikaklassade läkemedel förekommer tillsammans med användningen av de illegala preparaten. Ibland används olika medel under olika perioder, t ex som en följd av dålig tillgång på ett visst preparat eller att en tids amfetaminanvändning avlöses med hög alkoholkonsumtion, ibland kombinerat med lugnande medel. Å andra sidan kan det också vara så att flera droger används samtidigt för att antingen förstärka eller å andra sidan parera effekterna av varandra.

Det är känt att narkotikaklassade läkemedel med den verksamma substansen flunitrazepam (t ex Rohypnol) förstärker effekten av heroin. Ibland kombineras medlen, vilket är riskabelt eftersom det finns stor risk för andningsförämning. Antalet beslag av narkotikaklassade läkemedel (av vilken största delen är bensodiazepiner även om en del smärtstillande läkemedel också förekommer) låg på en relativt jämn nivå under 1980-talet och uppgick årligen till ca 500. Därefter har antalet ökat och uppgick till ca 7 500 år 2007 (tabell 56). Idag motsvarar den svenska förskrivningen av medel av bensodiazepintyp daglig användning för ca 500 000 personer, men statistik som visar på omfattningen eller utvecklingen av missbruket av sådana preparat saknas (Mobilisering mot narkotika 2005).

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning år 1979 konstaterade att majoriteten av narkotikamissbrukarna också var alkoholmissbrukare. Kartläggningen från 1998 bekräftade denna bild, liksom att blandmissbruk av olika medel tycktes ha förstärkts.

Ovanstående kanske kan illustreras med att under 1990-talet har de som godkänt strafförelägganden eller som dömts för brott mot narkotikastrafflagen, där endast ett narkotiskt medel ingått i lagföringen, stått för en allt mindre andel. Andelen, som var 84% 1990, uppgår sedan 2000 till drygt 60% (tabell 75). Sannolikt förklaras detta delvis också av utökade möjligheter att de-

tektera flera medel – en följd av att polisen sedan 1993 kan ta blod- och urinprov för att fastställa eventuellt bruk av narkotika.

Något som kanske ibland förbises är att ungdomar i berusningssyfte också använder narkotikaklassade läkemedel utan läkarförskrivning. I mönstringsundersökningen är exempelvis erfarenhet av ”illegalt” konsumerade sömn-/lugnande medel något vanligare än att ha prövat amfetamin eller ecstasy (tabell 65). Det kan då handla om preparat som antingen köpts eller tagits hemifrån.

Tillgänglighetsutvecklingen

Enligt vedertagen ekonomisk teori är tillgången på en vara en viktig faktor när det gäller prisbestämning, efterfrågan en annan. Ett förhållande som antas spegla förändringar i narkotikatillgängligheten är prisutvecklingen på gatunivån, det vill säga i missbrukarledet. Hittills har konstaterats att priserna på flera narkotikasorter sjunkit kraftigt i Sverige sedan 1988 (diagram 25). Åtminstone för kokain och heroin gäller att detta mer eller mindre är en spegling av utvecklingen i Västeuropa och USA (UNODC 2006).

Frågan är vad prisutvecklingen kan säga om utvecklingen av tillgängligheten på narkotika i Sverige. Ett prisfall skulle kunna indikera inte bara ökad tillgänglighet ur ett ekonomiskt perspektiv utan även att mängden narkotika på marknaden, d v s utbudet eller den fysiska tillgängligheten, har ökat. Att använda prisuppgifter som enda indikation på förändringar i tillgången är dock riskabelt, varför det är viktigt att komplettera denna information med andra relevanta källor. En sådan källa är beslagsstatistik (UNODCCP 2000 och ECNN 2005). Samtidigt påverkas beslagsantalen i mångt och mycket av kontrollorganens (polisens) resurser och prioriteringar.

År 1993 skärptes påföljden för konsumtion av narkotika i Sverige, vilket medger polisen rättighet att ta blod- och urinprov vid misstanke om eget bruk. Ett ökat beivrande av de ringa brotten kan leda till öknings i antalet beslag, dock utan att de beslagtagna mängderna ökar i någon nämnvärd omfattning. Mellan 1988 och 2007 har antalet årsarbetskrafter polisen ägnat narkotikabrott nästan tredubblats – med viss reservation för en statistikomläggning 1997 som kan överdriva ökningens styrka (tabell 70). Detta kan alltså ha påverkat beslagsantalen oberoende av mängderna. Samtidigt måste det konstateras att de beslagtagna mängderna följer ungefär samma utveckling som beslagsantalen.

Beslagsmängderna kan i sin tur i större utsträckning än beslagsantalen antas vara kopplade till mera direkta priseffekter; om större beslag görs torde priserna stiga till följd av detta, i alla fall lokalt och tillfälligt. De mängdmässigt

stora beslagen görs i regel av tullen, medan polisen står för merparten av beslagstillfällena. För Tullverket gäller att vissa omorganisationer gjorts och att nya arbetsrutiner tillkommit till följd av EU-medlemskapet. Exakt hur det påverkat narkotikabeslagen är svårt att fastslå, men många bedömare menar att arbetet mot narkotika tillfälligt minskade vid tidpunkten runt EU-inträdet och att det därefter har skett en återställning. Enligt en strategirapport från Rikskriminalpolisen och Tullverket (2002) ska tullen numera inrikta sig på organiserad och storskalig smuggling och inte ge s k myrtrafik lika hög prioritet som tidigare.

En annan faktor som kan vara intressant att kontrollera vid tolkning av prisförändringar är preparatens renhetsgrad, eftersom prisminskningar kan bero på kvalitetsnedgångar – t ex att narkotikan blandats ut alltmer. Sådana systematiskt sammanställda uppgifter saknas dock i Sverige. Vad som finns att tillgå som underlag för att uttala sig om tillgänglighetsutvecklingen är för svensk del således gatupriser, beslagsantal och beslagsmängder.

Tidigare i avsnittet och i diagram 25 redovisades prisnedgångar sedan 1988 för hasch, amfetamin kokain och brunt heroin. För dessa droger, med visst undantag för kokain, gällde att prisminskningarna till större delen ägde rum under 1990-talet och att prisläget varit relativt stabilt under 2000-talet. Jämfört med 1988 har priserna grovt sett halverats (räknat i 2007 års penningvärde).

Att priserna i många fall sjunkit samtidigt som beslagen ökat i antal och omfattning senaste femtonårsperioden pekar på ett ökat inflöde av narkotika och en ökad tillgänglighet, inte bara i ekonomiska termer utan även i fysiska sådana. En alternativ förklaring till fallande priser skulle förvisso kunna vara en vikande efterfrågan, och en åtföljande reaktion från marknaden med sänkta priser för att upprätthålla intresset. Att detta skulle vara fallet motsägs dock av att narkotikakonsumtionen var mer omfattande under 2000-talets början jämfört med slutet av 1980-talet, även om konsumtionsökningarna har avstannat under 2000-talet och enligt en del källor också sjunkit något.

Av detta kan man å andra sidan inte dra några bestämda slutsatser om i vilken grad efterfrågeökningen berodde på tillgänglighetsökningen. Det är inte okomplicerat att avgöra hur tillgängligheten påverkar konsumtionen, och forskningen på området är inte särskilt omfattande. Prisminskningarna i sig kan säkert ha flera olika tänkbara följder för konsumtionen i stort, liksom för olika konsumentgrupper, med avseende på preparat och konsumtionens storlek etc. Sänkta narkotikapriser torde ha olika effekter på å ena sidan omfattningen av ungdomars experimenterande med narkotika och å andra sidan konsumtionsnivåerna hos storkonsumenter av heroin.

Utvecklingen av experimentell/ tillfällig användning av narkotika

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av den allmänna befolkningens narkotikaerfarenheter, d v s främst tillfälligt/experimentell användning, kommer från enkät- och intervjuundersökningar. De mer centrala är skol- och mönstringsundersökningarna samt olika intervjuundersökningar i den allmänna befolkningen. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Utvecklingen bland ungdomar

Även om det inte finns några rikstäckande data som fortlöpande speglar narkotikans utbredning i Sverige så pekar mycket på att narkotikan etablerades på bredare front i landet under slutet av 1960-talet. Enligt nationella besöksintervjuer utförda av SIFO ökade andelen ungdomar 12–24 år som någon gång prövat narkotika från 5% år 1968 till 9% år 1971 (Ds S 1977:8).

Sedan 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningarna. Utvecklingen av narkotikaerfarenheten enligt dessa studier framgår av diagram 26 och 27. Som synes var andelen skolelever i årskurs 9 som prövat narkotika hög i början av 1970-talet, för att sedan minska och nå en lägsta nivå på 3–4% under andra hälften av 1980-talet (tabell 62). Under 1990-talet mer än fördubblades siffrorna och låg närmare 10% år 2001. Därefter har andelen som prövat narkotika åter sjunkit och 2008 var den 6%. Från år 2004 finns även data för gymnasiets andra årskurs och bland dessa två år äldre elever uppgår ca 16% att de prövat narkotika (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Undersökningarna bland artonåriga mönstrande män beskriver ungefär samma utveckling som undersökningarna i nian, med sjunkande nivåer under 1980-talet och uppgångar under 1990-talet (Guttormsson 2007). Mellan 1992 och 2002 tredubblades andelen mönstrande som någon gång prövat narkotika, från 6 till 18% (tabell 64). Därefter har testandet sjunkit även bland dessa och 2006 uppgick siffran till 13%.

Narkotikaerfarenheten utgörs huvudsakligen av cannabisanvändning hos såväl skolelever som mönstrande. Under senare år har i grova drag 60% av dem med narkotikaerfarenhet i dessa undersökningar enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart använt annan narkotika än cannabis.

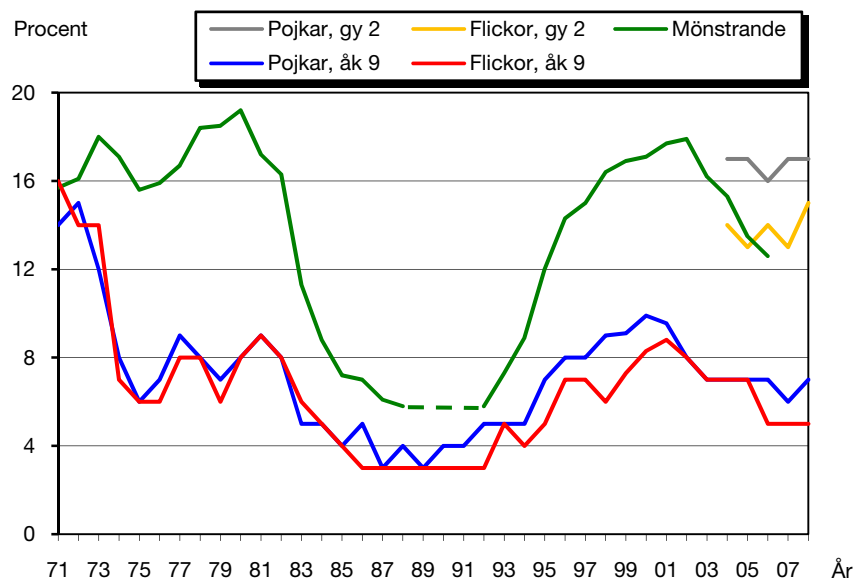


Diagram 26. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2008. (Tabellerna 62–64)

Av tabell 65 framgår att amfetamin tidigare varit den andra vanligaste narkotikasorten bland mönstrande men sedan 2001 är ecstasy minst lika vanligt som amfetamin. Samtidigt har narkotikaklassade lugnande medel/sömnmedel som använts utan läkarrecept ända sedan 1976 konkurrerat med amfetamin om andraplatsen. Betydligt mindre vanligt är å andra sidan erfarenheter av exempelvis kokain, GHB och i synnerhet heroin. I den mån andra undersökningar bland ungdomar är så pass omfattande att motsvarande nedbrytningar görs så stämmer resultaten från mönstringsundersökningen relativt väl överens med dessa.

Uppgifter om äldre ungdomar, 16–24-åringar, finns i telefonintervjuundersökningar från 1994, 1996, 1998 och 2003 (Guttormsson et al 2004). Andelen i dessa studier som svarat att de prövat narkotika var 4, 11, 11 respektive 17%. Det är främst de äldre ungdomarna som prövat narkotika men i 21–22-årsåldern tycks en viss mättnad infinna sig; få prövar narkotika för första gången efter 21 år fyllda. Debutåldern för dem 20 år och äldre var 17,5 år. Även om det finns vissa metodologiska skillnader avviker inte ungdomsundersökningarna på något avgörande sätt från trenderna i skol- och mönstringsundersökningarna och den relativt höga debutåldern visar att det är viktigt att följa narkotikavanorna inte minst bland äldre ungdomar.

Narkotikautvecklingen

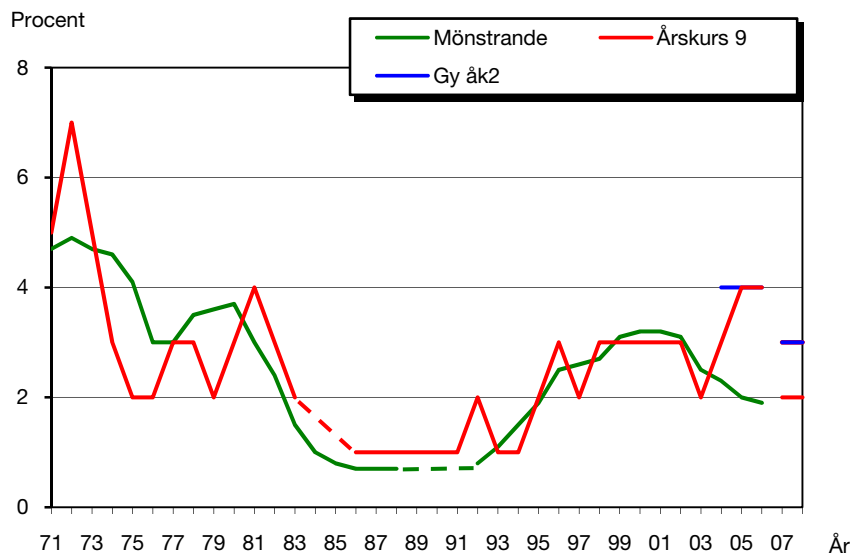


Diagram 27. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2008. (Tabellerna 62–64)

För att fånga mera regelbunden användning ingår i skol- och mönstringsundersökningarna frågor om man använt narkotika de senaste 30 dagarna före undersökningen. Utvecklingen av den månadsaktuella användningen är i stora drag densamma som för livstidsprevalensen. Såväl bland skolelever som mönstrande var värdena relativt höga under första hälften av 1970-talet och antog en låg nivå under slutet av 1980-talet (diagram 27 och tabellerna 62–64).

Under 1990-talet steg den månadsaktuella konsumtionen parallellt med ökningen av livstids erfarenheten bland niorna, men samma parallellitet uppträdde inte under 2000-talet. Istället låg andelen mera regelbundna användare kvar på ca 3%. År 2007 har frågan om månadsaktuell narkotikaerfarenhet ändrats i sådan utsträckning att jämförelser bakåt inte är möjliga. Detta gäller även i gymnasiet men där sker ingen större förändring utan siffran ligger runt 4%. För mönstrande 18-åriga män syns dock en nedgång i andelen som använt narkotika senaste 30 dagarna mellan 2002 och 2006.

I intervjuerna med 16–24-åringarna framkom att regelbunden användning (senaste 30 dagarna) tenderade att vara mest förekommande i 21-årsåldern.

Utvecklingen bland vuxna

Mellan 1988 och 2000 genomförde SIFO och Temo besöksintervjuer i riksrepresentativa urval till 15–75-åringar och ställde frågor om narkotikaanvändning (Drogutvecklingen i Sverige 2007). Enligt dessa studier ökade andelen som prövat narkotika från 8 till 12% under nämnda period. I de allra flesta fall gällde erfarenheten (enbart) cannabis. Normalt svarade omkring 1–2% att de prövat amfetamin respektive kokain, medan övriga narkotikasorter nämnades av ännu färre.

Den mest aktuella frågeundersökningen om vuxnas narkotikaerfarenheter är den årliga nationella folkhälsoenkäten som startades 2004 av Statens folkhälsoinstitut. Den samlar information om levnadsvanor via postenkäter riktade till 16–84-åringar (Boström och Nykvist 2004). Enligt denna studie har ca 10% i åldersgruppen prövat cannabis någon gång (tabell 66).

Av undersökningarna genomförda av SIFO och Temo 1988–2000 framgår att ungefär 1% av befolkningen hade använt narkotika de senaste 12 månaderna 1988–2000. Motsvarande siffra för enbart cannabis 2004–2007 är 2%. Bland 16–29-åringarna har 8% av männen och 4% av kvinnorna använt cannabis de senaste 12 månaderna och bland ålderspensionärerna knappt någon alls. Som diagram 28 visar, minskar också erfarenheten kontinuerligt för åldersgrupperna däremellan.

Båda undersökningarna visar att årsaktuell konsumtion är vanligast bland yngre och i princip obefintlig bland de äldsta. De visar också att mera regelbunden konsumtion legat tämligen stabilt och lågt i befolkningen som helhet under de senaste 20 åren.

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det normalt omkring dubbelt så många män som kvinnor som prövat narkotika. Enligt SIFO/Temo-undersökningen var andelarna 16 respektive 8% år 2000. Årsaktuell användning bland vuxna förekommer nästan uteslutande bland män både i de äldre undersökningarna samt i folkhälsoenkäterna.

Bland eleverna i årskurs 9 finns inga större könsskillnader, andelen pojkar som prövat narkotika är dock i genomsnitt lite högre än andelen flickor. I gymnasiets årskurs 2 är skillnaderna något tydligare. Pojkarna har i större omfattning än flickorna uppgett att de har testat narkotika någon gång och ser man till månadsaktuell konsumtion blir skillnaderna än tydligare; åtminstone dubbelt så många pojkar som flickor uppger detta. Samma förhållande gällde även i undersökningarna med ungdomar 16–24 år.

Narkotikautvecklingen

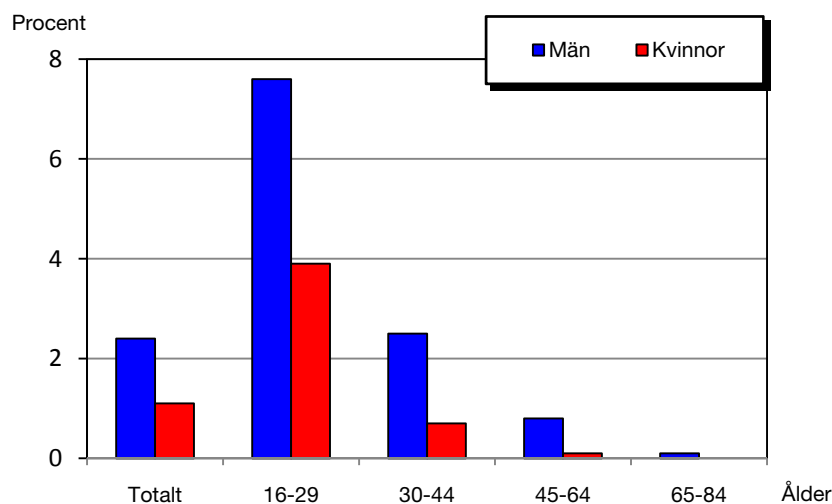


Diagram 28. Andel som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön samt ålder, 16–84 år. 2007. (Tabell 67)

Således börjar könsskillnader för att pröva enstaka gånger samt mer regelbunden användning framträda först i de övre tonåren, för att bli tydligare i 20-årsåldern.

Regionala skillnader

Under 1960-talet, då narkotika introducerades och bl a spreds i kriminella kretsar och vissa ungdomsgrupper, var det huvudsakligen frågan om en storstadsföreteelse. Exempelvis svarade redan 1967 17% av flickorna och 23% av pojkarna i årskurs 9 i Stockholms skolor att de prövat narkotika. Tre år senare var andelarna 28 respektive 34% (Ds S 1977:8). Successivt spreds narkotikan över landet och förekommer idag i stort sett överallt i Sverige även om det fortfarande finns uppenbara regionala variationer.

Folkhälsoenkäten visar exempelvis att värdena för cannabiserfarenheter är högre i storstadsregionerna och lägre i mera glesbefolkade regioner och detta gäller också ungdomar. Av tabell 18 framgår att bland skolelever är narkotikaerfarenheter ofta vanligare i Stockholms län och minst vanliga i norra Sverige. Även i mönstringsundersökningarna avtar narkotikaerfarenheten med befolkningstätheten. År 2006 uppgav 18% av de artonåriga männen i storstadsregionerna att de prövat narkotika, vilket är dubbelt så många jämfört med dem som vuxit upp på landsbygden. De geografiska variationerna tycks framträda tydligare i högre äldre åldrar.

Av de mönstrande som prövat narkotika i storstäderna är det dessutom proportionellt fler som fortsätter att använda, vilket leder till att andelen som använt narkotika senaste 30 dagarna är närmare tre gånger så hög i storstäder jämfört med landsbygden. Även i ungdomsundersökningarna (16–24 år) framkom likartade geografiska skillnader, som dessutom accentuerades sett till mera regelbunden användning (Guttormsson et al 2004).

I tabell 21 presenteras 2006 års mönstringssiffror länsvis. Som framgår var narkotikaerfarenheten liksom föregående år allra högst i Stockholms och Jämtlands län samt lägst i Jönköping och Värmland.

Sociala faktorer

Även om studier av grupper med personer med tungt missbruk ofta visar på en tidig och uttalad problematik hos dessa, är det självfallet inte så att majoriteten som använt narkotika ett begränsat antal gånger, har motsvarande problematiska bakgrund. Detta är inte heller rimligt eftersom relativt många har prövat narkotika. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att ungdomar som prövat narkotika skiljer sig från andra ungdomar i olika avseenden.

Av skolundersökningen år 2005 framgick exempelvis att de som prövat narkotika i högre grad än andra uppgett att de trivdes dåligt i skolan (14% jämfört med 5%) och att de skolkade ett par gånger i månaden eller oftare – 32% av dem som hade prövat narkotika skolkade så ofta jämfört med 9% bland dem som inte prövat narkotika. Liknande men något mindre markanta skillnader framkommer även i gymnasieundersökningen från samma år, otrivsel och skolk var ungefär dubbelt så vanligt bland dem som testat narkotika jämfört med dem som inte gjort det. Det kan enkelt konstateras att erfarenheter av övriga droger är väsentligt mera omfattande bland elever som prövat narkotika jämfört med dem som inte gjort det.

I mönstringsundersökningarna från 2005 framkom att narkotikaerfarenhet var tre gånger så vanlig bland dem som varken arbetade eller studerade vid mönstringstillfället, jämfört med dem som studerade, och att regelbunden användning var fem gånger så vanlig. Gruppen som arbetade vid mönstringstillfället intog där en mellanställning. I mönstringsundersökningen har även framkommit mindre skillnader mellan personer med utländsk bakgrund (själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar. Bland de förstnämnda hade runt 16% prövat narkotika, jämfört med 12% bland de sistnämnda (2006). Samma år fann man även att de som var missnöjda med sin livssituation rapporterade väsentligt mera omfattande drogerfarenheter jämfört med dem som var nöjda med densamma.

Av 2003 års ungdomsundersökning framgick att narkotikaerfarenheten bland dem 21 år och äldre var högre bland såväl universitetsstudenter som bland

Narkotikautvecklingen

dem som saknade sysselsättning, jämfört med dem som arbetade. Samtidigt var narkotikaerfarenheten av allvarligare art bland dem som var ”sysslösa”, de hade klart större erfarenheter av olika narkotikasorter och debutåldern var nästan två år lägre än för studenterna. Till detta kan exempelvis också läggas klart mera omfattande sniffningserfarenheter.

De 21–24-åringar i ungdomsundersökningen som inte studerade delades in i fyra grupper avseende högsta skolutbildning. Det visade sig då att narkotika- och sniffningserfarenheterna är mest omfattande i den relativt begränsade grupp som inte avslutat något nationellt gymnasieprogram (grundskoleutbildning eller gymnasiets individuella program), även om denna grupp inte hade mer avancerade alkoholvanor än övriga.

Ovanstående tendenser och skillnader accentueras sett till aktuell/regelbunden användning. Med detta menas att de ungdomar som fortsätter använda narkotika skiljer sig med avseende på den typ av uppgifter som presenterats ovan, dels från dem som prövat narkotika enstaka gånger, och i synnerhet från dem som aldrig prövat narkotika.

I hälsoenkäten från 2007 noterades att vuxna män som använt cannabis de senaste 12 månaderna i högre grad än andra var arbetslösa eller långtidssjukskrivna. Bland män som arbetade var erfarenheten någorlunda jämnt fördelad över de olika yrkesgrupperna det var dock vanligare med årsaktuell erfarenhet bland män med låg inkomst. För kvinnorna framkom inga signifikanta skillnader på dessa variabler, inte minst på att få kvinnor använt cannabis de senaste 12 månaderna.

Utvecklingen av tungt missbruk

När det gäller utvecklingen av de allvarligaste formerna av narkotikaanvändning är det förenat med betydande svårigheter att bedöma utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Åren 1979, 1992 och 1998 är undantagna eftersom landsomfattande kartläggningar genomfördes då, vilka tillåter mer utförliga beskrivningar. Avsnittet inleds med en redovisning av dessa undersökningar.

Ett annat sätt att beskriva utvecklingen av tungt missbruk är att använda olika sk indikatorer, dvs icke individrelaterade uppgifter om olika företeelser som antas ha samband med narkotikamissbruk. Sammansatta kan sådana indikatorer antas ge en någorlunda god bild av utvecklingen över tid. En sådan genomgång följer efter genomgången av kartläggningarna.

Landsomfattande kartläggningar

För att få en bättre bild av narkotikamissbrukets omfattning genomfördes en kartläggning i Storstockholm 1967. Med utgångspunkt från denna studie es-

timerades – i efterhand – att 6 000 personer hade injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i hela Sverige detta år (Ds S 1980:5).

Liknande och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979, 1992 samt 1998 med syfte att kartlägga det tunga missbruket och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via arbetet. Med en särskild statistisk metodik har sedan mörkertalet, d v s det antal missbrukare som samhället saknade kännedom om, beräknats och lagts till (se metodkapitlet). Kartläggningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner.

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. Siffrorna är av naturliga skäl osäkra och bör snarast ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar. Dessutom påverkas skattningens storlek av hur man väljer att definiera tungt missbruk, och någon entydig definition av detta finns inte i Sverige (SOU 2005:82).

För 1979 bestämdes antalet personer med ett tungt missbruk ha uppgått till 15 000, med ett intervall på 13 500–16 500, och för 1992 till 19 000 (17 000–20 500) (se Olsson et al 2001). År 1998 beräknades antalet uppgå till 26 000 (24 500–28 500) och de tre estimaten presenteras i diagram 29.

Utifrån de ovan presenterade antalsuppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998. Med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen beräknades den totala årliga ökningen till 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Det betyder att nyrekryteringen var förhållandevis stor under 1990-talet. Samtidigt är många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års undersökning hade 19% en missbrukstid på 10 år eller längre, 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%.

En uppskattning av antalet personer med ett problematiskt missbruk 1997–2001 som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartläggningarna har presenterats av Brå (2003). Den utgår från patientregistrets uppgifter om narkomanvårdade och utifrån detta görs statistiska beräkningar för att uppskatta mörkertal och därmed det totala antalet med narkotikaproblem. Enligt denna metod uppgick antalet till 26 000 år 1998 och närmare 28 000 år 2001 (diagram 29). Den årliga ökningstakten mellan dessa år blir därmed drygt 2%, en lägre ökning än perioden 1992–1998. Beräkningen har uppdaterats och för 2004 beräknas antalet åter vara 26 000, alltså en återgång till 1998 års nivå och en årlig minskning med 2,5% (Socialstyrelsen 2006). Ett möjligt problem med uppskattningen är att den baseras på en enda typ av källa och att förändringar inom slutenvårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

Narkotikautvecklingen

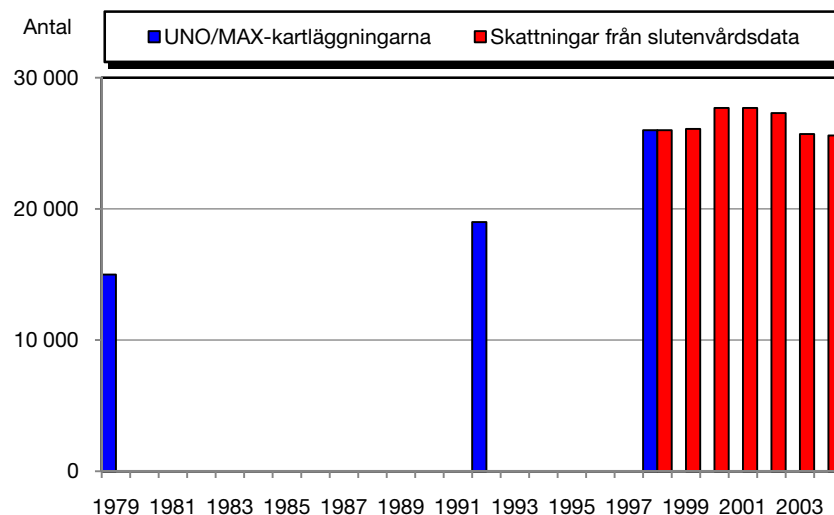


Diagram 29. Uppskattat antal personer med tungt missbruk 1979–1998 samt uppskattat antal personer med problematiskt missbruk 1998–2004.

Källa: Olsson et al 2001 samt Socialstyrelsen 2006.

Medelåldern i kartläggningarna ökade från 27 (1979) via 32 (1992) till 35 år 1998. I tabell 69 redovisas en mer detaljerad bild av åldersutvecklingen. Det framgår att antalet missbrukare i grupperna 30 år och äldre var störst 1998 (drygt 18 000). Antalet under 30 år var störst 1979 (ca 10 300 personer). År 1992 uppgick de till 6 000 men 1998 hade gruppen under 30 år åter ökat och utgjorde 7 600 personer. Enligt Socialstyrelsens skattningar låg medelåldern runt 37 år 1998–2004.

De allra flesta kategoriserade som tunga missbrukare i kartläggningarna hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. 1979 hade 82% gjort detta, jämfört med 93% år 1992 och 89% år 1998. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis har alltid varit de dominerande drogerna. Amfetaminet dominerade missbruket för ca 48% både 1979 och 1992, men hade minskat i betydelse 1998, då amfetamin angavs som dominerande drog för 32%. Andelen som använt amfetamin de senaste 12 månaderna var 77, 82 respektive 73%.

En tydlig förändring är att heroinet ökade i betydelse mellan 1979 och 1998. Andelen som använt detta senaste 12 månaderna var 30 respektive 47%. Femton procent hade opiater som dominerande drog 1979, vilket ska jämföras med 28% 1998. Skillnaden mellan andelen med amfetamin respektive heroin som dominerande drog hade därmed nästan försvunnit och bland de yngre hade heroin blivit den dominerande drogen vid injektionsmissbruk. Andelen med cannabis som dominerande medel har minskat kraftigt, från 33%

1979 till 8% 1998. Förändringen vad det gällde att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna var mindre (61 respektive 54%).

Det har med åren blivit ovanligare att uppgiftslämnarna kan ange dominerande medel. Sannolikt beror detta på ett ökat blandmissbruk samt en försämrad kunskap om missbrukarna hos dem som arbetar med frågorna på de rapporterade myndigheterna.

Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt görs ett försök att analysera missbruksutvecklingen med hjälp av indikatorer. Att det moderna narkotikamissbruket etablerades under senare delen av 1960-talet framgår bl a av utvecklingen för narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott (tabellerna 56 och 70). Den topp som brottsanmälningarna uppvisade 1969 återspeglar dock inte bara ett ökande narkotikamissbruk utan också effekterna av den nya narkotikastrafflagen och de utökade polisresurserna, d v s ett resultat av samhällets ökande intresse med åtföljande resursförstärkning för bl a kontroll. Noterbart i tabell 70 är att de nedlagda polisresurserna på narkotikaärenden aldrig varit mer omfattande än perioden 2003–2007 (över 1 000 årsarbetskrafter).

Under andra hälften av 1970-talet tycks nyrekryteringen enligt flertalet indikatorer ha ökat på nytt, man kan t ex notera en markant ökning av den narkotikarelaterade dödligheten. Vidare inträffade en topp i antalet hepatitsmittade 1975–1977. Detta hänger sannolikt samman med att heroinet under denna tid blev allt vanligare, vilket illustreras av att heroinbeslagen ökade (tabell 60).

I diagram 30 visas utvecklingen av antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till invånarantalet och har indexerats med 1985 satt till 100 (tabellerna 56, 71 och 88). De kriminalstatistiska uppgifterna visar en topp under början av 1980-talet. Antalet anmälda brott mot narkotikastrafflagen ökade (tabell 70), liksom antalet personer misstänkta för narkotikabrott. Av diagrammet framgår också att antalet narkotikabeslag steg kraftigt (tabellerna 56–60). Även de narkotikarelaterade dödsfallen ökade, liksom antalet narkotikamissbrukare inom kriminalvården (tabellerna 80–82).

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.

Narkotikautvecklingen

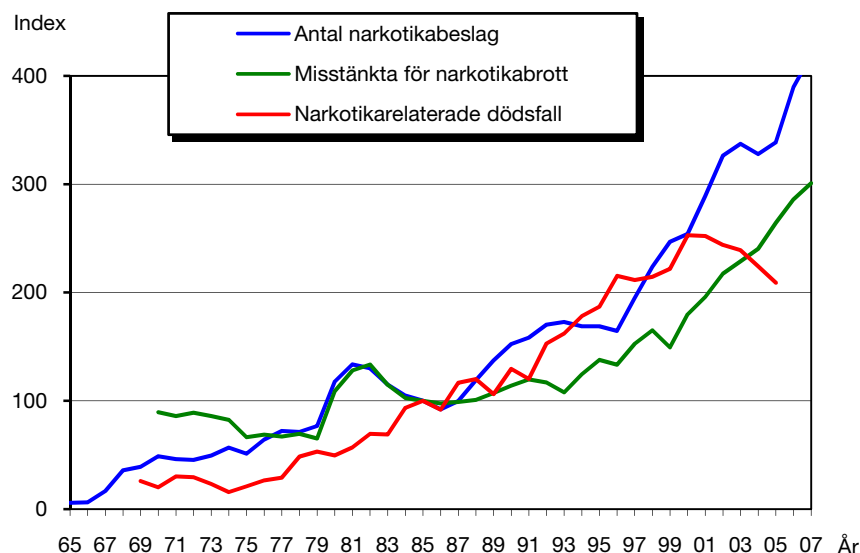


Diagram 30. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2007. Index 1985=100. (Tabellerna 56, 71 och 88)

Under andra hälften av 1980-talet visar många indikatorer att nyrekryteringen till allvarigare former av narkotikamissbruk avmattades. Samtidigt gäller för flertalet indikatorer att nivån på missbrukets omfattning var högre jämfört med 1970-talet.

I likhet med de tidigare presenterade kartläggningarna pekar flertalet indikatorer på att utvecklingen under 1990-talet var ogynnsam. Till exempel fördubblades antalet som årligen vårdats för narkotikarelaterade diagnoser 1987–2001, från ca 4 500 personer till 9 100 (diagram 33 och tabell 83). Under slutet av 1990-talet tillkom årligen ca 4 400 nya individer som inte tidigare vårdats för narkotikamissbruk, att jämföra med 2 900 för 1992 (se tabellkommentarerna angående förstagångsvårdade).

Under 2000-talet har antalet förstagångsvårdade sjunkit något, 2007 har dock antalet åter ökat till ca 4 300. Det totala antalet narkotikavårdade individer uppgick till ca 9 600 under 2007. Antalet narkotikarelaterade dödsfall fördubblades under 1990-talet, och nådde en topp vid millennieskiftet om ca 400 år 2001. Därefter har dödsfallen minskat med ca 23% och uppgick till 310 stycken 2006 (tabell 88 och diagram 35).

Siffror från Statens folkhälsoinstitut visar dock på en uppgång av antalet dödsfall 2007 jämfört med tidigare år i deras register över narkotikarelaterade dödsfall (www.fhi.se).

Förklaringar till 1990-talets ökning av sjuk- och dödligheten, förutom att missbrukarna ökat i antal, kan vara en ökande sårbarhet hos en åldrande missbrukspopulation samtidigt som dessa har kommit att använda allt farligare droger och drogkombinationer. En viss försiktighet vid jämförelser över tid bör också iakttagas på grund av ändringar i diagnosklassificeringarna (se tabellkommentarerna).

För hepatit C gäller att antalet årligen anmälda smittade intravenösa missbrukare sjunkit kontinuerligt sedan 1990-talets början då sådan diagnos blev möjlig, 3 200 till 1 000 fall 2007. Även antalet intravenöst hiv-smittade missbrukare minskade successivt under 1990-talet, från 43 personer 1990 till 16 år 2000. De sex senaste åren utgör dock ett negativt trendbrott och år 2007 var antalet smittade 61 stycken, vilket är det högsta antalet smittade sedan 1987.

Antalet narkotikabeslag uppgick till drygt 28 000 år 2007, vilket är den högsta siffran hittills och en tredubbling jämfört med 1990 (tabell 56). Även antalet personer misstänkta för narkotikabrott har närapå tredubblats perioden 1990–2007 och översteg 21 000 det sistnämnda året (tabell 71).

Huvudsakligen är det de lindrigare brotten, innehav respektive eget bruk av narkotika som står för ökningen medan andelen överlåtelsebrott sjunkit från 28 till 10% samma period.

Även narkotikalagföringarna har ökat kraftigt och uppgick till över 22 000 det sistnämnda året (tabell 74). Mellan 1975 och 1993 minskade andelen lagförda som var under 25 år, från 67 till 20% (diagram 31). Därefter har en ökning skett och under 2000-talet har andelen unga uppgått till ca 37%. I absoluta tal har antalet yngre mer än femdubblats sedan 1993, från ca 1 500 till ca 8 000. De äldsta åldersgrupperna har också ökat kraftigt och andelen lagförda 40 år och däröver har ökat från 3% 1975 till 25% år 2006.

Av diagram 31 och tabellerna 76–78 framgår att de yngres andel ökat i lagföringsstatistiken, i synnerhet för cannabis. Lagförda för centralstimulantia respektive opiater är generellt äldre, och trendbrottet med en större andel yngre är inte lika tydligt och kom dessutom något senare. Under 2000-talet har dock en fjärdedel av de opiatlagförda varit 24 år eller yngre, jämfört med 15% under det tidigare 1990-talet. I absoluta tal har gruppen sexdubblats mellan 1990 och 2006.

Narkotikautvecklingen

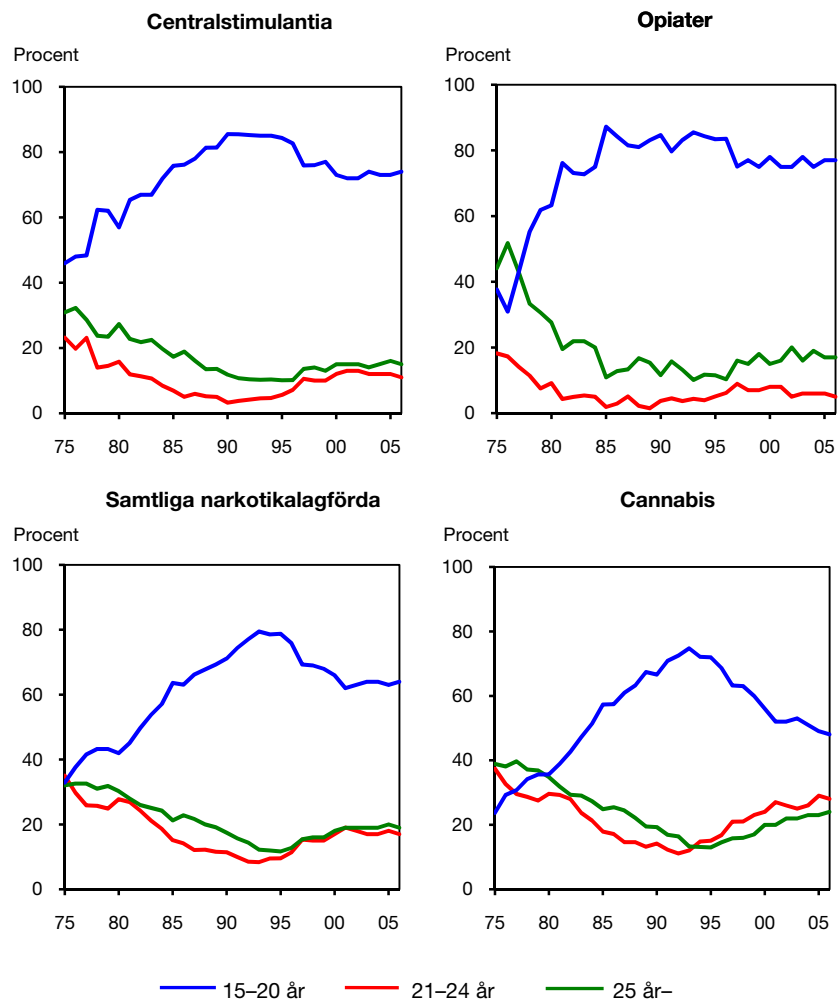


Diagram 31. Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia eller opiater. 1975–2006. (Tabellerna 74 och 76–78)

Mot ovanstående kriminal- och rättsstatistiska uppgifter skall ställas de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk samt att alltmer polisresurser ägnats narkotikabrotten. Till exempel har antalet provtagningar på personer misstänkta för eget bruk av narkotika ökat från ca 6 000 under 1994 till 30 700 år 2007 enligt uppgifter från Rättsmedicinalverket.

Som en följd av de ökade polisinsatserna har antalet narkotikamissbrukare inom frivården en viss dag (1 april) ökat, från 3 400 år 1990 till att ligga runt 5 000 de senaste fem åren (tabell 80). Även antalet narkotikamissbrukare i anstalt har enligt dessa tvärsnittsmätningar ökat samma period, från 1 600 till 2 600 (tabell 81). Enligt tabell 82 intogs under 2007 totalt ca 9 800 individer i anstalt under året. Över 60% av dessa bedömdes vara narkotikamissbrukare, varav drygt tre fjärdedelar grava missbrukare. I början av 1990-talet bedömdes endast ca 30% av de intagna vara narkotikamissbrukare. Över en femtedel av de intagna har sedan 2005 narkotikabrott som huvudbrott. Detta innebär att till skillnad mot tidigare är narkotikabrott sedan 2005 det vanligaste huvudbrottet bland de intagna (Kriminalvården 2007).

Trots att en del av uppgångarna i ovanstående indikatorer kan förklaras av andra orsaker än ett ökat antal missbrukare är det ändå rimligt att dra slutsatsen att redovisade data också speglar en faktisk uppgång av missbruket under 1990-talet. Satt i relation till de tidigare redovisade antalsräkningarna, där antalet personer med tungt narkotikamissbruk befanns ha ökat från ca 19 000 till 26 000 mellan 1992 och 1998, förefaller en sådan tolkning riktig. Indikatorerna pekar på en uppgång i narkotikamissbruket även efter 1998, vilket får stöd i Brås beräkningar av missbruksutvecklingen fram till 2001.

Någon säker bedömning av utvecklingen av det tunga missbruket är svår att göra utifrån tillgängliga indikatorer. Sammanfattningsvis kan man konstatera att narkotikautbudet under 2000-talet förefaller oförändrat gott samt att kriminalstatistiska indikatorer pekar på fortsatta uppgångar. Betraktar man data från slutenvården har narkotikadödsfallen minskat sedan 2001, vilket förvisso kan vara resultatet av en utökad substitutionsbehandling men det måste ändå konstateras att indikatorer rörande sjuk- och dödlighet har visat en mer positiv bild av utvecklingen än den rättsstatistiska. Statens folkhälsoinstituts förteckning över narkotikarelaterade dödsfall som sträcker sig fram till 2007, visar dock på ett negativt trendbrott vars orsak än så länge är oklar. Även om det är för tidigt att dra några slutsatser verkar den tidigare positiva utvecklingen ha stannat upp för tillfället då även HIV-positiva injektionsmissbrukare ökat 2007. Den fortsatta rättsstatistiska ökningen kan emellertid fortfarande delvis förklaras av att rättsapparaten satsar alltmer resurser på att lagföra enskilda narkotikaanvändare.

Könsskillnader

Liksom för alkoholmissbruk är andelen kvinnor lägre även bland narkotikamissbrukare, något som normalt är giltigt både i Sverige och utomlands. I kartläggningarna av det tunga missbruket från 1979, 1992 och 1998 var andelen kvinnor stabil och uppgick till ca 23%.

Narkotikautvecklingen

Av tabell 74 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–2006 har legat runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2006 har också varit tämligen stabil, men högre (runt 34% enligt tabell 83). I statistiken över personer som inrapporterats som hiv-smittade via intravenöst missbruk är andelen kvinnor något lägre och uppgår till 28% (tabell 86).

Av tabell 88 framgår att kvinnornas andel av de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort 26% 1969–2006. Till och med 1996 fluktuerade andelen omkring 30%, men därefter ligger kvinnornas andel strax över 20%.

Med kartläggningarna som utgångspunkt kan man dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade i slutenvård. Dödsorsaksstatistiken är den källa som ligger kartläggningarna närmast vad gäller speglingen av kvinnoandelen.

Regionala skillnader

Inte minst när det gäller tyngre former av narkotikamissbruk förekommer stora regionala variationer, och missbruket är ofta koncentrerat till storstadsregionerna. Exempelvis uppskattas alltsedan slutet av 1990-talet två tredjedelar av det tunga missbruket kunna hänföras till de tre storstadslänen, lika stor andel av de misstänkta för narkotikabrott är bosatta i något av dessa län samtidigt som de narkotikarelaterade dödsfallen till tre fjärdedelar hör storstadslänen till.

Stockholm

Enligt de nationella kartläggningarna har Stockholms kommun alltid legat ungefär dubbelt så högt jämfört med riket i antal missbrukare per invånare 15–54 år. År 1998 fann man 1 026 i Stockholm mot 550 i hela landet (diagram 32). Detta motsvarar totalt runt 4 800 personer i Stockholms kommun. Även för Stockholms län exklusive staden låg värdet över rikssiffran och uppgick till 628 missbrukare per 100 000 invånare 15–54 (ca 4 000 personer totalt). Av tabell 84 framgår att Stockholms län alltsedan 1987 stått för en dryg tredjedel av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen och denna siffra överensstämmer någorlunda väl med kartläggningarna.

Enligt den tidigare beskrivna alternativa uppskattningen av antalet personer med tungt missbruk med utgångspunkt från sjukvårdsdata har andelen vårdade i Stockholms län utgjort drygt en fjärdedel av rikets alla vårdade 1998–2003 (SOU 2005:82). Denna bearbetning redovisar alltså lägre procentandelar än kartläggningarna. Ungefär samma andel gäller enligt Brå-rapport 2005:16 för Stockholms läns del också beträffande fördelningen av narkotikalagföringar i riket.

Narkotikadödligheten, som den redovisas enligt den europeiska standard narkotikaobservatoriet i Lissabon efterfrågar (se tabellkommentarerna) redovisas fördelad på län i tabell 89. Denna statistik visar att Stockholms län bidrog med runt hälften av dödsfallen i landet 1987–1996 men att andelen därefter minskat och 2006 uppgick Stockholms bidrag till knappt 30%. Stockholms andel av de intravenösa hiv-fallen är dock desto större och uppgick 2007 till fyra femtedelar (tabell 87).

Malmö/Skåne

Enligt tabell 89 ligger narkotikadödligheten i Skåne län på en högre nivå från 1996, från att ha stått för 10% av dödligheten till att numera bidra med drygt 20% av dödsfallen. Länet har alltsedan 1987 stått för runt 13% av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen i Sverige (tabell 84). I skattningen i SOU 2005:82 där man utgår från slutenvårdsdata står länet för närmare 15% av det tunga narkotikamissbruket i Sverige. Två procent av dem som inrapporterats vara hiv-smittade med intravenös smittväg kom från f d Malmöhus län. Tyvärr går inte denna källa att bakåtkomplettera med Kristianstads län för att på så sätt generera ett värde för hela Skåne län, men en sådan komplettering skulle knappast påverka andelen särskilt mycket.

Av ”Narkotikastatistik 2006” (Brå 2007) framgår att Skåne hade näst flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (331 per 100 000). Strax under 20% av samtliga narkotikalagföringar härrör från Skåne län. Utöver detta är, kanske föga förvånande, Skåne det län som bidrar med merparten av alla personer som misstänkts för narkotikasmuggling, även om andelen sjunkit från 74% 1977 till strax under 50% 2007 (tabell 72).

Satt i relation till folkmängden har Malmö kommun alltsedan slutet av 1970-talet haft den största förekomsten av tungt missbruk (diagram 32). År 1998 uppgick antalet personer med tungt missbruk till 1 080 per 100 000 invånare 15–54 år (vilket motsvarar ca 1 600 personer). Detta är högre än såväl 1979 som 1992 (diagram 32).

Under 2004 genomfördes en regional kartläggning i samtliga kommuner i Skåne län, likartad den som gjorts nationellt, fränsett att i Skåne-UNO gjordes ingen beräkning och addition av mörkertalet vilket betyder att siffrorna inte kan jämföras med dem ovan. Kartläggningen fann drygt 1 100 personer med tungt missbruk i Malmö kommun och relaterat till invånarantal placerade sig kommunen på fjärde plats i länet. Före kom Landskrona, Sjöbo, och Klippan, vilket visar att tungt narkotikamissbruk inte bara är ett storstadsfenomen, även om antalet personer med ett tungt missbruk i dessa tre kommuner totalt inte översteg 400 (Länsstyrelsen i Skåne län 2005).

Narkotikautvecklingen

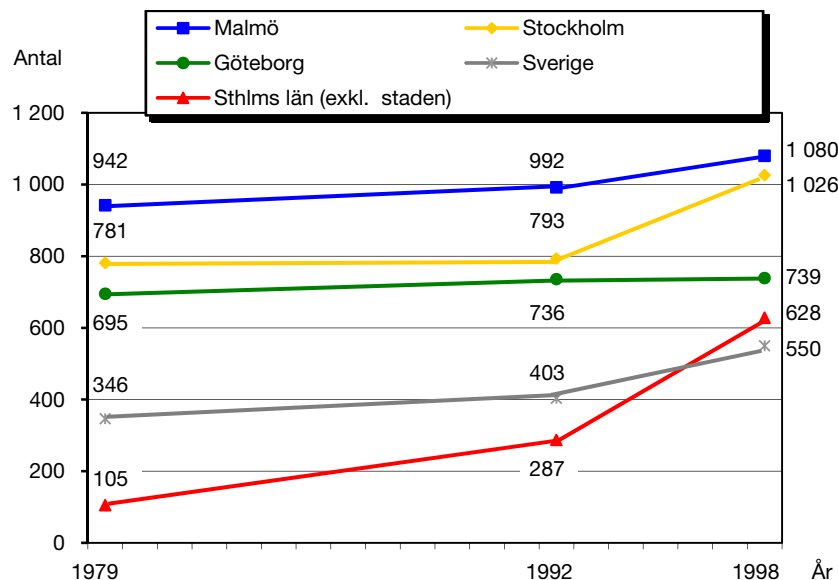


Diagram 32. Antal personer med tungt narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001)

Totalt inrapporterades 3 013 personer med tungt missbruk i länet och jämfört med tidigare kartläggningar var antalet större 2004 i praktiskt taget samtliga kommuner. Andelen kvinnor var ungefär som i riket 1998 (22%) medan andelen yngre än 30 år var högre (34 jämfört med 29%) samtidigt som färre definierats som tunga p g a injektionskriteriet (71 jämfört med 89%).

Göteborg/Västra Götaland

Enligt diagram 32 har antalet missbrukare – relaterat till invånarantalet – alltid legat över riksgenomsnittet för Göteborgs kommun, samtidigt som det legat relativt stilla under perioden 1979–1998. Sistnämnda året beräknades antalet personer med tungt missbruk till 739 per 100 000 invånare 15–54 år (motsvarande ca 2 100 personer eller 8% av rikets tunga missbrukare).

Enligt skattningen i SOU 2005:82 utifrån slutenvårdsdata står Västra Götalands län för ca 19% av det tunga narkotikamissbruket i Sverige under senare år. Andelen hiv-fall med intravenös smittväg rapporterade från (f d) Göteborg- och Bohuslän har t o m 2007 totalt utgjort ca 3%. Enligt Brå (2006) har andelen narkotikalagförda för Västra Götalands del legat runt 17%.

Åren 1987–2007 har Västra Götalands län bidragit med ca 17% av alla vårdtillfällen för narkotikamissbruk (tabell 84). Sett till de narkotikarelaterade

dödsfallen har dock en viss ökning skett i förhållande till övriga Sverige. I mitten på 1990-talet bidrog regionen med ca 7% av dödsfallen men 2006 var andelen 17% (tabell 89).

Övriga landet

Även om mycket visar på en koncentration av tungt missbruk till storstäderna så innebär det inte att utvecklingen över tid sett annorlunda ut i övriga delar av landet. De riksomfattande kartläggningarna visar på en låg nyrekrytering under 1980-talet och en kraftigare ökningstakt mellan 1992 och 1998, såväl i storstads-län som i övriga län.

Andelen misstänkta för narkotikabrott som inte bor i storstads-län har ökat från ca 30% i början av 1990-talet till ca 40% under 2000-talet (tabell 73). Med tanke på att hälften av landets befolkning är bosatt i något av storstads-länen så kan man fortfarande notera en viss underrepresentation för övriga landet vad gäller narkotikabrottsligheten.

Andra data som tyder på en ökning även i relativa tal utanför storstads-länen är en liten uppgång av utskrivningar i narkomanidiagnoser, från 32% under 1990-talets mitt till ca till 37% under 2000-talet (tabell 84). För narkotikarelaterade dödsfall är ökningen tydligare då icke storstads-län bidrog med ca 20% i mitten på 1990-talet och med över 30% sedan 2002. Således har skillnaderna utjämnats något även om narkotikamissbruk alltså främst är ett storstadsfenomen.

På olika håll i landet genomförs ibland regionala kartläggningar av missbrukssituationen. Under april 2005 genomfördes en kartläggning av antalet narkotikaanvändare i Örebro som under månaden haft kontakt med antingen socialtjänsten, beroendevården, polisen eller kriminalvården (Lindén-Boström et al 2006). Från hela länet inrapporterades 863 sådana personer. Av dessa hade över hälften Örebro kommun som hemort och tre av fyra var män. Cannabis och centralstimulerande medel var de vanligast förekommande narkotikasorterna och opiater var något vanligare i Örebro kommun jämfört med länet i övrigt. En mörkertalsberäkning utifrån kartläggningen indikerade att ca 6 700 personer, motsvarande 2,5% av befolkningen, hade använt narkotika under perioden.

Sociala faktorer

Det är med drogmissbruk som med andra hälso- och sociala problem sällan fråga om en enskild bakomliggande orsak. Sambanden är komplexa och varierar dessutom på individ-, grupp- och samhällsnivå. En individs drog-användning är resultatet av en interaktion mellan individuella egenskaper och miljöfaktorer. Frånsett att narkotikakonsumtion är kriminell i sig hänger drogmissbruk och kriminalitet många gånger samman. Men trots att många kri-

Narkotikautvecklingen

minella använder droger och att många missbrukare är kriminella finns det ofta gemensamma bakomliggande förklaringar såsom fattigdom, brist på framtida karriärmöjligheter, dåligt självförtroende och låg social integration (UNDCP 2000).

Personer med missbruksproblem skiljer sig som grupp från icke missbrukare 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. Om man rangordnar dessa blir listan följande: bruk av andra droger, kriminellt beteende, relationen till föräldrarna, skolprestation, personliga egenskaper och fritidsanpassning.

Goldberg (2005) menar att många vetenskapliga undersökningar visar att personer med tungt missbruk ("problemkonsumenter") tydligt skiljer ut sig negativt jämfört med dem som endast experimenterar med/använder narkotika tillfälligtvis ("rekreationskonsumenter") med avseende på psykosocial bakgrund och negativa erfarenheter under uppväxten. Vidare konstaterar författaren att den lägsta socialgruppen är klart överrepresenterad bland problemkonsumenterna.

Utöver den typ av faktorer som omnämns i det ovanstående kan strukturella faktorer påverka drogsituationen i ett samhälle, bortsett från själva tillgängligheten av droger. En sådan tänkbar situation är den förvandling som Östeuropa genomgår. Det vakuum som uppstår när gamla värderingar tappar i betydelse kan skapa en situation där de yngre använder droger när den förr så strikta synen luckras upp. Omfattande ungdomsarbetslöshet kan vara en annan sådan faktor (Lenke och Olsson 1996).

En studie kring missbrukares levnadsförhållanden under perioden 1987–1994 visade att narkotikamissbrukare är utsatta på så vis att när ekonomin i samhället försämras så drabbas denna avvikande grupp snabbare och hårdare än många andra. Heroinmissbrukarna hade de allra mest problematiska levnadsförhållandena (Svensson 2000).

Den senaste kartläggningen av tungt missbruk visade att 1998 hade 60% av personerna med tungt missbruk en obefintlig anknytning till arbetsmarknaden och att den var dålig eller begränsad för ytterligare 27%. Bostadssituationen bland missbrukarna var också oviss, 26% saknade bostad under hela eller stora delar av undersökningsperioden (Olsson et al 2001).

Vård, sjuklighet och dödlighet

Uppgifter om vård och sjuklighet har använts som indikatorer på utvecklingen av missbrukets omfattning. Här följer en noggrannare beskrivning och genomgång av dessa källor, inte minst eftersom uppgifterna är intressanta i sig, men också för att vissa metodologiska frågor kan behöva belysas närmare.

Med en ambition att uppnå varaktig drogfrihet har Sverige tidigare byggt mycket av insatserna på långa institutionsbehandlingar, medan insatser med mindre krav på drogfrihet haft lägre prioritet (Folkhälsoinstitutet 1993). Under 1990-talet påbörjades en övergång från längre till kortare vårdtider och en övergång från institutions- till öppenvårdsinsatser. Samtidigt har också ekonomiska nedskärningar skett och vårdens totala omfattning och innehåll svarar inte alltid mot behovet (SOU 2000:126).

Merparten av narkomanvården bedrivs inom ramen för socialtjänsten och sjukvården, men frivilliga organisationer och andra privata vårdgivare finns också, liksom särskilda avdelningar inom kriminalvården. Eftersom omfattning, utformning och prioriteringar inom vården varierat kraftigt är det svårt att dra några säkra slutsatser om missbruksutvecklingen utifrån vårdstatistiska uppgifter. Sannolikt speglar statistiken delvis de prioriteringar som för tillfället dominerar. Narkotikakommissionen påpekade i sitt slutbetänkande att statistik, uppföljning och annan dokumentation på detta område är bristfällig och svårtolkad. Klart är exempelvis att det jämfört med 1990-talet skett en övergång från institutionsvård till öppenvård.

Socialtjänstvård

För 15–20 år sedan talades det om en offensiv narkomanvård, dvs en bred och omfattande vårdatsning, vilken var en följd av uppkomsten av hiv-problematiken i mitten på 1980-talet. Svensson och Kristiansen (2004) menar dock att situationen förändrats och att den offensiva narkomanvården tenderar att ha blivit defensiv, i så motto att Socialtjänsten idag styr över från dyrare institutionsvård till billigare öppenvårdsalternativ samtidigt som man försöker hålla mindre motiverade klienter ifrån sig.

För socialtjänstens insatser är det bara i tvångsvårdsstatistiken (LVM-vård) det går att finna uppgifter om den mera långsiktiga utvecklingen av den narkotikarelaterade vården eftersom statistiken över frivilligt vårdade enligt socialtjänstlagen (SoL) inte särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbruk. Från det att LVM trädde ikraft år 1982 ökade antalet tvångsvårdade en viss dag (1 november) med narkotika i sin missbruksbild från några enstaka personer 1983 till runt 300 i mitten på 1990-talet. Därefter har LVM-insatserna

Narkotikautvecklingen

för narkotikamissbruk minskat kraftigt och legat runt 130 personer under 2000-talet (tabell 39). Nedgången beror på ändrade vårdprioriteringar.

Utöver tvångsvården var ca 2 600 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2007 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mätillfället 1989 (tabell 38). Samma år gjordes även någon form av öppenvårdsinsats p g a missbruk i 11 500 fall, liksom 5 700 biståndsärenden avseende boende (Socialstyrelsen 2008). Statistiken för dessa åtgärder särskiljer dock inte mellan alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel och grupperna kan heller inte adderas eftersom överlappning förekommer.

Vid en inventering 1 april 2003 fann Socialstyrelsen (2004) 23 500 personer i missbruksbehandling av mera målinriktad karaktär med syfte att åstadkomma en förändring i missbruksbeteendet. Med bortfallskorrigerad uppgick antalet till närmare 30 000. För 55% av klienterna gällde behandlingen (åtminstone) narkotika. Detta innebär att bortåt 16 500 personer vårdades målinriktat för narkotikamissbruk en given dag 2003, om man utgår från den korrigerade siffran. Totalt redovisades närmare 3 400 injektionsmissbrukare stå under behandling (ej bortfallskorrigerat). Jämfört med 1999 hade narkotikan ökat något på bekostnad av alkoholen.

Kriminalvård

Inom frivården har ökningen av antalet intagna med narkotikaproblem en viss dag (1 april) varit kontinuerlig sedan slutet av 1960-talet, från ca 2 000 till 5 000 (tabell 80). Andelsmässigt utgör de idag nästan hälften av frivårdsfallen, mot tidigare 10–15% (tabell 80). Sedan 1988 kan narkotikamissbrukare som alternativ till fängelse få hjälp med missbruket genom s k kontraktsvård. Antalet klienter som dömdes till kontraktsvård 2006 var drygt 1 300. Enligt Kriminalvårdens redovisningar har antalet dömda till kontraktsvård under perioden 1997–2004 pendlat mellan 1 000–1 200 (Kriminalvården 2007b).

Många personer som missbrukar narkotika döms också till fängelsestraff. Den årliga skattningen av den 1 april visar att antalet intagna narkotikamissbrukare en viss dag ökat, från drygt 1 100 under 1970-talet till 2 600 år 2007. Denna grupp utgör sedan millennieskiftet majoriteten av de intagna och uppgick till 59% år 2007. Detta är en kraftig andelsökning jämfört med exempelvis 1980-talet då siffran var 35% (tabell 81).

För att i någon mån kunna möta det stora vårdbehovet finns ett antal motivations- och behandlingsplatser på anstalterna. Av dem som bedömts ha missbruksproblem befann sig en given dag under 2004 knappt hälften av dem i någon form av verksamhet riktad mot drogproblem (Kriminalvårdsstyrelsen 2005). Inkluderas även vistelser i hem för vård och boende respektive familj.

jehem (§ 34-placeringar) stiger siffran till 54%. I början av 2000-talet låg den totala andelen under 30% och under andra hälften av 1990-talet runt 40%.

Det kan konstateras att under en given dag 2007 var det, oräknat dem i häkte, ca 7 600 personer med drogproblem som var föremål för kriminalvård, ett högt antal som till och med är något högre än de senaste årens höga antal. Såväl i absoluta som relativa tal är det idag också fler personer som är föremål för riktade insatser mot missbruksproblem jämfört med situationen för fem år sedan.

Sjuklighet

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder missbruk till allvarliga komplikationer och i värsta fall till döden. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större 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, d v s det sätt på vilket narkotikan intas, samt allmänna förhållanden i missbrukarnas livsföring. Ofta spelar psykisk ohälsa, blandmissbruk, svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld etc större roll för sjukligheten än preparaten i sig.

Avgiftningar och vård av psykiatriska samt andra komplikationer till följd av narkotikamissbruk utförs inom sjukvården. Antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården fördubblades under perioden 1987–2001 (till 15 600). Som synes gäller ökningen även antalet unika individer (tabell 83 och diagram 33). Läget har varit tämligen stabilt efter 2001, en liten uppgång kan dock skönjas, 2007 vårdades 9 600 personer vid drygt 16 500 tillfällen. Antalet vårdtillfällen per person och år har varit 1,7 alltsedan 1987.

Ett mått på nyrekryteringen till missbruk är att följa antalet som vårdas för första gången någonsin. I början är tidsserien i diagrammet missvisande hög därför att det saknas möjlighet att göra länkningar längre tillbaks än 1987. Under den första hälften av 1990-talet, när denna effekt torde vara försumbar, låg antalet årligen nytillkomna klienter runt 3 100. Efter att nya diagnosklassifikationer infördes 1997 ökade antalet till runt 4 500 personer och låg sedan runt 4 300 t o m 2002. Fram till och med 2006 låg antalet förstagångsvårdade på en något lägre nivå (ca 4 000 personer), 2007 har antalet återigen ökat till 4 300 personer. Till följd av ICD-kodsbytet 1997 har alla linjer i diagrammet brutits detta år.

Narkotikautvecklingen

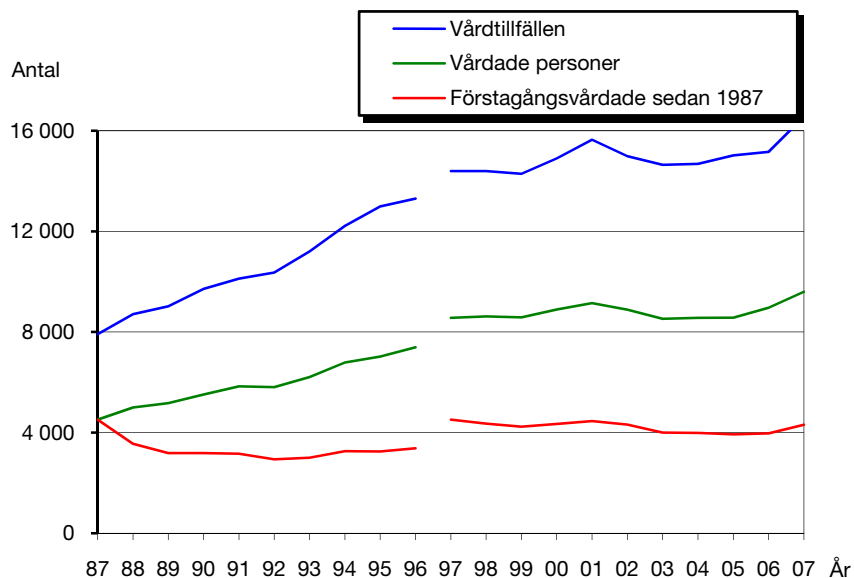


Diagram 33. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2007. (Tabell 83)

Den sedan länge vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C (tabell 85). Undersökningar visar att unga injektionsmissbrukare smittas på ett tidigt stadium av sin missbrukskarriär vilket minskar möjligheterna att vidta motåtgärder. Vissa studier tyder på att upp till så många som 80–90% av narkomanerna kan bära på HCV-virus (Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen 1999 och ECNN 2003).

Den kraftiga ökningen av antalet HCV-fall mellan 1990 och 1992, från 280 till 3 200 fall, beror främst på att personer som länge burit på antikroppar då kunde diagnostiseras. Sedan 1990-talets början har antalet injektionsmissbrukare diagnostiserade med HCV minskat (ca 1 000 år 2007), liksom det totala antalet anmälda fall (ca 1 800 samma år). Totalt har sedan 1990 närmare 28 000 personer anmälts som smittade via intravenöst missbruk till Smittskyddsinstitutet och detta utgör omkring två tredjedelar av samtliga inrapporterade HCV-fall.

Hepatit B, den klassiska ”kanylsothen”, är av klart mindre omfattning än hepatit C. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga hepatit B-fall har sedan 1990-talet ökat från drygt en tredjedel till drygt hälften under 2000-talets början. År 2007 har andelen återigen sjunkit till en tredjedel och av de totalt 201 fallen av hepatit B under nämnda år, var 62 stycken p g a injektionsmissbruk (tabell 85).

De första hiv-positiva narkomanerna diagnostiserades 1985 och många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt anmälda hiv-positiva med intravenös smittväg rapporterades därför under 1985 och 1986 (sammanlagt 346 fall enligt tabell 86 och diagram 34). Mellan 1987–2000 sjönk antalet mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till 16 fall per år. De sex senaste åren har antalet intravenöst smittade personer legat på en högre nivå och i genomsnitt har drygt 30 fall årligen anmälts. 2007 visade sig dock vara ett toppår med 61 stycken upptäckta fall av HIV, vilket är det högsta antalet smittade sedan 1987. Samma mönster går att se för samtliga smittade, 2007 upptäcktes 541 nya fall vilket är det högsta antalet sedan 1986 (tabell 86).

Antalet hiv-positiva narkotikamissbrukare är beroende av en rad faktorer. Den främsta riskfaktorn är självklart injektionsmissbruk, även om smittan överförs sexuellt också bland missbrukare. Kanske beroende på hur sprutor och kanyler delas och används förefaller smittsamheten vara högre bland heroin- än bland amfetaminmissbrukarna. En rad andra faktorer spelar också in för smittans spridning och utbredning, t ex när smittan introducerades, utbyggnad och inriktning av narkomanvården, testning, informationsverksamhet och tillgång till rena sprutor.

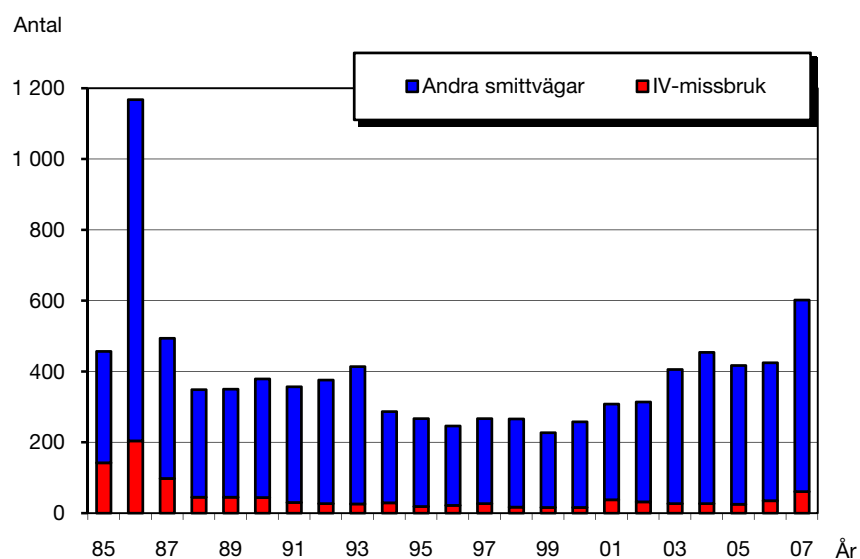


Diagram 34. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2007. (Tabell 86)

Sådana faktorer, tillsammans med det faktiska antalet injektionsmissbrukare, förklarar skillnaden i antalet hiv-smittade missbrukare i olika regioner. Enligt tabell 87 står Stockholms län för 80% av de inrapporterade fallen 2007. Göteborg och Bohuslans landsting har rapporterat 3% av fallen, Malmöhus landsting 2% och övriga riket 15%. Totalt har hittills drygt 1 000 personer rapporterats smittade via intravenöst missbruk och majoriteten av dessa smittillfällen har skett i Sverige. Medelåldern bland de smittade var 35 eller strax därunder t o m 1995 men ligger därefter runt 38 år.

Dödlighet

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är hög. Undersökningar i Stockholms län har påvisat att överdödligheten bland sjukhusvårdade heroinmissbrukare var 16 gånger och bland amfetaminmissbrukare 8 gånger jämfört med normalbefolkningen i motsvarande åldrar (Tunving, Olsson och Krantz 1989). Den årliga totala dödligheten bland amfetaminmissbrukare uppskattades till närmare 2% per år, medan siffran för heroinmissbrukare var omkring den dubbla. ECNN (2005) anger att dödligheten bland opiatmissbrukare är 20 gånger högre jämfört med befolkningen i motsvarande åldrar.

Liksom för sjukligheten beror dödligheten bland narkotikamissbrukare på en rad faktorer; de narkotiska preparaten i sig, hur narkotikan används samt andra omständigheter i missbrukarens livssituation. Även strukturella faktorer som tillgången till adekvat vård, exempelvis substitutionsprogram för opiatmissbrukare, har betydelse.

Socialstyrelsen presenterar en tidsserie över narkotikarelaterad dödlighet som speglar utvecklingen sedan 1960-talet och innefattar både underliggande och bidragande dödsorsaker (se bilaga 1). I det förstnämnda fallet har narkomani varit den huvudsakliga orsaken till dödsfallet. När så inte varit fallet men läkaren ändå har bedömt att dödsfallet varit narkotikarelaterat har detta angivits som en bidragande dödsorsak.

Ett narkotikarelaterat dödsfall innebär inte att den avlidne alltid motsvarar sinnebilderna för en narkotikamissbrukare, även om så oftast är fallet. Det kan i någon mån vara fråga om personer som vid något enstaka tillfälle experimenterat med narkotika och drabbats av följdverkningar som lett till döden. Det kan också vara (ofta äldre) personer som överdoserat narkotikaklassade läkemedel. Den absoluta majoriteten av dödsfallen i Socialstyrelsens index är dock kopplade till narkotikamissbruk i mera traditionell bemärkelse.

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå, runt 35 enligt tabell 88 och diagram 35. Därefter ökade antalet kraftigt, bl a beroende på att heroin introducerades i Sverige och på en ökande sårbarhet och sjuklighet i och med att missbrukspopulationen successivt åldrades. Under 2001 noterades 403 dödsfall men därefter har

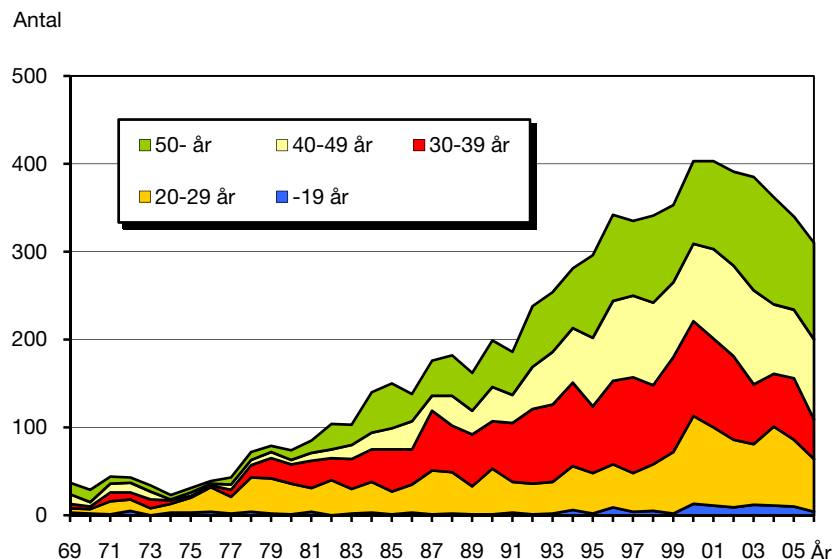


Diagram 35. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper, 1969–2006. (Tabell 88)

en nedgång inträffat och 2006 uppgick antalet avlidna till 310. Enligt Statens folkhälsoinstituts redovisning, har främst de opiatrelaterade dödsfallen minskat under perioden 2001–2006.

Noterbart är att minskningen främst kan hänföras till gruppen 30–39 år, där antalet dödsfall minskat med 55%. ECNN noterar att tillgången på behandling, framför allt substitutionsbehandling, är en av de viktigaste åtgärderna för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall, och eventuellt kan den utbyggda substitutionsbehandlingen ha bidragit till nedgången.

Under 2000-talet har årligen i genomsnitt närmare 100 personer under 30 år avlidit i narkotikarelaterade dödsfall, en historiskt hög siffra. Detta tyder på att de totalt sett relativt höga dödstalerna inte enbart kan förklaras med en sjukligare missbrukspopulation utan även av ett inflöde av yngre missbrukare. 2006 utgör här ett undantag med endast ca 60 avlidna personer under 30 år.

Som jämförelse till Socialstyrelsens index presenteras i tabell 89 det diagnosurval som rekommenderas av EMCDDA. Detta mått (DRD-standard version 3.1) har tagits fram för att öka jämförbarheten mellan länder. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från rekommendationerna. I Sverige exkluderas förgiftningar med dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta medel med sin höga toxicitet leder till många förgiftningsfall, samtidigt som det inte används i så stor utsträckning i andra europeiska länder. Enligt

Narkotikautvecklingen

Läkemedelsverket bedömdes dextropropoxifen årligen bidra till ca 200 dödsfall perioden 1992–1999, åren 2000–2006 har dock dessa dödsfall minskat med 75%.

Den europeiska beräkningsmetoden fokuserar mer på de narkotikarelaterade dödsfall som innefattar underliggande dödsorsaker än den svenska, och genererar också lägre siffror. Trenderna fram till 2003 har dock varit desamma, den procentuella ökningen mellan 1987 och 2001 var ungefär lika stor för båda mätsätten, liksom nedgången mellan 2001 och 2003. I socialstyrelsens index har denna nedgång fortsatt medan antalet dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod legat relativt stabilt sedan 2003.

En geografisk fördelning presenteras i tabell 89 och det kan konstateras att Stockholms län bidragit med närmare hälften av dödsfallen perioden 1987–1999. Sedan dess har stockholmsandelen minskat och har uppgått till runt en tredjedel under de senaste åren. Samtidigt har andelarna i Skåne och Västra Götaland ökat något men den stora uppgången återfinns utanför storstadslänen. De nedgångar i totala antalet dödsfall som råder i riket under 2000-talet beror huvudsakligen på minskningar i Stockholms län.

Statens folkhälsoinstitut har i samarbete med Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum, Rättsmedicinalverket samt Karolinska Institutet skapat en förteckning över narkotikarelaterade dödsfall som i definition skiljer sig från tidigare presenterad statistik från Socialstyrelsen och EMCDDA. I det här fallet räknas de dödsfall in där illegala droger påvisats i toxikologiska undersökningar på en rättsmedicinsk enhet. Det intressanta med denna statistik är, förutom att även denna visar på en sjunkande trend efter millennieskiftet, att den sträcker sig fram till år 2007.

Uppgifter finns från 1994 och antal narkotikarelaterade dödsfall var då 185. Efter ökningen under 1990-talets andra hälft redovisades 2006 det lägsta antalet på många år, 278 fall, men det senaste året har siffran stigit till 350 fall, vilket också är det högsta antalet dödsfall under hela perioden 1994-2007 (www.fhi.se). Det är emellertid ännu för tidigt att dra några slutsatser utifrån denna siffra.

Sammanfattningsvis kan sägas att de narkotikarelaterade dödsfallen helt klart har ökat sedan 1970 talet och att det inte enbart går att förklara med en åldrande och sjuklig missbrukspopulation. Sedan 2001 har de narkotikarelaterade dödsfallen dock sjunkit vilket delvis kan bero på en utökad substitutionsbehandling. Svårare att förklara är dock den höga dödssiffran som redovisats av Statens folkhälsoinstitut för 2007. Många faktorer påverkar antalet registrerade dödsfall i synnerhet när både underliggande och bidragande dödsorsaker räknas med i statistiken, det är därför bättre att se till trender snarare än enstaka år.

Narkotikasituationen i andra länder

I FN:s rapport om drogsituationen i världen uppskattas antalet personer som använt narkotika senaste 12 månaderna uppgå till 200 miljoner, eller 5% av alla 15–64-åringar. Andelen problematiska konsumenter bedömdes uppgå till 0,6% i åldersgruppen. Cannabis är globalt sett den vanligaste drogen även om heroin konstateras orsaka de största problemen (UNODC 2007). I ECNN:s årsrapport 2007, framgår även att cannabis är den illegala drog som oftast förekommer i samband med rapporterade narkotikabrott och i de länder där så är fallet stod de cannabisrelaterade brotten för 42–74% av alla narkotikabrott 2005.

Med hjälp av en enkätundersökning som i de flesta fall genomförts under perioden 2003–2006 har ECNN skattat narkotikaprevalensen i Europa. En försiktig skattning visar att över 70 miljoner vuxna europeer använt cannabis minst en gång i livet. Detta motsvarar i genomsnitt nästan en fjärdedel av alla 15–64-åringar. Bland de länder som ingick i undersökningen redovisade Danmark, Frankrike och Storbritannien högst prevalens (37, 31 respektive 30%). Tolv månadersprevalensen för de europeiska länderna var ca 7% och månadsprevalensen ca 4%. Sverige ligger bland de länder som redovisat absolut lägst värden för perioderna en månad samt ett år. Vad gäller livstidsprevalensen placerar sig Sverige lågt, dock inte bland de länder med allra lägst redovisad prevalens (ECNN 2007).

I USA har ca 45% av befolkningen 12 år och äldre prövat narkotika enligt deras hushållsundersökningar från 2006. Fjorton procent hade gjort så senaste 12 månaderna och 8% senaste 30 dagarna (SAMHSA 2007). Värdena har varit tämligen oförändrade senaste åren men är högre jämfört med 1990-talet.

Att jämföra olika länders tyngre missbruk, i relativa tal, eller i form av indikatorer som t ex narkotikarelaterad dödlighet är inte oproblematiskt. För det första skiljer sig missbruket åt, så tillvida att det är olika preparat som missbrukas på olika sätt, för det andra avspeglas synen på missbruket i valet av definitioner som använts i olika undersökningar. Det är dessutom så att skillnaderna ofta är större inom ett visst land, mellan stad och landsbygd eller olika regioner, än mellan olika länder.

I ECNN:s årsrapport för 2005 redovisas skattningar av det problematiska missbruket i ett antal länder, definierat främst i form av heroin- eller injektionsmissbruk men också långvarig, vanemässig konsumtion av centralstimulantia. Data hänför sig till olika år respektive undersökningstyper och osäkerhetsintervallen är dessutom olika stora i olika länder. I rapporten anges att prevalensen av problematiskt missbruk förefaller vara högst i Danmark, Förenade kungariket (d v s Storbritannien samt Nordirland), Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien och Österrike med 6–10 eller flera ”problemmiss-

Narkotikautvecklingen

brukare” per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Länder som redovisade färre än fyra fall per invånare var Grekland, Nederländerna, Polen och Tyskland. Sverige intar en mittenposition i denna redovisning. Nyrekryteringen av heroinmissbrukare sägs ha minskat, åtminstone i de äldre EU-länderna.

Öppenvårdsbehandlingen har fortsatt att öka inte bara i Sverige utan även i övriga Europa. Däremot har antalet inrättningar för slutenvård legat kvar på samma nivå i de flesta länderna. En förändring finns enligt ECNN att se vad gäller opiatmissbrukare varav de flesta numera behandlas inom öppenvården istället för, som tidigare, på behandlingshem.

I ECNNs årsrapport 2007 visar en undersökning som omfattar 4 000 behandlingseinheter från 20 europeiska länder, att ungefär hälften (53%) av öppenvårdsklienterna behandlades för primärt opiatmissbruk. Den andra hälften behandlades för primärt missbruk av andra droger och då främst cannabis (22%) och kokain (16%). Vilken drog som var den vanligaste primärdrogen varierade mellan länderna.

Ungefär 80% av klienterna inom öppenvården var män, deras genomsnittliga ålder var omkring 30 år, och de hade i allmänhet dåliga levnadsförhållanden jämfört med personer i samma ålder i befolkningen som helhet. Omkring 60% hade inte slutfört en utbildning på högre nivå än mellanstadiet och runt hälften av klienterna hade regelbunden anställning innan de kom till öppenvården för behandling, medan den andra hälften var arbetslösa.

Det finns stora skillnader mellan de europeiska ländernas narkotikapolitik men det finns trots allt en betydande enighet på vissa grundläggande punkter. Inom området minskning av efterfrågan på narkotika (demand reduction) godtar alla att det behövs prevention, behandling och social rehabilitering. Det råder dock större oenighet på området att minska narkotikans skadeverkningar (harm reduction). Frågan har länge varit kontroversiell men enligt ECNN (2007) har åtgärder för att minska skadeverkningarna blivit ett mer uttalat inslag i det europeiska sättet att arbeta med narkotikafrågor. Detta märks till exempel på att substitutionsbehandling med opiater och program för nål- och sprutbyte har blivit vanligare och nu finns i nästan alla EU-medlemsstater, även om det finns en avsevärd variation i fråga om hur omfattande insatserna är.

Internationell jämförelse av ungdomars narkotikaerfarenhet

Narkotikautvecklingen i Sverige under 1990-talet, med tonåringars och yngre vuxnas ökande benägenhet att pröva droger, följde i stora drag utvecklingen i många andra västländer. Ökningen för svensk del ägde dock rum från en internationellt sett låg nivå. Nedgången under 2000-talet går också att återfinna internationellt, t ex i USA.

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. En fjärde datainsamling genomfördes 2007 men siffrorna beräknas vara tillgängliga först 2009. I gruppenkätstudien har bl a frågor om narkotikaerfarenhet ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004).

I praktiskt taget samtliga 35 länder i 2003 års undersökning hade elever som prövat narkotika använt (åtminstone) cannabis. I Tjeckien hade hela 44% prövat narkotika och nivåerna var höga också i Frankrike, Irland, Isle of man, Schweiz och Förenade kungariket och låg mellan 38 och 41%. Lägst var de i Rumänien, Cypern, Turkiet och Grekland (3–6%). Genomsnittet för de deltagande länderna detta år var 22%. Pojkarna är normalt i majoritet men könsskillnaderna är små i de flesta länderna. Totalt hade 25% av pojkarna och 19% av flickorna prövat narkotika.

I diagram 36 (tabell 55) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

Som framgår har det inträffat konstanta uppgångar i sex av länderna i diagrammet och det gäller Portugal samt fem länder i Östeuropa. Inte i något land har det skett konstanta nedgångar alla tre åren men i Förenade kungariket, på Cypern och Färöarna var 2003 års värde lägre än det från 1995. Bara i Rumänien, Lettland och Norge var minskningen 2003 jämfört med 1999 större än tre procentenheter.

Narkotikautvecklingen

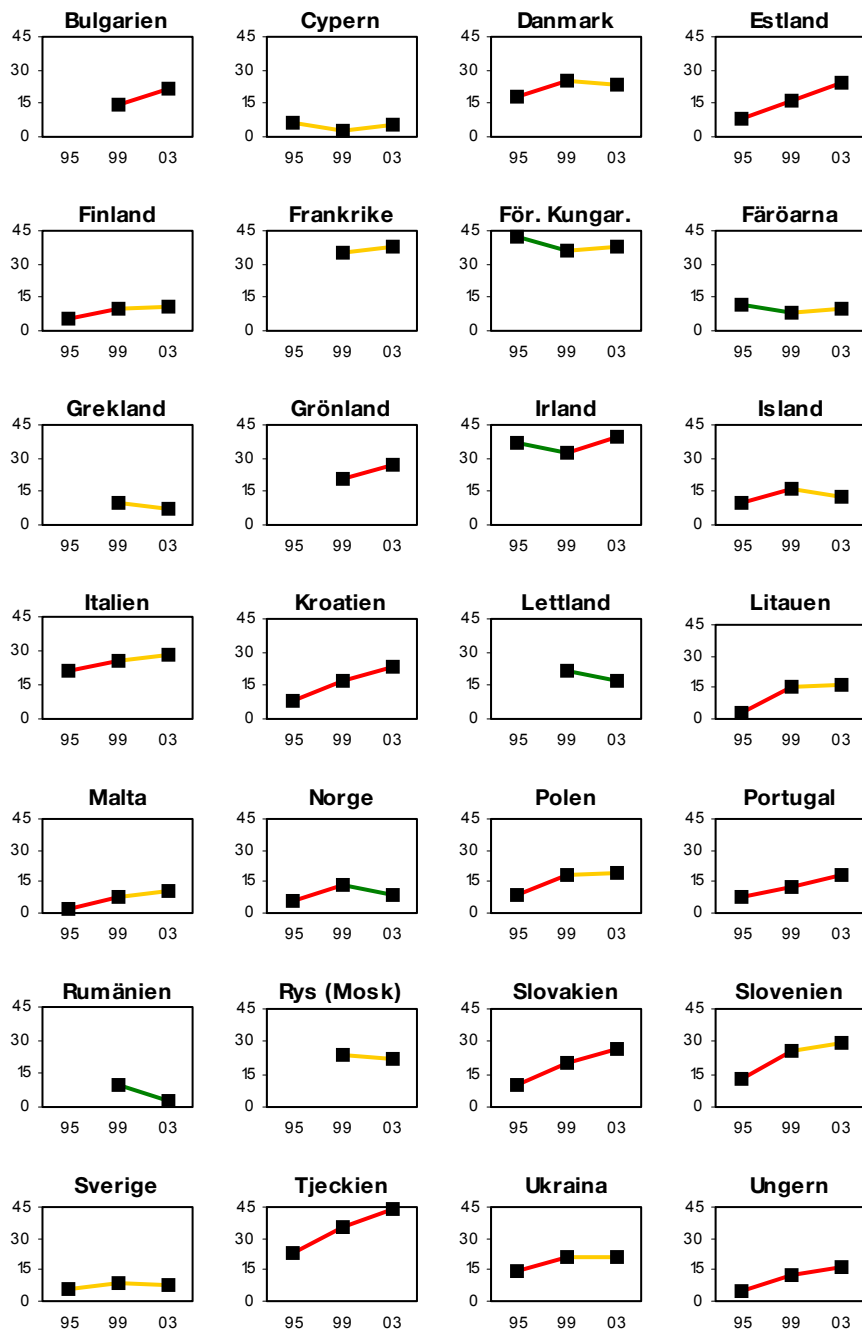


Diagram 36. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 55)

Även ECNN (2006) menar att tillgänglig information huvudsakligen pekar på uppgångar i cannabisanvändning, i synnerhet bland ungdomar, under 1990-talet i nästan alla EU-länder men att vissa tendenser till utplaning eller minskning kan skönjas i ett antal länder under 2000-talet, speciellt länder där cannabis förekommit sedan en tid.

I USA utförs sedan många år regelbundna undersökningar av skolelevers drogerfarenheter (Johnston et al 2008). Dessa ger vid handen att den uppgång som skedde under första hälften av 1990-talet därefter bröts och att andelen elever i (motsvarande) årskurs 9 som prövat narkotika låg runt 45% perioden 1996–2002. Därefter har andelen minskat och uppgick till 36% 2007.

I (motsvarande) gymnasiets andra årskurs ökade andelen i USA som prövat narkotika, från 41% 1992 till 55% 1999. Även i denna årskurs har siffran sedan sjunkit under 2000-talet (till 47% 2007). För gymnasieelevernas del finns data från 1975 och jämför man trenderna bland dessa med svenska mönstrande artonåringar finner man att likheterna i utvecklingen de både länderna emellan är slående. År 2007 svarade 17 respektive 22% i de nämnda amerikanska årskurserna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna.

Referenser

- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brå (2007). *Narkotikastatistik 2006*. Brå-rapport 2007:24. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brå (2006). *Narkotikastatistik 2005*. Brå-rapport 2006:8. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Ds 2004:6 (2004). *Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare*. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Ds S 1999:46 (1999). *Bostad sökes: en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet. Rapport till ESO – Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- Ds S 1977:8 (1977). *Undersökningar av narkotikavanor. En sammanställning från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- ECNN (2007). *Årsrapport 2007. Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- ECNN (2005). *Årsrapport 2005. Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- ECNN (2003). *Årsrapport 2003. Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- Folkhälsoinstitutet (1993). *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Fender E et al (2008). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2007*. Under arbete. Rapportserie nr 112. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Fender E och Nyström S (2008). *CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2007–2008*. Rapportserie nr 111. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Goldberg T (2005). *Samhället i narkotikan*. Solna: Academic Publishing of Sweden.

- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pampidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2008). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2007*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kassman A (1998). *Polisen och narkotikaproblemet. Från nationella aktioner mot narkotikaprofitörer till lokala insatser för att störa missbruket*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kriminalvården (2007). *Kriminalvård och statistik 2006*. Under arbete. Norrköping: Kriminalvården, Utvecklingsenheten.
- Kriminalvården (2007b). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2005-2006*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2005). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2004*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Lenke L och Olsson O (1996). *Sweden: Zero tolerance wins the argument?* Ur European drug policies and enforcement, Dorn N, Jepsen J och Savona E (red). Wiltshire.
- Lindén-Boström M, Persson C och Kjellin L (2006). *Narkotikasituationen i Örebro kommun och Örebro län*. Memento nr 37. Örebro: Psykiatriskt forskningscentrum.
- Länsstyrelsen i Skåne län (2005). *Skåne-UNO 2004. En kartläggning av narkotikamissbrukets omfattning*. Sociala frågor, Skåne i utveckling 2005:6. Kristianstad: Länsstyrelsen i Skåne län.
- Mobilisering mot narkotika (2005). *Överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel – analys och åtgärder*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Nilvall K (2005). *Narkotikaspaning på internet: Slutrapport Projekt Nicks*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport nr 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2008). *Den illegala drogsituationen i Sverige 2007*. Rapport 2007:7. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2005). *Narkotikasituationen i Sverige. Årsrapport 2004*. RKP/KUT Rapport 2005:6. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2002). *Effektivare arbete mot narkotika – vilka vägar leder till framgång?* Rapport 2002:15 RKP KUT. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.

Narkotikautvecklingen

SAMHSA (2007). *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National findings*. Rockville, MD: SAMHSA, Office of Applied Studies.

SCB (2005). *Illegal verksamhet – försöksberäkningar av prostitution, droger samt smuggling av alkohol och tobak*. SCB, NR-PM 2005:08.

Socialstyrelsen (2008). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2007*. Statistik, Socialtjänst 2008:4. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen (2004). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – ”IKB 2003”*. Statistik. Artikelnr 2004-125-3. www.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen (1999). *Hepatitis C. Strategidokument 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Fritzes.

SOU 2000:126 (2000). *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen. Stockholm: Fritzes.

SOU 1998:18 (1998). *En gräns – en myndighet?* Slutbetänkande av Utredningen om utvärdering av EU-medlemskapets effekter för Tullverkets dimensionering och organisation. Stockholm: Fritzes.

Svensson B och Kristiansen A (2004). *”Byråkrati och narkomani går inte ihop...” Livsvillkor och vårdfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. Rapport 1, 2004. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Svensson D (2000). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987–1994 – en registerstudie*. MAX-projektet, delrapport 2. Rapportserie nr 58. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

UNODC (2007). *World Drug Report 2007*. United Nations Office On Drugs and Crime.

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

www.emcdda.europa.eu (2007). *Nya och framväxande trender samt åtgärder mot nya droger*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Snifningsutvecklingen

Inledning

Sniffning som fenomen blev vanligare under 1950-talet, främst bland yngre tonåringar. Då var sniffning oftast liktydigt med inhalering av förtunningsmedel eller andra lättflyktiga kolväten, t ex toluen och xylen (finns i thinner), trikloretylen, bensen (finns i bensin), terpentiner och aceton. Butan- och propangas, som används i cigarettändare, har emellertid fått ökad användning som sniffningsmedel under senare år, liksom aerosoler, vilka tjänstgör som drivgas i sprayburkar.

Sniffning kan ge skador på både kort och lång sikt. Risken för överdosering är stor, sniffning kan leda till medvetslöshet och dödsfall inträffar.

I januari 1961 förbjöds försäljning av thinner till personer under 18 år (SFS 1960:625). Sjutton år senare kom en ny förordning där det bl a sägs att flyktiga lösningsmedel ”skall förvaras på ett sådant sätt att dess användning i berusningssyfte hindras eller motverkas. Vara får ej försäljas, när det kan antagas att varan förvärvas för att användas som berusningsmedel” (SFS 1977:944). Senare har vissa smärre ändringar gjorts (SFS 1985:854).

Enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), kan tvångsvård beslutas, inte bara på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk, utan även till följd av missbruk av ”annat liknande beroendeframkallande medel”. Det innebär i praktiken att det förekommer att missbrukare av sniffningsmedel också tvångsvårdas.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

De bästa kunskapskällorna om sniffningens utveckling och omfattning bland ungdomar utgörs av CANs regelbundna skolundersökningar (Hvitfeldt och Nyström 2008) samt av mönstringsundersökningen bland 18-åriga män (Guttormsson 2007), vilka beskrivs närmare i metodkapitlet.

I tabell 90 och diagram 37 redovisas andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång. Frågeformuleringen ändrades så pass mycket 1983 att hälften av

Sniffningsutvecklingen

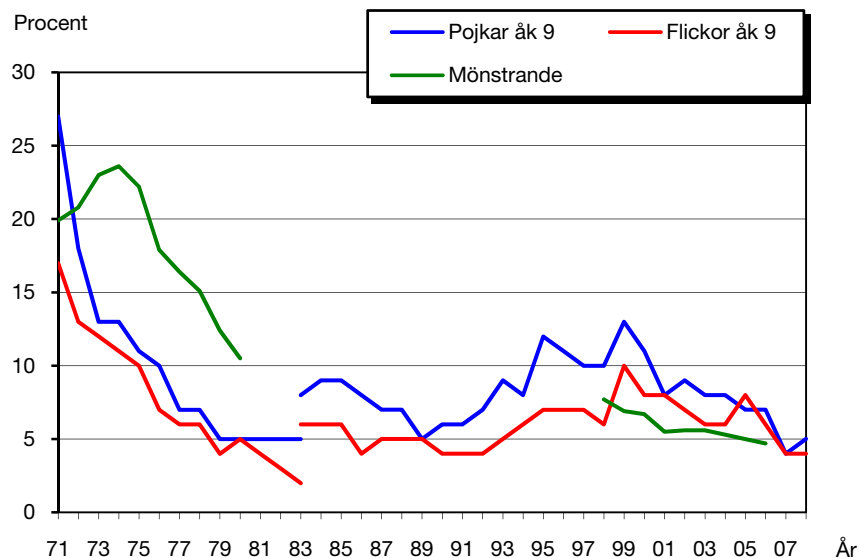


Diagram 37. Andelen elever i årskurs 9 respektive mönstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2008. (Tabellerna 90 och 92)

eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya för att utröna hur detta påverkade svaren. Två värden återges för detta år och svarsmönstret antog som synes en högre nivå med den nya frågeformuleringen. Detta innebär att 1970-talets nivåer i jämförelse med dagens i själva verket var ännu högre.

Under hela 1970-talet skedde en markant nedgång av sniffningen, vilken fortsatte även under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter tämligen ovanliga; då svarade ca 5% av eleverna att de prövat att sniffa. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka och 2008 uppger ca 5% av eleverna sådana erfarenheter. Även om situationen var den omvända 2005 är det normalt något vanligare med sniffningserfarenheter bland pojkarna än bland flickorna.

Sniffningsfrågans svarsalternativ ändrades inför skolundersökningarna 2007 för såväl årskurs 9 som gymnasiet, detta kan möjligen påverka jämförbarheten med tidigare år.

Av tabell 90 framgår även hur många elever som sagt att de fortfarande sniffar för åren 1986–2006. De följande åren efter 1986 uppgav endast någon procent att de fortfarande sniffar, men 1995–2006 låg andelen på ca 2%. Mera regelbunden sniffning hos skoleleverna var mellan åren 1986–2006 alltså relativt ovanlig och på ungefär samma nivå som att ha använt narkotika under de senaste 30 dagarna. Kategorin lim/klistor är ofta den vanligaste

gruppen av sniffningsmedel, därefter kommer bensin/diesel och butangas/tändargas.

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de mönstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna sjönk nivåerna relativt kraftigt mot slutet av 1970-talet. Åren 1998–2006 har andelarna legat klart lägre än på 1970-talet, och dessutom minskat – från ca 8 till 5%.

I CANs gymnasieundersökningar i årskurs 2 från 2004–2007 är det ca 7% av pojkarna och 5% av flickorna som svarar att de sniffat, varav ca hälften bara gjort det en gång samtidigt som någon enstaka procent säger att de fortfarande sniffar. Vid 2008 års undersökning var det lika stor andel pojkar som flickor som svarat att de någon gång sniffat (5%).

Värt att notera är att gymnasieeleverna ibland rapporterar lägre livstidsprevalenssiffror för sniffning jämfört med elever i årskurs 9. Eftersom undersökningarna bygger på samma frågor och metodik i båda åldersgrupperna antyder det att sniffning kan vara ett fenomen som förtigs, glöms bort eller omvärderas allteftersom ungdomarna blir äldre. Det kan även förklaras med att ungdomar med sniffningserfarenhet inte studerar vidare efter grundskolan i samma utsträckning som de utan sniffningserfarenhet. Liknande fenomen vad gäller rapportering av sniffning återfinns i nationella skolundersökningar i USA (Johnston et al 2008).

Totalt 3% av 16–24-åriga ungdomar i riksrepresentativa telefonintervjuer från 1998 respektive 2003 svarade att de sniffat någon gång (Guttormsson et al 2004). Liksom i gymnasieundersökningarna var det något fler män än kvinnor som uppgav detta. Värdena är klart lägre än i mönstringsundersökningarna, som i sin tur låg lägre än undersökningarna i nian. Detta kan bero på att såväl undersökningsmetodik som frågeformuleringar skiljer sig åt. Vad gäller metodiken har frågans formulering och eventuella preparatexempel visat sig vara avgörande för svarens utseende då sniffning som begrepp uppenbarligen ger utrymme för subjektiva uppfattningar.

Vuxna

Kunskaper om omfattningen av missbruk av sniffningsmedel bland vuxna är tämligen begränsad. 1985 gjordes ett försök till kartläggning då Socialstyrelsen skickade ut en enkät till socialförvaltningarna i landets samtliga kommuner. Av denna framkom att antalet vuxna sniffningsmissbrukare som bedömts vara i behov av institutionsvård under en ettårsperiod uppgick till sammanlagt ca 70 personer. Denna siffra antogs vara en underskattning p g a bortfall och mörkertal (Socialdepartementet 1987).

I tabell 39 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2007 har antalet tvångsvår-

Sniffningsutvecklingen

dade en viss dag minskat från ca 750 till runt 260. De senaste sju åren har andelen tvångsvårdade där sniffning varit en del av missbruket uppgått till någon enstaka procent, medan motsvarande andel låg runt 3% i tidigare mätningar. Under 2007 var det endast en person som fick LVM-vård enbart för lösningsmedelsmissbruk, av totalt 1 086, och i ytterligare tre fall förekom det i kombination med andra droger.

År 1992 och 1998 genomfördes undersökningar om narkotikamissbrukets omfattning i Sverige (Olsson et al 2001). Antalet personer med tungt narkotikamissbruk beräknades till 19 000 respektive 26 000 dessa år. I studierna ingick en fråga om missbruk av ”lösningsmedel (thinner, gas, bensin)” förekommit de senaste 12 månaderna. År 1992 uppgavs för en procent av de tunga missbrukarna att sniffning förekommit, och motsvarande siffra för 1998 var 2%. Det är emellertid okänt vilken betydelse sniffningen har för missbruket som helhet, liksom det är oklart vilken kunskap rapportörerna egentligen har beträffande förekomsten av missbruk av lösningsmedel hos vuxna. Dock kan det konstateras att andelen med sniffningsproblematik i dessa kartläggningar var lika låg som bland LVM-vårdade.

Könsskillnader

Kartläggningen av sniffning som görs bland ungdomar genom CANs årliga skolundersökning, visar att bortsett från något år så har pojkarna i årskurs 9 alltid haft en högre prevalens än flickorna. Skillnaderna är mycket små och det går inte att utläsa någon skillnad mellan de pojkar och flickor som uppgett att de fortfarande sniffar.

Bland gymnasieelever i årskurs 2 är det normalt fler pojkar än flickor som både uppger att de har sniffat någon gång samt att de fortfarande sniffar. Förekomsten av sniffning bland vuxna är inget som regelbundet undersöks och med de begränsade uppgifter som finns, är det mycket svårt att säga något om könsskillnader i befolkningen i allmänhet.

Regionala skillnader

Tabell 18 visar sniffningserfarenheten hos skolelever i årskurs 9 respektive gymnasiets årskurs 2 i genomsnitt för perioden 2006–2008 fördelad på olika regioner (urvalet är för litet för att redovisa enstaka år liksom för län med liten befolkning). Enligt tabellen var inte de regionala skillnaderna i sniffningserfarenheter särskilt stora. En liten skillnad var att bland gymnasiepojkarna var sniffningserfarenheten något förhöjd i de tre storstadslänen jämfört med övriga länsgrupperingar.

Enligt mönstringsundersökningen har sniffningserfarenheten tidigare tydligt avtagit med minskande befolkningstäthet men sedan ett par år är skillnaden

mellan storstadsområden, tätorter och landsbygd i likhet med skolundersökningen tämligen liten. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 21 visar dock på en regional spridning då vissa län hade väsentligt högre värden. År 2006 återfanns de högsta siffrorna i Norrbottens, Gävleborgs och Jämtlands län (ca 8%) och de lägsta i Jönköpings och Hallands län (ca 3%).

Några av dessa län har även tidigare år utgjort ytterligheterna vad gäller sniffning bland mönstrande och sammantaget kan man säga att sniffningserfarenheten i mönstringsundersökningarna ofta ligger på eller över riksgenomsnittet från Dalälven och uppåt, medan det är mindre vanligt med sniffning i södra Sverige.

Sociala faktorer

Det råder brist på undersökningar om sniffning i olika sociala grupper. Mönstringsundersökningen ger dock exempelvis en viss möjlighet att studera sniffningens samband med några sociala faktorer.

År 1999 var det betydligt vanligare att ha sniffat bland mönstrande med enbart grundskoleutbildning, jämfört med dem med (pågående) gymnasieutbildning (20 respektive 6%). Sysselsättning omfrågades 2005 och erfarenhet av sniffning var då vanligast bland dem som vare sig studerade eller arbetade (15%) och minst vanlig bland dem som studerade (4%). I 2003 års studie framkom också att sniffningserfarenheter var vanligare bland mönstrande vars båda föräldrar inte hade högre utbildning än grundskola, jämfört med dem som hade högskoleutbildade föräldrar (7 resp 3%). Beträffande utländsk bakgrund framträdde i 2005 års undersökning inga skillnader jämfört med dem med svensk bakgrund.

I 2004 års undersökning i årskurs 9 uppgav 17% av eleverna som trivdes dåligt i skolan att de hade sniffat, jämfört med 6% bland dem som trivdes bra. Sniffning var även vanligare bland dem som skolkade någon gång i månaden eller oftare, jämfört med dem som aldrig skolkade (17 jämfört med 3%).

Även i undersökningen bland ungdomar 16–24 år från 2003 framkom att de som var 21 år och äldre och vare sig arbetade eller studerade hade dubbelt så omfattande sniffningserfarenheter som andra. Utbildningsnivån samvarierade också med sniffning då de som hade grundskola eller individuellt gymnasieprogram som högsta utbildning uppgav dubbelt så hög sniffningserfarenhet som andra.

Det är även känt från flera studier att sniffningserfarenheter samvarierar starkt med andra drogvanor; har man sniffat är sannolikheten också stor att man röker, har prövat narkotika och har en omfattande alkoholkonsumtion o s v.

Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. En fjärde datainsamling genomfördes 2007 men siffrorna beräknas vara tillgängliga först 2009. I gruppenkätstudien har bl a frågor om sniffningserfarenhet ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004).

I 2003 års undersökning är andelen elever som rapporterat sniffningserfarenhet högst på Grönland (22%). Andra länder med höga nivåer är Cypern, Grekland, Irland, Isle of Man, Malta och Slovenien (15–19%). De lägsta värdena påträffades i Rumänien och Bulgarien (2–3%).

Könsskillnaderna var mycket små. I majoriteten av länderna var skillnaderna praktiskt taget obefintliga. Pojkarna rapporterade dock högre nivåer i fem länder medan flickorna bara gjorde detta i ett land (Irland).

I diagram 38 (tabell 55) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

På det hela taget är situationen relativt oförändrad för de flesta länder i diagrammet, men i tre länder (Cypern, Färöarna och Portugal) hade den försämrats 2003 mot föregående mätning. Irland och Litauen uppvisar tvärtom nedgångar jämfört med 1999, och Litauen även mot 1995.

Data från nationella skolundersökningar i åldern 15–16 år i USA visar att sniffningserfarenheten ökade från 16 till 19% mellan 1991 och 1996, men att den därefter minskat till 14% 2007 (Johnston et al 2008).

Sniffningsutvecklingen

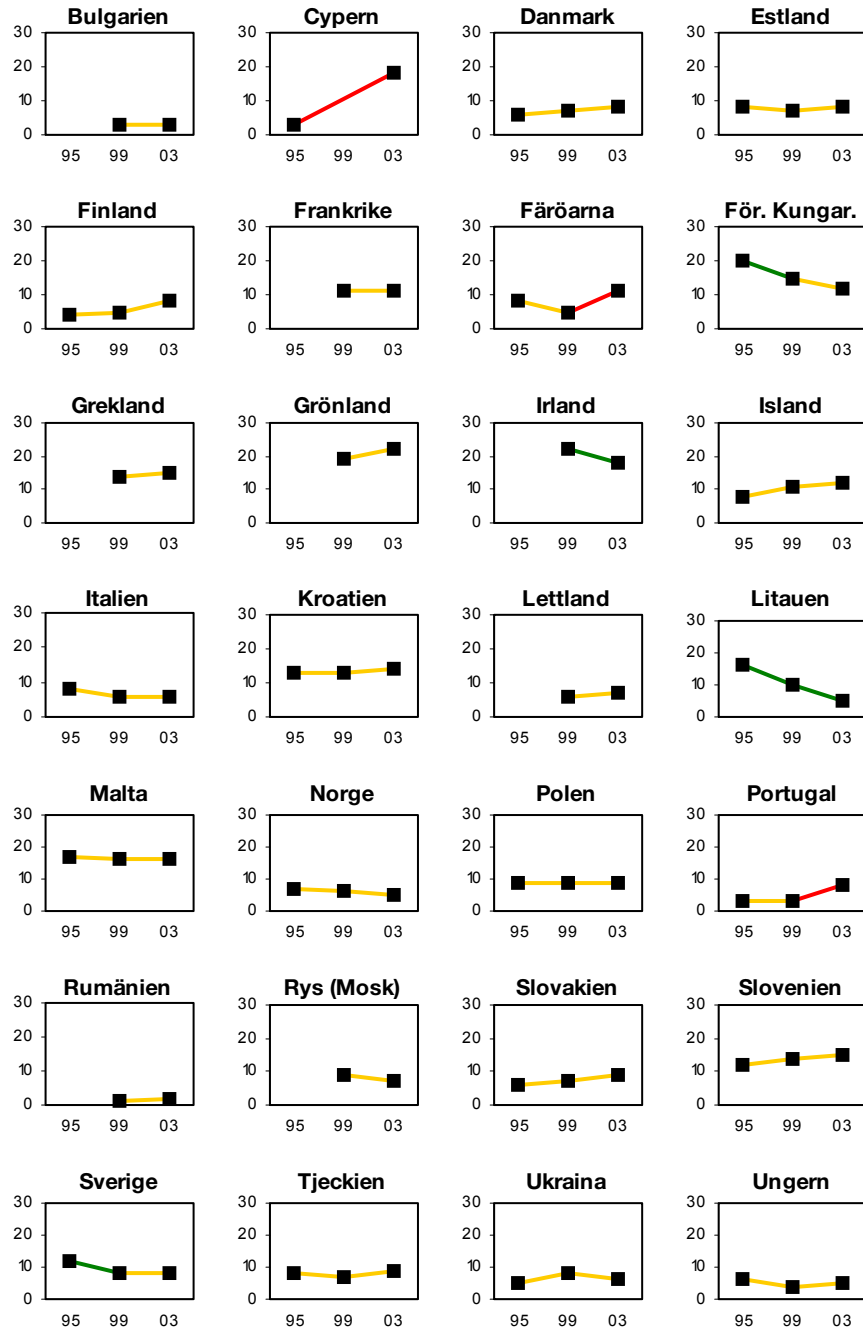


Diagram 38. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång sniffat. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 55)

Referenser

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

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

Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.

Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2008). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2007*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

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

Socialdepartementet (1987). *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av socialberedningen. SOU 1987:22. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Socialstyrelsen (2007). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2006*. Statistik, Socialtjänst 2007:5 Stockholm: Socialstyrelsen.

Dopningsutvecklingen

Inledning

Under 1990-talets början kom dopning som fenomen och användandet av dopningspreparat att uppmärksammas alltmer eftersom det blev uppenbart att användandet av sådana preparat inte längre var begränsat enbart till idrottsrörelsen utan även fanns i andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym.

Riksidrottsförbundet avser med dopning ”dels bruk av substanser, dels användande av metoder som enligt internationella olympiska kommittén (IOK), eller av internationella specialförbund därutöver, ansetts vara doping.” Listan på förbjudna substanser, som är framtagen av Apoteksbolaget och Riksidrottsförbundet (med ledning av IOKs lista), upptar en mängd preparat och läkemedel vilka indelas i följande klasser: Stimulantia, narkotiska analgetika, anabola steroider, diuretika samt peptidhormoner och analoger till dessa.

Vid halvårsskiftet 1992 trädde Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel (SFS 1991:1969) i kraft. Den gäller all hantering av syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon samt preparat som påverkar kroppens egen produktion av testosteron samt tillväxthormon och berör således ett begränsat antal medel jämfört med vad som betraktas som dopningsmedel ur ett idrottsligt perspektiv. I linje med propositionen Åtgärder mot dopning (1998/99:3), byggd på förslag från Utredningen om dopning (SOU 1996:126), kriminaliserades den 1 april 1999 även bruket av sådana preparat. Samtidigt skärptes straffskalan, från två till maximalt fyra års fängelse, i och med införandet av grovt dopningsbrott.

Övriga dopningspreparat kontrolleras av varusmuggnings-, läkemedels-, och/eller narkotikalagstiftningen. I det följande kapitlet kommer huvudsakligen de av Dopningslagen kontrollerade hormonpreparaten att behandlas.

Den nationella narkotikasamordnaren har genom ett tilläggsdirektiv (Dir. S 2006:76) fått i uppdrag att förstärka insatserna mot dopning. Enligt direktivet ska narkotikasamordnaren uppmärksamma dopningsproblemet och genomföra insatser för att begränsa utbudet samt efterfrågan av dopningsmedel.

I december 2006 lämnade narkotikasamordnaren in en aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat till äldre- och folkhälsoministern. Aktionsplanen in-

nehöll förslag till åtgärder och insatser för att minska utbudet och efterfrågan av hormonpreparat som används i dopningssyfte.

I januari 2008 förflyttades ansvaret för att genomföra de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna från Alkoholkommittén och narkotikasamordnaren till att ligga på berörda myndigheter. I samband med detta beslutade regeringen att skapa en särskild samordningsfunktion i Regeringskansliet för att samordna alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Den nya samordningen inrymmer med andra ord arbetet för ett samhälle fritt från dopning.

Beslags- och kriminalstatistik

Merparten av de hormondopningsmedel som illegalt finns tillgängliga i Sverige har smugglats in i landet. Av tabell 93 framgår tullens och polisens beslag av sådana preparat. Även om vissa fluktuationer förekommit sedan statistiken började föras 1993 så står det klart att de senare årens beslag ligger på en hög nivå jämfört med tidigare. Av diagram 39 framgår att antalet beslag ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1998 (detta år gjordes en statistikomläggning varför linjen i diagrammet brutits). År 2007 uppgick tullens och polisens samlade beslag till över 1 500 stycken.

Beslagens omfattning har fluktuerat och 2007 togs drygt 230 000 tabletter vilket är under medel jämfört med perioden 2000–2006. Det var däremot ett rekordstort beslag av injektionsvätska (74 liter) år 2007.

Sedan 1993, året efter dopningslagens tillkomst, finns helårsstatistik rörande brott mot dopningslagen (tabell 94). Antalet anmälningar för dopningsbrott var relativt många detta år och uppgick till 564. Därefter sjönk de till knappt 300 år 1998 men har därefter ökat kraftigt till över 1 400 under 2007 (diagram 39).

Sedan 1999 har antalet misstänkta samt antalet lagförda brott tredubblats, 2007 lagfördes 676 brott mot dopningslagen (både bi- och huvudbrott). De senaste åren har dopningsbrottet utgjort huvudbrottet i en tredjedel av fallen, dvs den allvarligaste eller den enda brottsligheten i domen. Under 1990-talet var denna andel högre och låg då runt 40–50%. Antal personer som lagförts för brott mot dopningslagen (huvudbrott) har inte ökat lika mycket, 2007 lagfördes 218 personer vilket var dubbelt så många som i början av 2000-talet.

Kvinnor förekommer sällan i dopningsbrottslighet. Endast ca 2% av alla misstänkta för dopningsbrott är kvinnor (tabell 94). Av efterföljande tabell (och diagram 40) framgår att merparten av dem som misstänkts för dopningsbrott är i 20–29-årsåldern. Denna andel har ökat, från drygt hälften

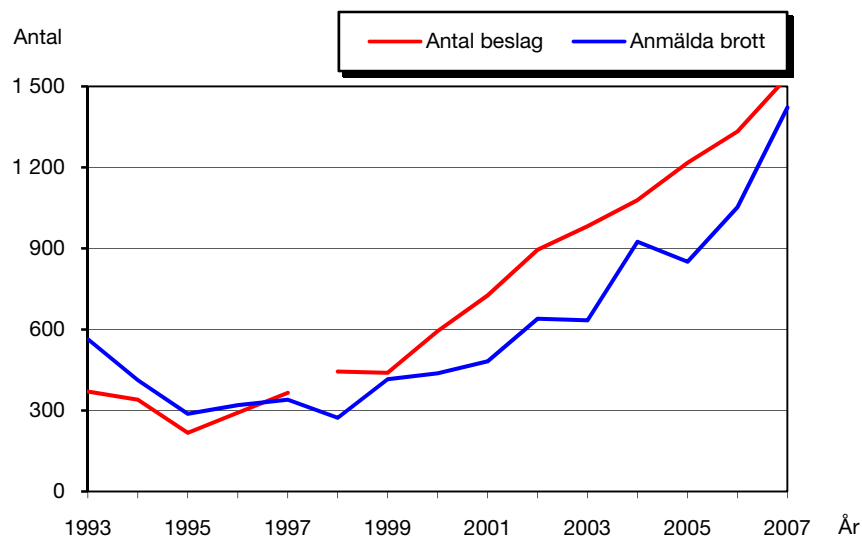


Diagram 39. Antal beslag av dopningspreparat av polisen och tullen samt antal anmälda dopningsbrott. 1993–2007. (Tabellerna 93 och 94)

1993–1998 till två tredjedelar 1999–2007. År 2007 var 13% av de misstänkta yngre än 20 år och 6% var 40 år eller äldre. Jämfört med 1990-talet har andelen yngre dopningsbrottsmisstänkta minskat.

Dopningsbrott påstås ibland ha lägre prioritet än narkotikabrott och beslagen antas ske mera slumpmässigt eller som bieffekter av annan brottsbekämpning. Lagstiftning, statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper har successivt förändrats. Detta bör beaktas vid tolkningen av kriminalstatistiken.

Utvecklingen enligt frågeundersökningar

Omfattning av dopningserfarenheten

I Sverige finns en telefonjour för dopningsmissbrukare och de samtal som gällde eget missbruk 1999–2004 kom till 95% från män i åldern 17 till 34 år och merparten var i tidiga 20-årsåldern (Thurelius et al 2005). Även i föregående avsnitt framkom denna bild, d v s att det främst är yngre män som befattar sig med hormondopningsmedel.

För att få en uppfattning om olika drogers utbredning i samhället och i olika befolkningsgrupper använder man ofta frågeundersökningar som komplement till övriga indikatorer och källor. Sedan 1993 har frågor om dopningsmedel inkluderats i CANs skolundersökningar (Hvitfeldt och Nyström 2008),

Dopningsutvecklingen

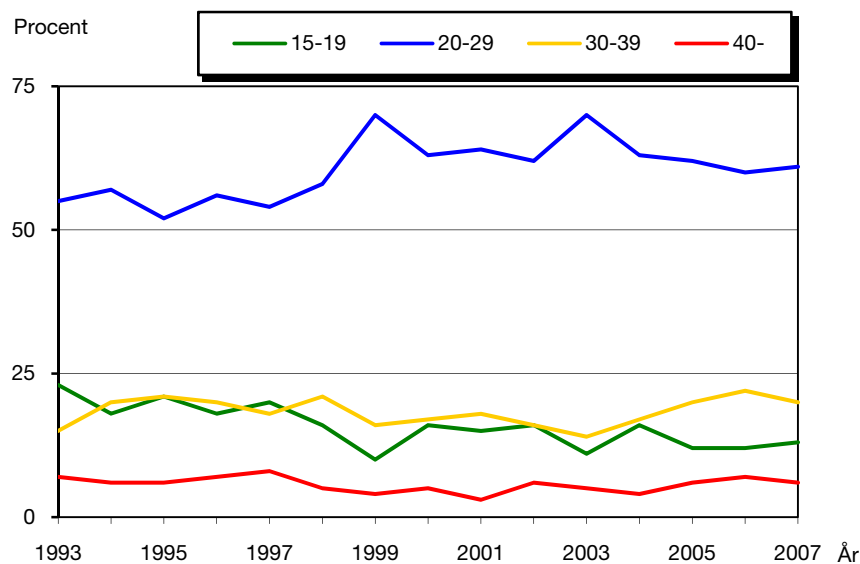


Diagram 40. Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2007. (Tabell 95)

liksom i riksrepresentativa intervjuundersökningar som genomförts i befolkningen och fr o m 1994 även i mönstringsundersökningarna (Guttormsson 2007). En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet.

Under åren 1993–2008 har i genomsnitt 1% av pojkarna och färre än 0,5% av flickorna i årskurs 9 svarat att de någon gång prövat anabola steroider (tabell 96). I 2004 års skolundersökning ändrades frågeställningen, något som möjligen förklarar att värdena sedan detta år oftare legat på 2 respektive 1%.

En motsvarande utveckling med (något) förhöjda värden under senare år går inte att finna i undersökningen bland mönstrande artonåriga män. Tvärtom har andelen mönstrande som prövat anabola steroider minskat från 1,4 till 0,6% mellan 1994 och 2006 (tabell 98). År 2004 påbörjades en serie riksrepresentativa drogvaneundersökningar i gymnasiets årskurs 2 och bland dessa elever har enligt tabell 97 mellan 1–2% av männen och 0–1% av kvinnorna svarat att de någon gång prövat anabola steroider (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Även i riksrepresentativa telefonintervjuer mellan 1993 och 2003 med ungdomar 16–24 år har omkring 1% av männen uppgett erfarenhet av anabola steroider (tabell 99), liksom de 18–30-åriga männen i dopningsutredningens telefonintervju som TEMO utförde med 10 000 respondenter under 1995

(Guttormsson et al 2004 respektive Utredningen om dopning 1996). Enligt intervjuer med den vuxna befolkningen (15–75 år) mellan 1993 och 2000 har någon procent av männen 15–49 år svarat att de använt anabola steroider (tabell 92).

Under hösten 2007 och våren 2008 genomförde STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) en frågeundersökning om dopningserfarenhet (Leifman och Rehnman 2008). Studien inriktade sig på Stockholm och halva urvalet (5 000 personer) härrör därför från Stockholm och den andra halvan från övriga Sverige. Urvalet bestod av hälften kvinnor och hälften män mellan åldrarna 18–50 år. Med en svarsfrekvens på ca 30% visade studien att 0,3% någon gång har använt anabola steroider eller tillväxthormon utan läkares inrådan. Det var nästan enbart män som uppgett att de någon gång använt sådana preparat. På grund av den låga svarsfrekvensen gjordes en bortfallsanalys och med den inräknad så hamnar andelen som någon gång tagit ett dopningspreparat inom ett konfidensintervall på 0,5–1,1%. Även enligt denna studie är med andra ord dopningserfarenheten mycket låg och vanligast bland män när det väl förekommer.

I studien ställdes även en fråga om erfarenhet av att bli erbjuden att prova anabola steroider, tillväxthormon eller annat dopningspreparat. Av männen svarade 8% att de hade det, bland kvinnorna var det en markant lägre andel, 1%.

Av bl a mönstringsundersökningarna, den omfattande TEMO-studien från 1995 samt av skolundersökningarna framgår att majoriteten med erfarenhet av anabola steroider säger att de använt preparaten i mycket begränsad omfattning, oftast bara vid något enstaka tillfälle. I undersökningar där man frågat om aktuellt eller pågående bruk är det ytterst få som uppger detta.

Erfarenheten av tillväxthormon är mer begränsad jämfört med anabola steroider. Av flera olika undersökningar har framgått att tillväxthormon förväxlats med andra medel (som t ex kosttillskott). Inte i någon av de undersökningar där det av frågeformuleringen klargjorts att tillväxthormon måste injiceras når andelen män med sådan erfarenhet 1%, varför frågan numera ofta utesluts i intervjuundersökningar.

Det får således konstateras att under de år man frågat om anabola steroider svarar runt 1% av männen att de prövat detta. Förutsatt att rapporteringsbenägenheten är ungefär densamma för anabola steroider som för narkotika, visar studierna att det normalt är 5–20 gånger fler pojkar/män som har prövat narkotika.

Könsskillnader

Skolundersökningarna visar att i både årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 är det vanligare att pojkar någon gång prövat anabola steroider än att flickor har gjort det.

I den vuxna befolkningen kan brottsstatistiken ge en indikation på hur förhållandet mellan män och kvinnor ser ut. Kvinnor förekommer väldigt sällan i dopningsbrottslighet, i genomsnitt är bara två av alla misstänkta för dopningsbrott perioden 1993–2007, kvinnor. Merparten av de som misstänks för dopningsbrott är män i tjugoårsåldern, ett mönster som styrks av att 95% av samtalen om eget missbruk till telefonjouren för dopningsmissbrukare är från yngre män (17–34 år).

Även telefonintervjuundersökningar genomförda av SKOP och TEMO samt STAD-studien visar på att dopningserfarenhet är vanligare bland män än bland kvinnor.

Regionala skillnader

Av såväl skol- som mönstringsundersökningarna samt vuxen- och ungdomsundersökningarna framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela landet. Samtidigt är det få respondenter som uppger erfarenhet av detta, vilket gör det svårt att påvisa eventuella regionala variationer. Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 för perioden 2006–2008 varierar andelen steroiderna bland pojkarna i de båda årskurserna mellan 1–3% i olika regioner, och för flickorna är motsvarande värden 0–1% (tabell 18). Dessa värden skiljer sig så lite från riksgenomsnittet att det inte går att hävda att det finns några säkra regionala avvikelser från riksnivån. Även i ungdomsundersökningen bland 16–24-åringar från 2003 var spridningen relativt jämn i olika regioner.

Enligt mönstringsundersökningen avtar dock erfarenheten av anabola steroider något med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna är det normalt dubbelt så höga andelar som prövat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna (Guttormsson 2007). På grund av det stora antalet tillfrågade i mönstringsundersökningen (runt 40 000 varje år) tillåter denna studie dessutom presentationer på länsnivå (tabell 21). Det framgår av tabellen att värdena år 2006 varierade mellan 0,1 och 1,5% och att de var lägst i Halland, Uppsala samt Örebro och allra högst i Gävleborg.

Dopningsutredningens TEMO-undersökning från 1995 var också så pass omfattande att regionala nedbrytningar möjliggjordes och sett till H-regioner var spridningen av erfarenheten av anabola steroider i riket tämligen jämn bland de 18–30-åriga männen. Steroiderfarenheten översteg heller inte 2% i något enskilt län.

Sociala faktorer

I dopningsutredningens omfattande studie var andelarna som prövat anabola steroider något förhöjda i den grupp som innehöll arbetslösa och i den grupp som enbart hade grundskoleutbildning. I den förstnämnda gruppen uppgick andelen till 3% och i den andra till 2%, vilket skall jämföras med 1% bland samtliga tillfrågade.

Bland dem som studerade vid mönstringstillfället har 0,5% prövat anabola steroider medan motsvarande värden var 2 respektive 3% för dem som arbetade respektive inte gjorde någotdera (2006 års undersökning). Även sett till föräldrarnas utbildning framkom skillnader i 2003 års studie: 0,4% av dem med högskoleutbildade föräldrar hade prövat anabola steroider jämfört med 1,3% bland dem vars föräldrar hade högst grundskoleutbildning. Bland mönstrande med utländsk bakgrund (utlandsfödd eller utlandsfödd förälder) är det något vanligare med dopningserfarenheter jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar.

Samband med andra droger

Eftersom dopning uppges förekomma bl a hos vissa som tränar eller till och med elitidrottare kan det vara intressant att belysa hur det förhåller sig med övriga drogvanor. I de ovan refererade studierna framkommer tydliga samband mellan hormondopningserfarenhet å ena sidan och annan drogerfarenhet å den andra bland ungdomarna.

Av de pojkar i 1994 års gymnasiestudie som använt hormonpreparat uppgav närmare hälften att de använt narkotika. I dopningsutredningens TEMO-studie uppgavs detta av en tredjedel. Bland mönstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider över 70%, och en lika stor andel var dessutom rökare (2006 års studie). Av bl a gymnasie- och mönstringsundersökningarna framgår att sambandet också gäller omfattande konsumtion av alkohol och erfarenhet av snifningsmedel.

Många ungdomar som prövat anabola steroider tycks således återfinnas bland dem som allmänt är benägna att pröva och använda droger. Samtidigt utesluter inte detta att det finns grupper av regelbundna dopningsanvändare som är återhållsamma med alkohol och andra droger.

Internationell jämförelse av dopningserfarenheten

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den sameuropeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. En fjärde datainsamling genomfördes 2007 men siffrorna beräknas vara tillgängliga först 2009. I enkäterna har bl a frågor om erfarenhet av anabola steroider ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004). Frågan har ändrats mellan undersökningarna, men är relativt jämförbar mellan 1999 och 2003.

Inledningsvis kan sägas att det var tämligen få flickor som uppgav erfarenhet av anabola steroider såväl 1999 som 2003, i genomsnitt 1% jämfört med 2% bland pojkarna. Endast i tre länder (Isle of man, Irland och Turkiet) översteg siffran 1%.

Av de elva länder som 1999 hade värden på 2% eller över låg sju i östra Europa, och 2003 var motsvarande förhållande sex av nio. Polen, Bulgarien, Irland och Kroatien låg högt båda åren och 2003 uppvisade nytillkomna Turkiet ett av de högsta värdena (3%).

I USA finns data om erfarenhet av anabola steroider från nationella skolundersökningar sedan 1991 och således kan den långsiktiga utvecklingen följas. Bland elever i motsvarande årskurs 9 svarar perioden 1991–2007 årligen ca 2% att de prövat medlet, med undantag för en puckel runt 3–4% perioden 1999–2003. Utvecklingen bland de två år äldre ungdomarna i 12th grade – motsvarande år 2 i svenska gymnasiet – är likartad men ligger på en något högre nivå (Johnston et al 2008).

Således är erfarenheten av anabola steroider bland ungdomar (och yngre vuxna) lägre i Sverige än i USA, och mera likartad den i flera västeuropeiska länder. Sverige tycks också sakna den topp runt millennieskiftet som noterats i USA.

Referenser

- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2008). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2007*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Leifman H och Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat (preliminär version)*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.
- Regeringens proposition 1998/99:3. *Åtgärder mot dopning*. Stockholm: Elanders.
- Thurelius A-M, Bäckström Rams C och Toll M (2005). *Dopning – fakta och erfarenhet av missbruk*. Stockholm: Gothia.
- Utredningen om dopning (1996). *Doping i folkhälsoperspektiv*. SOU 1996:126. Stockholm: Socialdepartementet.

Tobaksutvecklingen

Inledning

Beskrivningen av tobaksutvecklingen görs huvudsakligen med hjälp av information om försäljningen av tobaksprodukter samt med data från ett antal frågeundersökningar vilka belyser konsumtionens utveckling och fördelning inom olika grupper. En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet. Inledningsvis återges några viktigare tobakspolitiska händelser och beslut.

År 1915 förstatligades all svensk tobaksindustri genom inrättandet av AB Svenska Tobaksmonopolet och 1942 utvidgades monopolet till att även omfatta import (Loewe 1990). Under 1960-talets början avskaffades det statliga tobaksmonopolet gradvis och Svenska Tobaks AB bildades 1961. Även import- och detaljhandelsmonopolen avskaffades och i slutet av 1960-talet var tobaksnäringen fri (Magnusson och Nordgren 1994).

Socialstyrelsen publicerade under 1970-talets början en rapport som bl a hävdade att rökning som sjukdomsorsak ”väger nu så tungt och expanderar nu så snabbt att samhället måste ingripa med full kraft”. Ett omfattande 25-årsprogram mot tobak föreslogs (Socialstyrelsen 1974). Senare under 1970-talet infördes bl a restriktioner mot tobaksreklam och en lag tillkom om obligatoriska varningstexter på tobaksförpackningar respektive innehållsdeklARATIONER på cigarettpaket (Magnusson och Nordgren 1994).

År 1993 infördes Tobakslagen (1993:581), som bygger på betänkandet ”Tobakslag” (SOU 1990:29). Denna innehåller bl a regler om rökfria miljöer men också nya bestämmelser om reklamrestriktioner och varningstexter. Lagen skärptes 1994, då förbud mot tobaksreklam i pressen infördes, och 1997 då försäljning av tobaksvaror till personer under 18 år förbjöds.

Under 1990-talet användes tobaksskatten i högre grad än tidigare i konsumtionsdämpande syfte. Större skattehöjningar genomfördes 1997 i syfte att förverkliga ett EG-direktiv enligt vilket punktskatten på cigaretter måste utgöra minst 57% av konsumentpriset. Indikationer på en ökande svart marknad för smuggelcigaretter ledde dock till en sänkning under 1998. Under våren 2002 ändrades punktskattedirektivet så att länder som redan har punktskatter över en viss nivå inte behöver uppfylla 57-procentskravet.

Tobaksutvecklingen

Varningstexterna på cigarettpaket gjordes avsevärt större 2001 och skall nu täcka 30 respektive 40% av cigarettpaketens fram- och baksida. I Sverige har direktivet också uppmärksammats för att varningstexten på snus ändras till: ”Denna tobaksprodukt kan skada din hälsa och orsakar beroende.” I direktivet behölls förbudet mot snus inom EU (utom Sverige). Detta har prövats i EG-domstolen som upprätthöll förbudet.

Under de senaste åren har åter flera skärpningar av tobakslagen skett. Bl a infördes år 2002 ett förbud mot sk indirekt tobaksreklam samt skyldighet för den som säljer tobak att anmäla detta till kommunen, som också gavs rätt att ta ut avgift för sin tillsyn över tobakshandeln. Den 1 juni 2005 infördes rökförbud på restauranger och andra serveringar. Ytterligare skärpningar av tobakslagen trädde i kraft 1 juli 2005, bl a förbjöds tobaksreklam utanför säljställen samt försäljning av cigaretter styckevis eller i paket om färre än nitton. Övergångsperioden för dessa regler sträckte sig fram till den 1 januari 2006.

1 januari 2007 fördubblades snusskatten från 123 till 246 kr per kilo. Skatten höjdes även något på cigaretter till 39,3 procent av detaljhandelspriset samtidigt som minimipunktskatten höjdes till 1 krona och 14 öre per cigarett. Den 1 januari 2008 höjdes återigen minimipunktskatten på cigaretter nu till 1 krona och 24 öre och snusskatten till 336 kr per kilo (1994:1563).

I mars 2008 beslutades att en särskild utredare ska se över effektiviteten och efterlevnaden av bestämmelsen om åldersgräns för handel med tobaksvaror och därtill knutna bestämmelser. Uppdraget ska redovisas senast 31 december 2008 (Dir. 2008:29).

Försäljningsutvecklingen

Data över tobaksförsäljningen i Sverige finns sedan en lång tid tillbaka. Statistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet har i någon mån minskat, särskilt under 1990-talets andra hälft, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökad resandeförsel samt för senare år även p g a att inte all försäljning av lågpriscigaretter ingår i statistiken. Sedan 2003 finns uppgifter från SoRAD som kompenserar för dessa statistiska brister i försäljningssiffrorna och således speglar den faktiska konsumtionen mera korrekt.

Under 1900-talets början var snus den produkt som dominerade marknaden tillsammans med piptobak och i någon mån cigarrer/cigariller. Årsförsäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut aldrig över 500 stycken per person 15 år och äldre (Socialstyrelsen 1986). Efter andra världskriget skedde dock en kraftig försäljningsökning. Den nådde en topp 1976 då det såldes över 1 800 cigaretter per person 15 år och äldre.

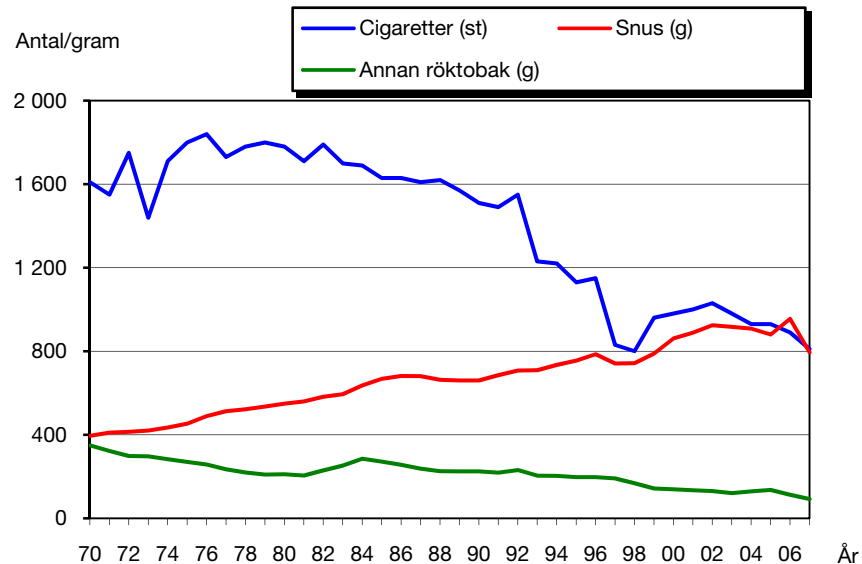


Diagram 41. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarer/cigariller och röktaobak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2007. (Tabell 101)

Av tabell 101 och diagram 41 framgår att cigarettförsäljningen därefter minskat. Efter den stora nedgången 1997–1998, vilken sammanföll med den temporära cigarettskatthöjningen, återhämtade sig försäljningen något men har sedan 2002 åter fortsatt att sjunka, från 1 030 cigaretter per person 15 år och äldre till 810 stycken 2007. Försäljningen av annan röktaobak (rulltaobak, piptobak etc) minskade konstant under 1970-, 1980- och 1990-talen medan den legat relativt konstant runt 130 gram per person 15 år och äldre under 2000-talet, en nedgång kan dock urskiljas och 2007 uppgick försäljningen till 92 gram per person 15 år äldre.

Försäljningen av snus minskade efter andra världskriget. År 1945 såldes ca 1 200 gram snus per person 15 år och äldre och 1968 hade mängden minskat till knappt 400 gram. Därefter skedde en successiv uppgång till drygt 900 gram 2002. Bortsett från en topp förra året har försäljningsmängden sedan dess minskat och var 2007 795 gram per person 15 år och äldre. 2006 års ökning av snusförsäljningen skedde parallellt med en minskning av snusanvändandet i skolundersökningarna (tabell 102 och 103). Snusanvändandet i den vuxna befolkningen undersöks av folkhälsoinstitutet sedan 2004 och här kan man se en minskning bland männen. Ökningen i försäljning kan möjligen förklaras av en bunkringseffekt inför skatthöjningen 2007.

Oregistrerad konsumtion

Den svenska försäljningsstatistiken ger inte en total bild av tobakskonsumtionen. Privat införsel och organiserad smuggling är ytterligare källor, liksom de lågpriscigarett som inte distribueras av Swedish Match. Perioden 1970–1995 översteg aldrig tullens beslag 6 miljoner cigarett årligen. Den senaste tioårsperioden har dock i genomsnitt knappt 40 miljoner cigarett beslagtogs per år och det förefaller som om uppgången skedde i samband med skattehöjningen 1997 (tabell 101). År 2007 togs 32 miljoner cigarett i beslag vilket var det största beslaget sedan 2003 då en rekordstor mängd på 74 miljoner beslagtogs.

Den stora beslagsökningen kom parallellt med skattehöjningen, medan pris-sänkningen 1998 alltså inte ledde till att beslagen återgick till forna nivåer. Det kan påpekas att Sverige kan användas som transitland av cigarettsmugglare och exempelvis uppskattade tullen att 45% av beslagen 2001 var ämnade för den engelska marknaden. Detta gör värdet av beslagsstatistiken svårtolkat.

Enligt skattningar av Brå omfattade den svenska smuggelmarknaden 1996 omkring 150–200 miljoner cigarett (Persson 1999). Detta motsvarade ca 2% av totalmarknaden, vilket är lågt i ett europeiskt perspektiv. Under våren 1998 beräknades smuglingen ha ökat till ungefär 5% enligt samma källa.

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införsel, såväl taxfreevaror som småskalig smuggling. Enligt Persson uppskattades ca 20% av totalmarknaden av cigarett våren 1998 komma från taxfreehandeln. Den registrerade försäljningen skulle då sammantaget ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettkonsumtionen 1998. Den 1 juli 1999 avskaffades taxfreeförsäljningen inom EU, något som torde ha bidragit till uppgången av den inhemska försäljningen.

Den officiella statistiken torde alltså ha speglat konsumtionen särskilt dåligt runt 1998. Enligt en undersökning från SoRAD (Granberg och Trolldal 2005) beräknas den registrerade försäljningen numera stå för bortåt 90% av den totala konsumtionen, betydligt högre än 1998 således. Av den oregistrerade försäljningen år 2003 och 2004 utgjorde privatinförsel respektive smuggling ungefär lika stora källor (ca 5–6% vardera). Dessa beräkningar grundas på svaren från SoRADs frågeundersökningar om privat införsel respektive inköp av cigarett insmugglade till Sverige. Frågeundersökningarna ingår i det sk Monitorprojektet som ursprungligen syftade till att skatta den oregistrerade alkoholkonsumtionen, tobaksfrågor lades till 2003.

Konsumtionsvaneundersökningar

Frågeundersökningar rörande svenska folkets rökvanor har genomförts sporadiskt sedan mitten av 1940-talet. ULF-studien är för närvarande den bästa källan till kunskap om tobaksvanorna i vuxenbefolkningen över tid. Från 1980 finns nationellt representativa och jämförbara data insamlade inom ramen för denna studie. Vad gäller ungdomars tobaksvanor finns data från skolundersökningarna men även i mönstringsundersökningarna har tobaksfrågor ställts under senare år. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Tobakskonsumtion bland ungdomar

Av tabell 102 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare mellan 1971 och 2008 (Hvitfeldt och Nyström 2008). På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 – och i högre grad mätte regelbunden rökning mellan dessa årtal – är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna).

Uppenbarligen var rökningen mera utbredd bland skoleleverna i början av 1970-talet, för att sedan nå en relativt låg nivå under mitten av 1980-talet. Perioden 1989–1995 beskriver en liten puckel för rökvanorna som dock planar ut under andra hälften av 1990-talet, även om det sistnämnda är mera svårtolkat beroende på frågeändringen 1997. Sedan 2003 svarar runt 20% av pojkarna och 30% av flickorna att de röker vilket är nedgångar med ca 10 procentenheter jämfört med 1997.

Från och med 1983 framgår även hur många elever som röker varje eller nästan varje dag (tabell 102 och diagram 42). Värdena var återigen högre under 1990-talets första hälft, då ca 14% av pojkarna och 18% av flickorna var dagligrökare, eller nästintill. Därefter har en tydlig nedgång skett (i synnerhet för pojkarna) till i genomsnitt 6 respektive 11% de senaste fem åren. Sedan frågan infördes 1983 har inte dagligrökning bland skoleleverna varit ovanligare än vad den är nu.

Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna. Dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar och ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner nästan könsskillnaderna. Under hela 1990-talet har andelen tobakskonsumenter varit i det närmaste likartad bland flickor och pojkar och 2008 var det totalt 28% av eleverna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

Tobaksutvecklingen

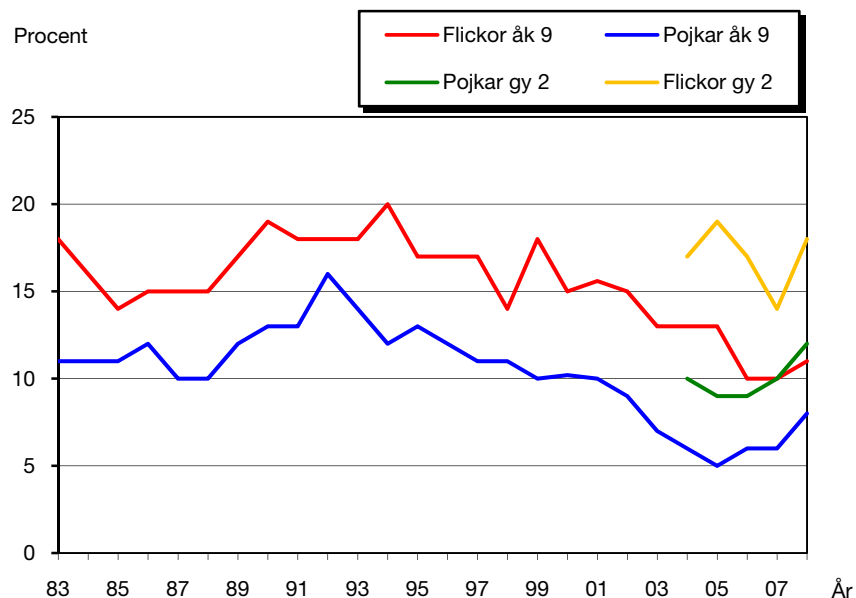


Diagram 42. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2008. (Tabell 102 och 103)

Även snusfrågan ändrades 1983 och 1997, varför tidsserien är något svårtolkad också i detta fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt av tabell 102. Snusvanorna förefaller ha varit mer omfattande under 1970-talet jämfört med 1990-talet. Detta innebär att snusvanornas utveckling bland niondeklassarna uppvisar en delvis motsatt utveckling med avseende på försäljningen.

År 2008 svarade 16% av pojkarna och 4% av flickorna att de snusade. För pojkarnas del innebär det en minskning från 27% sedan början av 2000-talet. Även andelen snusande flickor har – efter en uppgång under 2000-talet – minskat och är nu nere på samma nivå som i slutet av 1990-talet.

Från och med 2004 ställs tobaksfrågor även till gymnasieelever i årskurs 2 och rökvanorna är något mera utbredda bland dessa jämfört med niorna då runt 12% av pojkarna och 18% av flickorna röker dagligen/så gott som dagligen (2008).

Bland gymnasiepojkarna är andelen som snusar högre jämfört med nian eftersom närmare en tredjedel av gymnasiepojkarna uppger att de snusar. Även bland gymnasieflickorna är snusning vanligare då 9% uppger detta i jämförelse mot 4% i årskurs 9.

År 2000 infördes tobaksfrågor i drogvaneenkäten som ges till alla män över 18 år. Då svarade 42% att de snusade eller rökte och 2006 års värde var 38%, en marginell nedgång således (Guttormsson 2007). År 2006 rökte 21%, varav en tredjedel dagligen. Dagligrökarna uppskattade sin genomsnittliga dagskonsumtion till 12 cigaretter. Sedan år 2000 har andelen rökare minskat från 27%.

Snusning uppgavs av 30% bland de män över 18 år, varav närmare tre fjärdedelar snusade varje dag. Grupperna överlappade delvis varandra då 13% både rökte och snusade. Under de fyra år dessa frågor ställts till de män över 18 år finner man att medan rökningen minskat något har snusning varit relativt oförändrat.

Tobakskonsumtion bland vuxna

För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. I den första rökvanundersökningen 1946 rökte 50% av männen och 9% av kvinnorna regelbundet. I en studie av SCB från 1963 var andelen dagligrökare bland vuxna män i stort sett densamma (49%), medan kvinnorna hade ökat till 23% (Socialstyrelsen 1986).

Då var rökningen mest utbredd i de yngsta åldersgrupperna, vilket var särskilt märkbart bland kvinnor. En prognos då skulle ha pekat på en förestående ökning av andelen rökare i befolkningen då äldre generationer med låga andelar rökare successivt ersattes av nya generationer där rökningen var mer utbredd. Så blev det dock inte. Visserligen fortsatte rökningen att öka bland kvinnorna, sannolikt till slutet av 1970-talet, men bland männen kunde en minskning skönjas redan under 1970-talets början.

År 1980 var andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år) 36% bland männen och 29% bland kvinnorna enligt SCBs ULF-undersökning (tabell 104 och diagram 43). Sedan dess har rökningen minskat för båda könen, men mest hos männen. Detta gör att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män, något som är ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har skett i alla åldersgrupper, utom bland kvinnor 45 år och däröver, och har varit störst bland 25–44-åriga män respektive 16–24-åriga kvinnor. I Folkhälsorapport 2005 konstaterades att nedgången i dagligrökning beror både på att en stor andel rökare slutar samtidigt som färre också börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2005).

År 2006 svarade 13% av männen och 17% av kvinnorna att de rökte dagligen och i yngsta åldersgruppen (16–24 år) var andelarna 10 respektive 14%. Högsta andelen rökare återfinns i åldersgruppen 45–64 år (ca 20%). Allt sedan 1980 har andelen dagligrökare varit högst bland 40-talisterna, och därefter bland dem födda på 1950-talet.

Tobaksutvecklingen

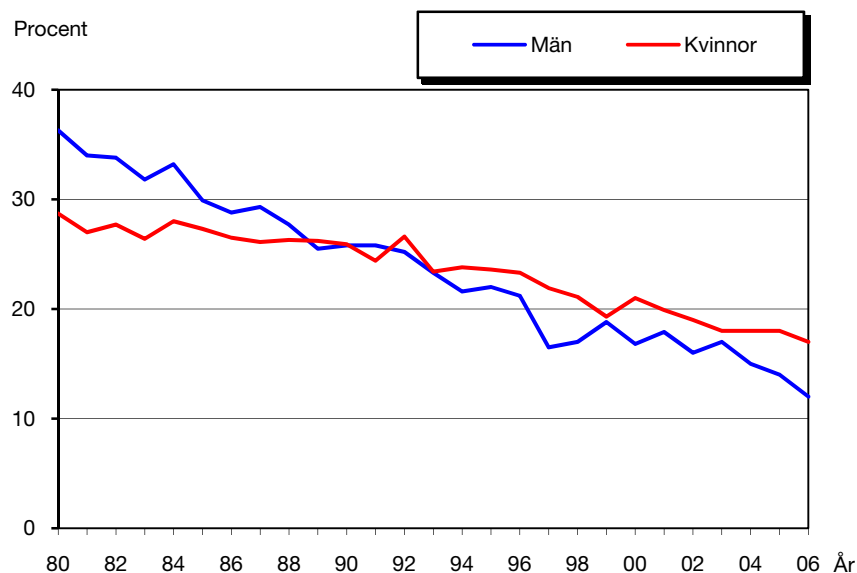


Diagram 43. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2006. (Tabell 104)

Dagligrökarna konsumerar i genomsnitt 13 cigaretter om dagen. Män röker något större kvantiteter än kvinnor och medelålders något mer än yngre respektive äldre. Jämfört med början av 1980-talet är antalet dagligen konsumerade cigaretter bland rökarna något lägre under slutet av 1990-talet, och i linje med detta har gruppen storrökare minskat (Persson et al 2004).

Snusning är fortfarande en utpräglad manlig vana, som dessutom blivit allt vanligare de senaste 15 åren. Enligt ULF-undersökningarna var 17% av männen dagligsnusare 1988/89. Andelen ökade till 20% 1996/97 och uppgick till 23% 2005. Bland kvinnorna var andelen 1% i de två första mätningarna och 3% i den sista.

Ökningen bland männen var relativt sett störst bland 45–64-åringar där andelen snusare fördubblats mellan 1988/89 och 2005, från runt 10 till 20%. Störst andel snusare återfinns dock bland män 25–44 år (31%). Bland kvinnorna återfinns den lilla uppgången relativt jämt fördelad inom åldersintervallet 16–54 år.

Nationella folkhälsoenkäten genomförd av Statens folkhälsoinstitut i postenkätform bland 16–84-åringar kommer fram till i princip samma prevalens som SCBs undersökning gällande snusning och rökning. Enligt folkhälsoinstitutets data var 19% av männen och 4% av kvinnorna dagligsnusare 2007 (tabell 105) och 12% av männen och 16% av kvinnorna var dagligrökare (www.fhi.se).

Båda vuxenstudierna visar att snusning är allra vanligast bland 25–44-åriga män och att rökning är vanligast bland 45–64-åriga kvinnor. Liksom i ungdomsundersökningarna är andelen dagliga konsumenter av respektive tobakstyp högre bland snusarna. Till skillnad från ungdomsundersökningarna framträder å andra sidan könsskillnader när man ser till total tobaksanvändning; bland samtliga åldersgrupper i folkhälsoinstitutets hälsoenkät är andelen dagliga tobakskonsumenter störst bland männen.

Könsskillnader

Både försäljningsstatistik och konsumtionsvaneundersökningar visar att rökningen i befolkningen har minskat sedan 1980-talets början. Rökningen har dock minskat mest bland män, vilket resulterat i att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män. Minskningen har skett i alla åldersgrupper förutom bland kvinnor 45 år och äldre. Sedan 1994 har fler kvinnor än män uppgett att de röker dagligen (förutom år 1999 då lika många män som kvinnor rökte dagligen) en skillnad som blivit större de senaste åren.

Ända sedan skolundersökningens början 1971 har det varit fler flickor än pojkar som har uppgett att de är rökare eller daglig-/nästan dagligrökare. Skillnaderna är dessutom större än i övriga befolkningen. Elever i gymnasiets årskurs 2 ingår i skolundersökningen sedan 2004 och även här är flickor överrepresenterade vad gäller rökning.

Snusning är däremot en utpräglat manlig vana, på senare år har runt 20% av den manliga befolkningen uppgett att de snusar dagligen respektive 4% av den kvinnliga (tabell 105). Det är en påfallande större andel pojkar än flickor i årskurs 9 som snusar men snusning har blivit vanligare bland flickor de senaste åren. Samma gäller för eleverna i gymnasiets årskurs 2 där det är ungefär tre gånger fler pojkar än flickor som snusar.

Tobakskonsumtionen (d v s rökning och snusning) har däremot ända sedan 1990-talet varit mycket likartad för pojkar och flickor i årskurs 9, även för eleverna i gymnasiets årskurs 2 har könsskillnaderna varit mycket små. Folkhälsoinstitutets hälsoenkät visar emellertid att för den totala befolkningen har andelen dagliga tobakskonsumenter varit något större bland männen sedan undersökningen startade år 2004.

Regionala skillnader

Enligt sammanslagningar av undersökningarna i årskurs 9 från perioden 2006–2008 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till olika regioner. Pojkarna i Västra Götalands län uppvisar dock något lägre värden (tabell 18). För flickornas del är det i södra Sverige som den lägsta andelen rökare återfinns. I gymnasiet är rökvanornas regionala fördelning tämligen

Tobaksutvecklingen

jämn med undantag för pojkarnas lägre värden från Stockholms län (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Bland de 18-åriga männen i de mera omfattningsrika mönstringsundersökningarna var andelen rökare 2006 något högre i storstadsområden (22%) och lägre i landsbygdsområden (19%). Den allra högsta andelen rökare återfanns dock bland mönstrande från Norrbottens län (26%) och den lägsta i Örebro län (17%).

SCBs ULF-undersökningar har slagits samman för åren 1998–2002 för att generera ett tillräckligt stort dataunderlag för nedbrytningar på länsnivå, även om det i några fall är så att resultaten fortfarande är osäkra på låga baser (Statens folkhälsoinstitut 2004). Enligt denna redovisning var det statistiskt säkerställt att män i Dalarna, Västmanland och Uppsala var dagligrökare i mindre utsträckning jämfört med män i hela riket. Dagligrökning bland kvinnor var minst vanlig i Jämtland och Västerbotten och vanligast i Västmanland.

En H-regionindelning av ULF-undersökningen visar att rökning i vuxna befolkningen 2005 är minst vanlig i (norra) glesbygden och vanligast i Göteborg/Malmöregionen, men skillnaderna är små (14 resp 18%). Persson et al visar med hjälp av ULF-data att de regionala skillnaderna i rökvanorna var större under 1980-talets början och att de har utjämnats under de följande tjugo åren. Förändringen består främst i att boende i storstadsregionerna minskat sitt rökande.

Ser man till snusvanorna bland pojkarna i nian finner man att dessa är relativt jämnt fördelade mellan de sex olika regionerna enligt data för perioden 2006–2008 (tabell 18). Värdena för andelen snusare varierade endast mellan 15 och 20% för pojkarna men mellan 2 och 11% för flickorna. Värdet för flickorna var högst i ”Norra Sverige” (se definition i tabellkommentarerna) och lägst i Skåne län.

De regionala skillnaderna för flickorna återfinns även i gymnasiets årskurs 2. Där snusar 23% av flickorna från Norra Sverige och 4% av dem från Skåne. För gymnasiekillarnas del var skillnaderna fortfarande relativt små men något färre (ca 25%) snusade i Stockholms, Västra Götalands respektive Skåne län jämfört med ca 31% i övriga regioner.

Bland mönstrande män var snusning vanligare i landsbygdsområden jämfört med storstadsområden och allra vanligast i Jämtland och Värmland, där ca 37% snusade (tabell 21). I Östergötland var andelen snusare lägst och uppgick till 26%.

I ULF-undersökningen från 2005 var dagligsnusning vanligast i norra Sverige och minst vanlig i storstadsområden bland 16–84-åringarna, såväl för män som för kvinnor. Totalt snusade 18% i norra glesbygden och 11% i storstads-

länen. Jämför man snusdata från 1988–1989, 1996–1997 och 2004–2005 indelat i regionerna ”storstadsområden”, ”större städer” samt ”övriga Sverige” finner man ökningarna bland männen i samtliga dessa tre regioner. Samtidigt som andelen snusare är minst i storstadsområdena så finns där den största relativa ökningen över tid, jämfört med andra regioner.

Intrycket att snusning är vanligare norröver och mindre vanligt i storstadsområden, i synnerhet söderöver, är ganska entydigt utifrån alla de undersökningar som refererats ovan. Även om skillnader i rökvanor var relativt små i den vuxna befolkningen så förefaller det som om dessa uppvisar en omvänd regional utbredning jämfört med snusningen.

Sociala faktorer

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla socialgrupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i mera välsituerade grupper. Särskilt bland kvinnor var detta tydligt då arbetarklassens kvinnor knappast rökte alls på 1940-talet. Numera är förhållandena omvända. I ett längre perspektiv har således rökningen minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper.

År 2005 rökte enligt ULF-undersökningen 23% av arbetarna, 11% av tjänstemännen och 15% av företagarna. Bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa var andelen rökare 31%. Enligt samma studie var rökning dubbelt så vanlig bland utlandsfödda män, jämfört med män som var födda i Sverige av svenskfödda föräldrar (29 jämfört med 12%). Bland kvinnorna var skillnaderna i rökvanor med avseende på utländsk bakgrund relativt små.

Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkäter bland 16–84-åringar visar också att den sociala gradienten för daglig rökning är tydlig; det är vanligare bland arbetare, kortutbildade, bland ekonomiskt utsatta och bland låginkomsttagare att röka dagligen. Arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna var dagligrökare i dubbelt så stor utsträckning som andra. Skillnaden med avseende på socioekonomiska variabler var inte lika stora sett till snusning även om det var vanligare att arbetare snusade jämfört med tjänstemän, liksom att personer med kort utbildning var snusare i högre grad än dem med längre utbildning.

SCBs ULF-studie från 2005 visar att snusning är mindre vanligt bland manliga utlandsfödda liksom manliga tjänstemän men desto vanligare bland manliga arbetare. För kvinnornas del gick det knappt att finna några sådana skillnader eftersom snusning överhuvudtaget är ovanligt bland dem.

Av skolundersökningen 2006 i årskurs 9 framgår att skolk och otrivsel i skolan är vanligare hos elever som röker. Andelen som skolkade ett par gånger i månaden eller oftare var 24% bland rökarna och 6% bland icke-rökarna. An-

Tobaksutvecklingen

delen som trivdes dåligt i skolan uppgick till 10% i den förstnämnda gruppen och 5% i den sistnämnda.

Tretton procent av dem som trivdes bra i skolan snusade, mot 22% av dem som trivdes dåligt. Snusning var också vanligare hos dem som skolkade två gånger i månaden eller oftare jämfört med dem som aldrig skolkade (34 jämfört med 8%).

I mönstringsundersökningen från 2006 var det något vanligare att personer med utländsk bakgrund rökte, jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar (25 respektive 19%). Med snusning förhöll det sig tvärtom, då 24 respektive 31% uppgav detta. Enligt 2006 års rapport var rökning också vanligare bland mönstrande med lågutbildade föräldrar samt bland mönstrande som inte studerade vid mönstringstillfället, och dessa samband gick igen även för snusning.

Konsekvenser av tobakskonsumtion

Rökningen medför medicinska snarare än sociala skadeverkningar. Sambandet mellan rökning och ohälsa har sedan början av 1960-talet dokumenterats i ett stort antal vetenskapliga rapporter (Folkhälsoinstitutet 1997). Enligt WHO bidrar tobaksrökning till 12% av sjukdomsördan mätt i DALYs (WHO 2002).

WHO har utvecklat en metod att utifrån nationell dödsorsaksstatistik beräkna antalet rökningrelaterade dödsfall i ett land (Peto 1994). Enkelt uttryckt innebär metoden att man använder lungcancerdödligheten i ett land som mått på hur länge och hur mycket man rökt i landet. Utifrån detta mått beräknar man den rökningrelaterade dödligheten i övrigt, med utgångspunkt från data i stora epidemiologiska studier. Metoden innebär sannolikt en underskattning av antalet rökningrelaterade dödsfall, men det är ändå av intresse att betrakta utvecklingen enligt dessa beräkningar.

Av diagram 44 framgår att rökningen uppskattningsvis krävde ca 8 000 liv i Sverige 1995. Mönstret i beräkningarna, baserade på den ovannämnda metoden, stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig när man studerar konsumtions- och försäljningsstatistiken. I och med att skadorna av rökning uppkommer först efter en tids rökning sker en viss eftersläpning i dödsorsaksstatistiken jämfört med konsumtionsstatistiken.

En beräkning av antalet rökningrelaterade dödsfall för åren 1990–2000, med utgångspunkt från dödsorsaksregistret, visade att dessa minskade under perioden, från totalt cirka 7 400 till 6 400. Det är dock enbart bland männen som en minskning skett, från 243 till 178 dödsfall per 100 000 invånare i åldern

35–84 år. Dödsfallen bland kvinnorna ökade tvärtom något, från 85 till 94 fall.

Enligt Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2005) orsakas runt 8 av 10 lungcancerfall i Sverige av rökning. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och efter 1985 kan man se en minskning av lungcancerfall bland män. År 2002 uppgick de åldersstandardiserade värdena, åldrarna 15–75 år – till ca 35 manliga fall per 100 000 invånare. Motsvarande siffra låg strax över 40 i slutet av 1970-talet. För kvinnorna har dock lungcancerfallen ökat kontinuerligt sedan början av 1970-talet. Antalet fall per 100 000 var ca 8 år 1970 men ca 25 år 2002.

Förändringar i dödlighet vid lungcancer respektive kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna (inklusive KOL) följer enligt Socialstyrelsen mäns och kvinnors skilda utveckling av rökvanor under de senaste 15 åren. För kvinnor har dödligheten i lungcancer och kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna ökat med 46 respektive 32 procent mellan perioderna 1989–1991 och 2003–2005. Männens dödlighet i dessa sjukdomar har minskat med 14 respektive 22 procent. Samtidigt är lungcancer fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor (Socialstyrelsen 2008).

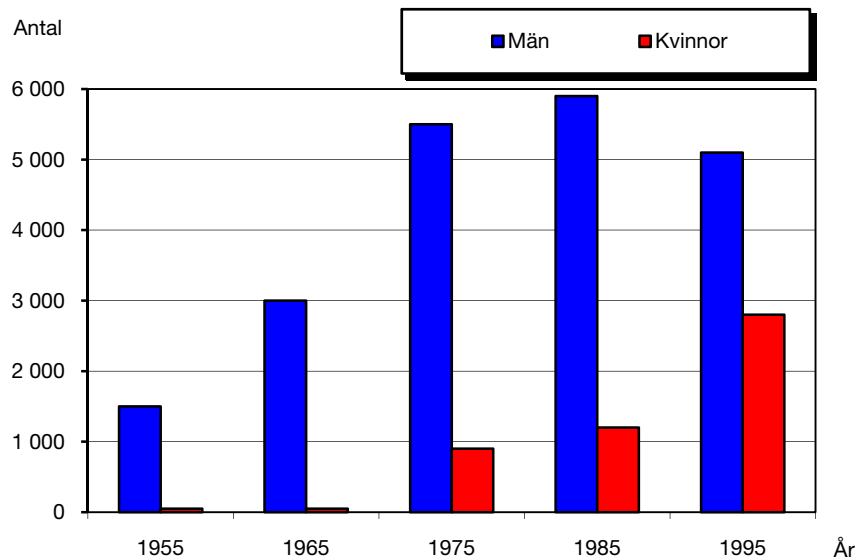


Diagram 44. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.

Källa: WHO

Internationell jämförelse av rökvanor

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. En fjärde datainsamling genomfördes 2007 men siffrorna beräknas vara tillgängliga först 2009. I gruppenkätstudien har bland annat frågor om rökning ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004).

För att få en uppfattning om aktuella rökvanor har man frågat eleverna om de rökt cigaretter de senaste 30 dagarna före undersökningen. Liksom 1999 var andelarna 2003 högst på Grönland (60%), samt i tre östländer; Bulgarien, Tjeckien och Moskva/Ryssland (ca 44%). Även Österrike låg högt 2003 (49%). Allra lägst andel elever som rökt under de senaste 30 dagarna uppvisar Cypern, Island och Sverige (runt 23%).

I diagram 45 (tabell 55) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. När förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

Om man ser till utvecklingen sedan 1995 är det relativt få länder som uppvisar någon tydlig och kontinuerlig utveckling åt något håll. Estland utgör ett undantag då rökningen successivt ökat enligt ESPAD-mätningarna, liksom Island och Irland men i dessa två länder handlar det om nedåtgående trender.

I 19 av 35 länder var det fler flickor än pojkar som rapporterat aktuella rökerifarenheter. Den största differensen kan noteras för Isle of Man där 36% av flickorna och 23% av pojkarna rökte. Ukraina representerar den andra ytterligheten och där var rökning nästan dubbelt så vanlig bland pojkarna jämfört med flickorna (49 resp 28%). Generellt kan sägas att länder där majoriteten rökare var pojkar låg i östra Europa och att flickorna oftare var i majoritet i västra Europa.

Ett någorlunda likartat mönster beträffande rökningens utbredning framkom i en undersökning bland skolungdomar från 1997/1998 genomförd av WHO (Currie 2000), även om jämförbarheten är begränsad på grund av att frågeformuleringar och deltagande länder delvis skiljer sig åt.

Tobaksutvecklingen

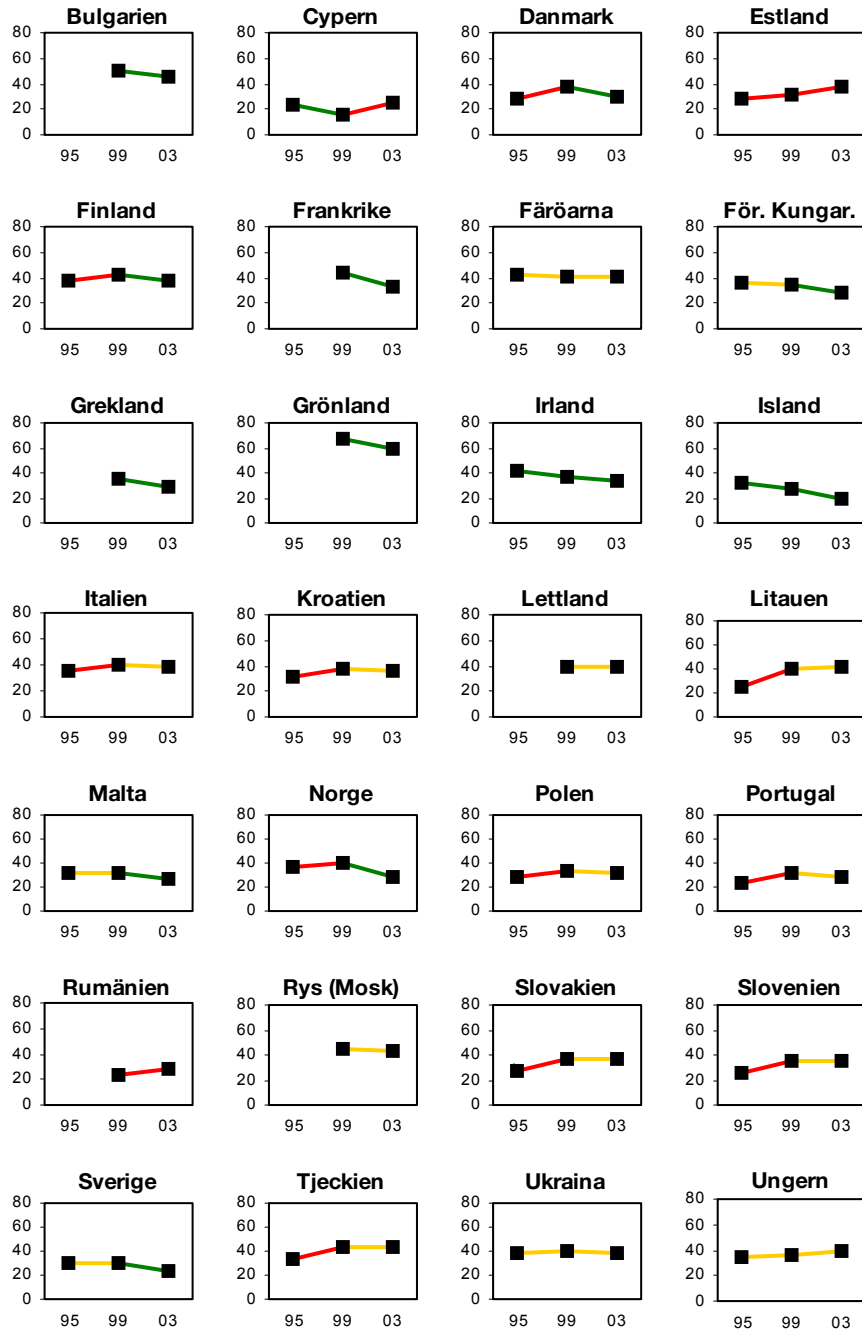


Diagram 45. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 55)

Tobaksutvecklingen

Frågor om man rökt cigaretter de senaste 30 dagarna har ställts till elever i 12th grade (motsvarande gymnasiet årskurs 2) alltsedan 1975 i USA. Då svarade bortåt 40% att de gjort detta (Johnston et al 2008). Andelen föll därefter, men steg mellan 1992 och 1997, från 28 till 36%. Därefter har andelen sjunkit till 22% år 2007 och trenden i USA under 1990-talet är således likartad den som iakttagits i Sverige bland eleverna i årskurs 9. Från 1991 finns även data för motsvarande årskurs i USA och de uppvisar samma trender som de två år äldre eleverna, men på en lägre nivå. År 2007 svarade 14% av dem att de rökt senaste 30 dagarna vilket alltså är lägre än samtliga länder i ESPAD-studien.

WHO beskriver i en rapport från år 2007 hur tobakskontrollen och tobakspolitiken utvecklats i Europa mellan 2002–2006 (WHO 2007). Bland annat har nio europeiska länder infört rökfria serveringar och ytterligare ett 30-tal länder har begränsat rökning på restauranger under perioden. Dessutom har många länder, i framför allt Västeuropa, höjt skatterna för att begränsa användningen av tobak. Priserna har i genomsnitt ökat med 6,8 procent sedan 2002 i Europa. Detta trots att priserna sjunkit i sydöstra Europa. Av de länder som ingick i studien var cigaretter dyrast i Storbritannien, 67 kr för ett paket. Billigast var Lettland med cirka 10 kronor per paket.

Det är 29 procent av den vuxna befolkningen som röker i Europa, 40 procent män och 18 procent kvinnor. Det är framför allt bland männen man kan konstatera en något lägre andel rökare jämfört med 2002. Störst andel manliga rökare finner man i den Ryska federationen med 61 procent. Minst röker de svenska männen där endast 14 procent röker. Störst andel kvinnliga rökare finns i Österrike med över 40 procent. De svenska kvinnorna ligger på genomsnittet för Europa med 18 procent. Det bör tilläggas att undersökningen inte tar hänsyn till den totala användningen av tobak. Skulle till exempel snusanvändning inkluderas blir siffrorna inte lika låga i Sverige.

Referenser

- Currie C et al (red) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:2.
- Guttormsson U (2006). *Mönstrandens drogvänor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Granberg M och Trolldal B (2005). *Resandeförsel och smuggling av cigaretter åren 2003–2004*. Forskningsrapport nr. 29. Stockholm: SoRAD.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvänor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2008). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2007*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Loewe W (1990). *Petum optimum*. Borås: NORMA Bokförlag AB.
- Magnusson S och Nordgren P (1994). *Om tobak. Bakgrund och kommentar till tobakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Persson J, Sjöberg I och Johansson S-E (2004). *Bruk och missbruk, vanor och ovanor. Hälsorelaterade levnadsvänor 1980–2002*. Levnadsförhållanden Rapport nr 105. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Persson LGW (1999). *Kontrollnivå och lönsamhet vid organiserad cigarettsmuggling*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Peto R et al (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: WHO and Imperial Cancer Research Fund. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvänor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1986:9.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- Socialstyrelsen (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden – Lägesrapport 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1990:29. *Tobakslag: betänkande av Tobaksutredningen*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Minskat bruk av tobak – var står vi idag? Del av folkhälsomål 11. Statistik september 2004*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- WHO (2007). *The European Tobacco Control Report 2007*. Copenhagen, WHO.
- WHO (2002). *The World Health Report 2002*. Geneva, WHO.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

Inledning

Stereotypa uppfattningar om hur män och kvinnor ska bete sig och vara, genomsyrar så gott som alla delar av samhället. Inom nästan samtliga områden som tas upp i Drogutvecklingen i Sverige finns det skillnader mellan män och kvinnor, vissa av mindre omfattning och andra av större. Skillnaderna kvarstår när befolkningen delas in i olika åldersgrupper.

Sammanfattningsvis kan sägas att män är överrepresenterade vad gäller narkotikaerfarenhet och konsumtion av alkohol liksom bland personer med riskabla alkoholvanor och tungt narkotikamissbruk. Därtill är det en större andel män än kvinnor som har sniffat någon gång och som har använt något dopningspreparat.

Syftet med det här kapitlet är att belysa könsskillnader när det gäller såväl alkoholanvändning och narkotikaerfarenhet som för vardaglig rökning och snusning samt för de mer ovanliga företeelserna dopning och sniffning. Statistiken visar att skillnaderna existerar men kapitlet gör inga anspråk på att ge en heltäckande förklaring till vad dessa skillnader beror på.

I följande avsnitt redovisas olikheter och likheter mellan män och kvinnor inom de områden som tagits upp i Drogutvecklingen i Sverige. Därefter följer en reflektion över könstillhörighetens betydelse för konsumtion och missbruk som främst är inriktad på alkohol. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Män och kvinnor i statistiken

Drogutvecklingen i Sverige innehåller en stor mängd data gällande konsumtionsvanor och erfarenhet av alkohol, narkotika, tobak samt sniffning och dopning. I det här avsnittet följer en sammanfattning av de könsskillnader som framkommit tidigare i rapporten samt i viss omfattning även nya fakta.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

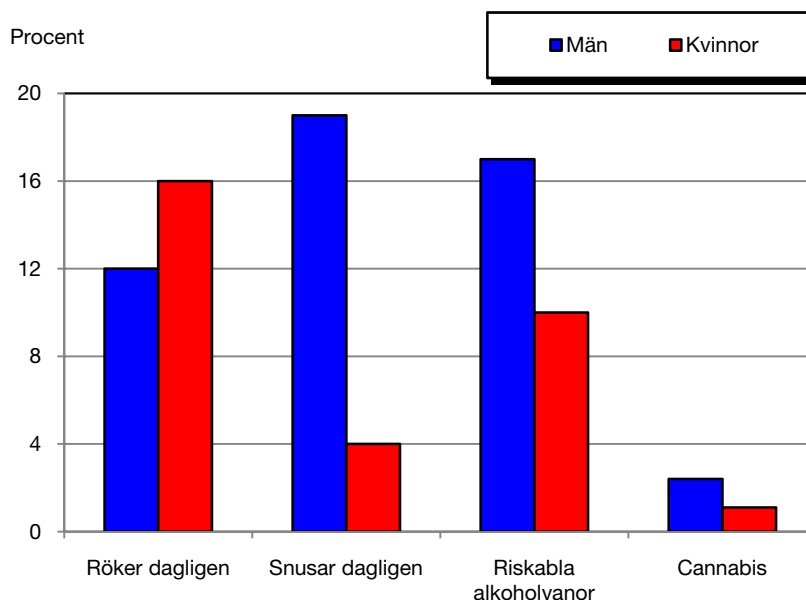


Diagram 46. Andelen 16–84-åringar som röker dagligen, snusar dagligen, har riskabla alkoholvanor samt har använt cannabis de senaste 12 månaderna, fördelat på kön. 2007.

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

En översikt över hur skillnaderna mellan män och kvinnor såg ut 2007, inom några av de områden som tas upp i det här avsnittet, framgår av diagram 46. Data är hämtade från Statens folkhälsoinstituts folkhälsoenkät och som framgår av diagrammet är män överrepresenterade dels vad gäller riskabla alkoholvanor men även bland dem som använt cannabis de senaste tolv månaderna. Kvinnor är överrepresenterade bland dem som röker men endast 4% snusar dagligen jämfört med männens 19%, vilket resulterar i en mycket jämnt fördelad tobakskonsumtion sett ur ett könsperspektiv.

Alkohol

Alkoholkonsumtionsnivån i Sverige har under senare år ökat och enligt beräkningar från SoRAD (Boman et al 2007) har den under 2000-talet överstigit 10 liter per person (15 år och äldre).

I CANs årliga skolundersökningar i årskurs 9 framkommer skillnader mellan pojkar och flickor vad gäller alkoholkonsumtion, dessa har dock varierat i storlek sedan undersökningens början. Under 1970-talet var skillnaderna i totalkonsumtion mellan pojkar och flickor små. Dessa ökade under 1980- och 1990-talen, men därefter har pojkarnas och flickornas konsumtionsnivåer åter

närmat sig varandra och de senaste fem åren har pojkarna druckit ca 30% mer än flickorna, jämfört med ca 75% mer under 1990-talet (tabell 10). Utjämningsberor på att flickornas konsumtion under en längre tid ökat samtidigt som pojkarnas sjunkit under 2000-talet.

Sedan starten 2004 av skolundersökningarna i gymnasiet årskurs 2, har alkoholkonsumtionen varit väsentligt högre i gymnasiet jämfört med årskurs 9. Konsumtionen bland gymnasieungdomarna var 2008 mer än dubbelt så hög bland pojkarna och 60% högre bland flickorna, jämfört med vad niorna uppgav samma undersökningsår (tabell 11). Det är således i 16–18-årsåldern som större könsskillnader etableras.

Utvecklingen av andelen icke-konsumenter i årskurs 9 har varit mycket likartad mellan pojkarna och flickorna alltsedan 1970-talets början. På 1970-talet låg andelen ickekonsumenter runt 10% för att sedan öka under 1990-talet. På senare år har andelen legat runt 30%, med en något större andel pojkar än flickor som uppgivit att de inte dricker alkohol. När gymnasieundersökningen startades 2004 låg andelen icke-konsumenter runt 10%, 2008 har den andelen ökat något till 12% för både pojkarna och flickorna. Med andra ord har det skett en ökning av ickekonsumenter bland niondeklassarna och i viss mån även bland gymnasieeleverna.

Äldre konsumtionsvaneundersökningar visar en ökning av kvinnors alkoholkonsumtion. År 1968 drack kvinnorna en fjärdedel av vad männen gjorde enligt en befolkningsstudie i åldrarna 21–70 år (Nilsson och Klöfver 1984). Enligt TEMOs data för 18–70-åringar perioden 1982–2000 uppgick kvinnornas konsumtion i genomsnitt till drygt 40% av männens (tabellerna 29 och 30). En jämförelse av olika riksrepresentativa frågeundersökningar i SOU (2005:25) visar att kvinnornas självrapporterade alkoholkonsumtion var ca 36% av männens 1990. Tolv år senare, år 2002, var den ca 45%. Även om det rör sig om olika undersökningar tyder detta på att kvinnornas konsumtionsandel faktiskt har ökat, även om den ändå inte når upp till hälften av männens konsumtionsnivå.

Data från SoRADs monitormätning från år 2002 illustrerar att alkoholkonsumtionen är åldersrelaterad (Leifman och Gustafsson 2003). I denna mera detaljerade studie återfinns konsumtionstoppen i åldersgruppen 20–24 år. Detta gäller för såväl män som kvinnor, men medan männens konsumtion minskar linjärt med åldern så är kvinnornas konsumtion jämnare fördelad bortsett från den äldsta åldersgruppen som uppger allra lägst konsumtion. Noterbart är även att gruppen 30–39-åriga kvinnor ligger något lägre än de omgivande ålderskategorierna, vilket möjligtvis är en effekt av barnafödande.

Vid en granskning av andelen storkonsumenter, liksom berusnings- eller intensivkonsumenter, visar sig män vara överrepresenterade och detta gäller även i de studier där man har tagit hänsyn till att kvinnor i genomsnitt tål

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

mindre alkohol än män. Detta framgår bland annat av Statens folkhälsoinstituts årliga undersökning där berusningsdrickande och riskkonsumtion av alkohol har visat sig vara vanligare bland män än bland kvinnor (Wadman et al 2007). Enligt 2007 års undersökning var andelen med riskabla alkoholvanor störst i åldersgruppen 16–29 år, i vilken nästan en tredjedel klassades som riskkonsumenter. Andelen minskar sedan kontinuerligt med stigande ålder. Män i åldern 16–29 år utmärker sig som den grupp med allra flest riskkonsumenter, 34% jämfört med till exempel 1% bland kvinnor i åldern 65–84 år. Det var dessutom en större andel kvinnor än män som inte druckit någon alkohol alls de senaste tolv månaderna.

Det är inte helt enkelt att tolka alkoholskadornas utveckling, men det kan konstateras att könskillnader framträder även här. Socialstyrelsen redovisar antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987 (se bilaga 1). Mellan 1987–1998 minskade antalet slutenvårdstillfällen från ca 51 000 till 37 000. Därefter har antalet ökat och uppgick år 2007 till nästan 47 000 (tabell 40). Kvinnornas andel av vårdtillfällena har ökat sedan 1987, från 19 till 27% år 2007.

Uppgifter rörande den alkoholrelaterade dödligheten hämtas från Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik (tabell 42). Siffrorna beskriver en stor ökning av dödsfallen under 1970-talet, med ett maximum 1979 om ca 2 300 alkoholrelaterade dödsfall. Därefter har antalet årligen legat runt 2 000. År 2006 var ca 1 600 av de omkomna män och ca 450 kvinnor. Dödligheten bland män har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 till 36 år 2006 – men den har varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period då antal dödsfall per 100 000 har legat mellan 7 och 10 (tabell 42). Utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten redovisas även separat för levercirrhos, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning (såväl underliggande som bidragande diagnoser). När det gäller levercirrhos har andelen kvinnor sedan 1980-talets början legat runt 35% av fallen. Andelen kvinnor för de övriga diagnoserna – i genomsnitt från 1980 och framåt – har varit 16% för alkoholberoende, 16% för alkoholpsykos och 27% för alkoholförgiftningar.

Även i rättsstatistiken är män överrepresenterade. De är i stor majoritet bland personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott (tabell 35). Det är dessutom en mycket större andel män, jämfört med kvinnor, som blir omhändertagna enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB).

Narkotika

CANs skolundersökningar i årskurs 9 visar att det sedan starten 1971 inte finns några stora könsskillnader bland niondeklassarna vad gäller narkotikaerfarenhet. Andelen pojkar som provat narkotika är dock i genomsnitt lite

högre än andelen flickor. I gymnasiets årskurs 2 har skillnaderna mellan pojkar och flickor under hela undersökningsperioden 2004–2008 varit något större. Fler pojkar än flickor uppger att de har testat narkotika och när det gäller konsumtion de senaste 30 dagarna blir skillnaderna ännu tydligare, dubbelt så många pojkar som flickor uppger detta (4 respektive 2% 2008).

Narkotikaerfarenheten bland ungdomar verkar alltså åldersmässigt följa den för alkohol. Könsskillnaderna för att ha prövat narkotika någon enstaka gång samt mer regelbunden användning framträder först i de övre tonåren, för att sedan bli tydligare i 20-årsåldern.

I den vuxna befolkningen i Sverige är det vanligtvis omkring dubbelt så många män som kvinnor som prövat narkotika. Sifo och TEMO undersökte narkotikaerfarenheten i befolkningen (15–75 år) under perioden 1988–2000 (Drogutvecklingen i Sverige 2007). Runt 1990 uppgav ca 11% av männen och 5% av kvinnorna att de någon gång prövat narkotika. I slutet av 1990-talet ökade livstidsprevalensen (att någon gång ha prövat cannabis) något och år 2000 var andelarna för män och kvinnor 16 respektive 8%.

Sedan 2004 undersöker Statens folkhälsoinstitut årligen hur stor del av befolkningen som har använt cannabis. Livstidsprevalensen har sedan dess legat runt 14% för männen och 8% för kvinnorna. Bruk av narkotika respektive enbart cannabis under de senaste 12 månaderna är ovanligt bland vuxna i såväl de äldre undersökningarna som i folkhälsoenkäterna (t ex 2% bland både män och kvinnor år 2007, tabell 67).

I kartläggningarna av det tunga missbrukets omfattning från 1979, 1992 och 1998 uppgick andelen kvinnor till knappt en fjärdedel (Olsson et al 2001). Män är i majoritet bland personer lagförda för narkotikabrott. Med kartläggningarna som utgångspunkt går det att dra slutsatsen att männen dessutom är överrepresenterade vad gäller känd kriminalitet. Däremot har kvinnorna de senaste tio åren stått för 35% av dem som sjukhusvårdats för narkotika-relaterade diagnoser.

Enligt Byqvist (2005) var det i kartläggningarna färre kvinnor än män som missbrukade narkotika, men en större andel av de missbrukande kvinnorna hade ett tungt/allvarligt missbruk. Kvinnorna var även i genomsnitt yngre än männen, en något större andel var arbetslösa och en större andel kvinnor hade injicerat heroin. Männen hade dock en längre missbrukstid än kvinnorna och en större andel män hade rökt heroin och använt cannabis.

EMCDDA rapporterar årligen om hur narkotikasituationen ser ut i ett antal europeiska länder, varav Sverige är ett. Enligt 2006 års rapport, i vilken 29 europeiska länder ingick, finns det i Europa en större andel manliga narkotikaanvändare än kvinnliga för de flesta typer av narkotika. Den största andelen män återfinns bland användare av cannabis och kokain, och den största

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

andelen kvinnor bland dem som missbrukar läkemedel och lugnande medel. Detta återspeglar sig, enligt rapporten, i allmänhet även i narkotikabehandlingen. Det finns även indikationer som pekar på en ökad narkotikaanvändning bland kvinnor. Enligt samma rapport står kvinnor för 9–15% av de narkotikarelaterade brotten i Europa, men under senare år finns indikationer på en ökad kvinnlig närvaro även där.

Det finns med andra ord många studier och rapporter som visar på skillnader i mäns och kvinnors missbruk och det är inte bara konsumtionen som skiljer utan även typ av preparat och missbrukssätt.

Sniffning

Enligt CANs skolundersökningarna är det något vanligare att pojkar har sniffat någon gång jämfört med flickor, även om skillnaderna numera är små. Skolundersökningarna i årskurs 9 startade 1971 och erfarenheten av att sniffa var större då än nu och så var även skillnaderna mellan pojkar och flickor. I takt med att sniffning blivit alltmer ovanligt har även könsskillnaderna krympt. De senaste åren har inte mer än 1 procentenhet skiljt mellan pojkarna och flickorna (tabell 90).

Erfarenhet av att sniffa bland elever i gymnasiets årskurs 2 har sedan undersökningens början, 2004, legat på ungefär samma nivå som i årskurs 9 och även där går att se en viss överrepresentation av pojkar. En något större andel pojkar har uppgett sådana erfarenheter, förutom 2008 då lika många pojkar som flickor redovisade detta (5%).

Förekomsten av sniffning bland vuxna är inget som regelbundet undersöks och med de begränsade uppgifter som finns är det mycket svårt att säga något om könsskillnader i befolkningen. I 1998 års kartläggning av narkotikamissbrukare i Sverige uppgavs 77 män och 25 kvinnor missbruka lösningsmedel. I relation till antalet missbrukare i undersökningen var det en lika stor andel (2%) av både män och kvinnor (Byqvist 2005).

Det är få som vårdats för lösningsmedelsmissbruk. Enligt Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), kan tvångsvård beslutas, inte bara på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk, utan även till följd av missbruk av ”annat liknande beroendeframkallande medel”. Enligt en rapport som Socialstyrelsen ger ut årligen sedan 1999, och som bland annat handlar om vuxna personer med missbruksproblem, har det varje år sedan 1998 varit fler män än kvinnor med lösningsmedelsmissbruk, eller annat missbruk i kombination med lösningsmedel, som skrivits ut från LVM-hem (Socialstyrelsen 1998–2008b).

Dopning

Erfarenhet av dopning är oavsett ålder vanligare bland män än bland kvinnor. I både årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 är erfarenheten av anabola steroider mycket ovanlig. Sedan frågan infördes har det dock varit vanligare att pojkar någon gång prövat anabola steroider än att flickor gjort det. Eftersom det är så pass ovanligt med dopningserfarenhet går det inte att se några skillnader i gymnasiets andra år jämfört med årskurs 9 (tabellerna 96 och 97).

Brottstatistiken kan i viss mån ge en uppfattning om situationen i den vuxna befolkningen. Kvinnor förekommer mycket sällan i samband med dopningsbrottslighet, i genomsnitt var bara 2% av alla misstänkta för dopningsbrott perioden 1993–2007 kvinnor (tabell 94). Merparten av dem som misstänks för dopningsbrott är män i tjugoårsåldern. I en studie från 2005 framkom att av de samtal om eget missbruk som inkom till telefonjouren för dopningsmissbrukare, var 95% från män i åldern 17–34 år (Thurelius et al 2005).

I Drogutvecklingen i Sverige 2008 redovisas undersökningar bland 16–24-åringar genomförda av SKOP, TEMO och ARS samt undersökningar bland 15–75-åringar gjorda av TEMO. I samtliga undersökningar framkom att dopningserfarenhet var vanligare bland män än bland kvinnor under respektive undersökningsperiod (1993–2003 och 1993–2000). Även STAD-studien från 2008 styrker att dopningserfarenhet är klart vanligare bland män än bland kvinnor (Leifman och Rehnman 2008).

Tobak

I Sverige har rökningen bland män minskat sedan 1960-talet och bland kvinnor sedan 1970-talet. Nedgången började tidigare för män och har dessutom varit större, vilket gör att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män (Socialstyrelsen 2008).

Ända sedan starten av skolundersökningen 1971 i årskurs 9 har det varit fler flickor än pojkar som uppgett att de är rökare eller daglig-/nästan dagligrökare (tabell 102). Även i gymnasiets årskurs 2 är flickor klart överrepresenterade vad gäller rökning (tabell 103).

Statistiska centralbyrån frågar om rökvanor i sin årliga undersökning om levnadsförhållanden. I den vuxna befolkningen har sedan 1994 fler kvinnor jämfört med män svarat att de röker dagligen (förutom år 1999 då lika många män som kvinnor uppgav detta), en skillnad som blivit större i takt med att andelen dagligrökande män minskar fortare än andelen dagligrökare bland kvinnorna (tabell 104). Intressant är att rökning i Sverige har gått från en manlig till en kvinnlig vana, samtidigt som det enligt WHO (2007) är fler män än kvinnor som röker i Europa. Uppskattningsvis röker 29% av Europas befolkning. Fördelat på kön gäller det 40% av männen och 18% av kvinnor-

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

na. I Sverige rökte 13% av männen och 17% av kvinnorna dagligen 2006 (tabell 104).

Snusning är vanligare bland män än bland kvinnor i Sverige. Under senare år har, enligt Statens folkhälsoinstitut, runt 20% av den manliga befolkningen uppgett att de snusar dagligen jämfört med 4% av den kvinnliga (tabell 105). Det är även en påfallande större andel pojkar än flickor i årskurs 9 som snusar. Det samma gäller för eleverna i gymnasiets årskurs 2.

Dessa skillnader i rökning och snusning innebär dock att tobakskonsumtionen totalt sett (d v s både rökning och snusning) blir mycket likartad. Ända sedan 1990-talet har den totala tobakskonsumtionen för pojkar och flickor i årskurs 9 varit mycket jämn. Även för eleverna i gymnasiets årskurs 2 har könsskillnaderna varit mycket små sedan undersökningens början 2004. Statens folkhälsoinstituts hälsoenkät visar att även för den vuxna befolkningen har könsfördelningen av dagliga tobakskonsumenter varit mycket jämn under hela undersökningsperioden 2004–2007.

Dödsorsaksstatistiken ger en bra uppfattning om hur rökningens skador fördelar sig mellan män och kvinnor. I och med att skadorna av rökning uppkommer först efter en tids rökning sker en viss eftersläpning i dödsorsaksstatistiken jämfört med konsumtionsstatistiken. Förändringar i dödlighet vid lungcancer respektive kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna (inklusive KOL) följer, enligt Socialstyrelsen (2008), mäns och kvinnors skilda utveckling av rökvanor under de senaste 15 åren. För kvinnor har dödligheten i lungcancer och kroniska sjukdomar i nedre luftvägarna ökat med 46 respektive 32% mellan perioderna 1989–1991 och 2003–2005. Däremot minskade männens dödlighet i dessa sjukdomar med 14 respektive 22%. Fortfarande är dock lungcancer vanligare bland män än bland kvinnor, men utifrån nuvarande konsumtionsuppgifter kan det på sikt bli ett omvänt förhållande.

Betydelsen av ett könsperspektiv

Det finns ingen generell förklaring till varför alkohol- och narkotikakonsumtionen skiljer sig mellan män och kvinnor men det finns många teorier, se till exempel Leissner & Hedin 2002, Obot & Room 2005 och Wilsnack & Wilsnack 1997.

Det finns en mängd förklaringar till varför en person blir missbrukare eller storkonsument av alkohol eller andra droger. I de biomedicinska och psykologiska teorierna står egenskaper hos individen i fokus och i de sociologiska och socialpsykologiska ligger fokus på strukturella och relationsbundna faktorer. Ofta är en kombination av individbaserade och strukturella faktorer vanliga som förklaringsmodell (SOU 1994:28). I rapporten sammanfattas

även narkotikakommissionens utredning (Ds S 1982:7). Som förklaringar till att ett missbruk inleds betonas främst faktorer som tillgängligheten av droger, personlighetsdrag samt olika samhällsförhållanden. Orsakerna till fortsatt missbruk och i vissa fall ett ”tungt” missbruk förklaras i en del teorier främst med preparatens beroendeskapande effekter, i andra teorier söks förklaringen i en kombination av individuella och samhälleliga faktorer.

I *Women, Alcohol and Drugs* beskriver Karen Salmose (1989) kvinnors förhållande till alkohol i det förindustriella Stockholm. Författaren kopplar många av de förhållanden hon funnit i det förindustriella Stockholm till andra delar av landet. En stor del av kvinnorna i det förindustriella samhället i Stockholm hade en restriktiv hållning till alkohol. Männens missbruk ledde ofta till lidande för kvinnorna i form av fattigdom och misshandel. Kvinnan hade inte bara ansvar för barnuppfostran och hem utan i många fall även kravet på sig att bidra, eller i vissa fall ensam ansvara för, familjens uppehälle, vilket krävde nykterhet. Nästan all alkoholkonsumtion i det förindustriella Stockholm kan tillskrivas männen. Det förekom att kvinnor drack alkohol men sättet de gjorde det på skiljde sig från männen. Männens sociala drickande var sammankopplat med maskulinitet och ett sätt att leva upp till existerande normer. Kvinnorna drack i mycket mindre mängder och mycket tyder dessutom på att deras drickande hade en mer praktisk eller ”medicinsk” innebörd. Det var till exempel vanligt att kvinnor använde vodka för att bota vanligt förekommande sjukdomar som reumatism och gikt.

I slutet av 1800-talet förbättrades förhållandena i staden. Fler jobb och billigare levnadskostnader ledde till att männen återigen fick huvudansvaret att försörja familjen. Medelklassen växte och med den idealbilden av kvinnan som den ansvarsfulla hustrun och modern som dessutom avhöll sig från alkohol (Salmose 1989).

I artikeln *Hur moderna är vi? Alkohol och tidsandan* skriver Karin Helmersson Bergmark (2005) om alkoholkonsumtionens utveckling under de senaste 25 åren. Under 1900-talet präglades det svenska samhället av en kultur med fokus på arbete och sparsamhet. Det fanns starka moralsystem för hur kvinnor och män skulle handla och tänka. Långsiktiga mål sattes före egen behovstillfredsställelse och återhållen konsumtion möjliggjorde sparande.

Enligt författaren leder den ackumulerande kunskapen till ett allt mer avtraditionaliserat samhälle. I den modernitet vi lever i nu kan man förvänta sig en försvagning av de traditionella moraliska koderna vad gäller alkoholbruk till förmån för en mer individualiserad njutnings- och konsumtionsorientering. Helmersson Bergmark talar i sin artikel om hur vi lever i en tid då regelverk och standardiseringar på allt fler områden ersätter moralens roll. Det konsumtionssamhälle vi lever i bygger mycket på individens preferenser och handlingsval. Det är viktigt att leva ”det goda livet” och att uppnå så mycket nytta och nöje som möjligt.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

Enligt Helmersson Bergmark har de traditionella moraliska institutionerna försvagats och även det normsystem som tidigare bidragit till att hålla alkoholkonsumtionen nere, främst bland kvinnor. 2000-talets samhälle förespråkar, till skillnad från 1900-talets, konsumtion och livsnjutning men samtidigt kontroll och ett hälsosamt liv.

I SOU (1994:28) konstateras att den sociala kontrollen är starkare för kvinnor än för män. Rollen som mor och omgivningens attityder bekräftar att kvinnan måste kontrollera sitt drickande samtidigt som en missbrukande man och får inte skuldbeläggas i samma utsträckning av omgivningen och myndigheter, som en missbrukande kvinna och mor.

Förutom de krav som finns på kvinnan att leva upp till en viss roll finns det även många krav förknippade med att vara man. I en artikel av Courtenay (2000), som bland annat handlar om konstruktionen av manlighet, beskrivs män som mer risktagande än kvinnor. Män försätter sig i fler riskabla situationer än kvinnor och detta förstärker och reproducerar uppfattningen om manlighet.

Även biologiska skillnader kan ge svar på frågan varför män dricker mer än kvinnor, då kvinnor helt enkelt inte behöver dricka lika mycket alkohol som män för att uppnå samma effekt (Wilsnack & Wilsnack 1997). Men, som tidigare påvisats, är män överrepresenterade vad gäller storkonsumtion och berusningsbenägenhet även då hänsyn tas till mäns och kvinnors biologiska skillnader (viktskillnad, känslighet för alkohol etc).

I Sverige ligger alkoholkonsumtionen idag på en historiskt sett hög nivå. Dock bör man ha i minnet att förr stod männen för nästan hela alkoholkonsumtionen. Numera bidrar även kvinnorna vilket förklarar en del av den ökade konsumtionen. Forskningsresultat som påvisar samband mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholskadorna har bl a redovisats av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:25) liksom i *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa* (Edwards 1996) samt i *The effects of Nordic alcohol policies* i (Room red 2002).

För att bättre förstå det växande alkoholproblem som kan tänkas följa i spåren av en ökande totalkonsumtion krävs en bättre förståelse för alkoholkonsumtionen och dess konsekvenser i samhället. En viktig aspekt i det arbetet är att få bättre kunskap om de sociala och kulturella influenser som påverkar och skapar skillnader mellan män och kvinnor. En större kunskap om dessa faktorer kan förhoppningsvis minska de negativa effekter könsstereotypa uppfattningar kan ha för behandling och förebyggande arbete (Wilsnack et al 2005). Exempel på sådana stereotypa fördomar har i USA varit att kvinnors alkoholproblem tidigare ofta blivit försummat och att de missbrukande kvinnorna i vissa fall utsatts för straff istället för behandling. Män, däremot, har ofta fått lära sig att se på sitt eget missbruk som ”normalt”, tills det allvarligt

påverkat deras beteende eller sociala relationer (Wilsnack och Wilsnack 1997).

Enligt de undersökningar som finns är män klart överrepresenterade vad gäller dopning, och i vissa studier tycks dopningserfarenhet i form av anabola androgena steroider (AAS) vara något som i stort sett endast återfinns hos män. Schofield et al (2000) skriver i en artikel om mäns hälsa, att då media utgör en stor del av det moderna samhället påverkar medias bild manliga och kvinnliga ideal. Män i idrottssammanhang är ett tydligt exempel på detta. Förebilderna inom idrotten utgör på många sätt den ultimata bilden av manlighet och detta kan i sin tur ha betydelse för män som använder sig av dopningspreparat för att uppnå dessa ideal. Därtill är de kartlagda biverkningarna av AAS-preparat många och då biverkningarna hos kvinnor är särskilt allvarliga (dopingjouren.se), kan detta vara en förklaring till att färre kvinnor använder AAS-preparat.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att män är överrepresenterade både vad gäller alkoholkonsumtion och narkotikaerfarenhet, men även bland de mer ovanliga företeelserna dopning och sniffning. Kvinnor däremot är överrepresenterade bland andelen rökare medan männen står för merparten av snusandet i landet, vilket i sin tur leder till en jämn könsfördelning av tobakskonsumtionen.

Skillnaderna mellan män och kvinnor för såväl alkohol som narkotika finns, enligt bland annat skolundersökningarna, redan i tidig ålder, men de blir tydligare i gymnasieåldern. Även för daglig rökning eller nästan daglig rökning finns skillnader mellan män och kvinnor redan i skolåldern.

Förutom att män dricker mer alkohol än kvinnor är män dessutom överrepresenterade vad gäller berusningsdrickande och riskkonsumtion av alkohol. Det finns dock tecken på att vissa skillnader börjar utjämnas. I skolundersökningarna i årskurs 9 närmar sig pojkars och flickors alkoholkonsumtion varandra och även undersökningar i den vuxna befolkningen visar på en utjämning mellan könen vad gäller konsumtionen.

I den vuxna befolkningen är det de yngsta individerna (16–29 år samt 20–24 år) och då framförallt männen, som står för den högsta alkoholkonsumtionen samt den största andelen riskkonsumenter. Det är även yngre personer som har störst aktuell narkotikaerfarenhet av narkotikaanvändning och även här utmärker sig männen. Det är en större andel män som uppger aktuell erfarenhet (enbart cannabis i nyare studier) samt redovisar att de någon gång har använt narkotika. Män står även för den största andelen tunga narkotikamissbrukare i de studier som har gjorts. Förutom att fler män än kvinnor missbru-

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

kar narkotika finns det även skillnader inom missbruksområdet, bland annat vid val av narkotiska preparat och missbrukssätt.

Kvinnor och män är långtifrån homogena grupper. Det finns bland annat variabler som ålder och social bakgrund att ta fasta på i diskussioner runt alkohol, narkotika, tobak och andra droger, men av allt att döma är könstillhörigheten en stor och viktig del i att förstå varför människor bland annat dricker alkohol på ett ohälsosamt sätt samt använder narkotika. Det är tydligt att skillnader i mäns och kvinnors bruk av alkohol, narkotika, tobak och andra droger förekommer och för att få en bättre förståelse av detta behövs forskning som tar tillvara såväl kulturella som biologiska, psykologiska och sociologiska faktorer.

Referenser

- Boman U, Hradilova Selin K, Ramstedt M och Svensson J (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006*. Forskningsrapport nr 39. Stockholm, SoRAD.
- Byqvist, S (2005). *Missbruksmönster hos narkotikamissbrukare i Sverige – könsskillnader; Narkotikamissbrukande kvinnor i Sverige – marginalisering och social belastning – könsskillnader*. Rapport 11. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Courtenay WH (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. I: *Social Science & Medicine*. Vol. 50: s. 1385–1401.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- EMCDDA (2006). *Annual report 2006 selected issues*. Luxemburg: Office for Publications of the European Communities.
- Fillmore et al (1997). Patterns and trends in women's and men's drinking. I: Wilsnack RW och Wilsnack SC (1997). *Gender and alcohol – Individual and social perspectives*. New Brunswick, Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Helmersson Bergmark K (2005). Hur moderna är vi? Alkohol och tidsandan. I: Hilde M (red). *Kön, behandling och kunskap – om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Leifman H och Gustafsson N-K (2003). *En skäl för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport 2003:11. Stockholm, SoRAD.
- Leifman H och Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat (preliminär version)*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.
- Nilsson T och Klöfver H (1984). *Alkoholvanor. En översikt av undersökningsresultat från åren 1968–1980*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Room R, red (2002). *The effects of Nordic alcohol policies*. NAD-publication 42. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Salmose K (1989). Women's use of alcohol in a historical perspective. I: Haavio-Mannila E. *Woman alcohol and drugs in the Nordic countries*. NAD-publication 16. Helsinki; Nordic Council for alcohol and Drug research.
- Schofield T, Connel RW, Walker L, Wood JF och Butland D L (2000). Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. I: *Journal of American College Health*. Vol. 48: s. 247–256.
- Socialstyrelsen (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden – Lägesrapport 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008b). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2007*. Statistik, Socialtjänst 2008:4 Stockholm: Socialstyrelsen.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

- Socialstyrelsen (2007). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2006*. Statistik, Socialtjänst 2007:5 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2005*. Statistik, Socialtjänst 2006:8 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2004*. Statistik, Socialtjänst 2005:10 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2003*. Statistik, Socialtjänst 2004:07 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002*. Statistik, Socialtjänst 2003:6 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2001*. Statistik, Socialtjänst 2002:8 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2000*. Statistik, Socialtjänst 2001:6 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000). *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1999*. Statistik, Socialtjänst 2000:6 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999). *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998*. Statistik, Socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1994:28. *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1994:25. *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge*. Betänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Fritzes.
- Statens folkhälsoinstitut och Karolinska Institutet (2005). *Hälsorisker med svenskt smus*. Rapport A nr 2005:15. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Thurelius A-M, Bäckström Rams C och Toll M (2005). *Dopning – fakta och erfarenhet av missbruk*. Stockholm: Gothia.
- Wadman C, Boström G och Karlsson A-S (2007). *Hälsa på lika villkor – resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006*. Rapport nr A-2007-01. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- WHO (2007). *The European Tobacco Control Report 2007*. Copenhagen, WHO.
- Wilsnack RW och Wilsnack SC (1997). *Gender and alcohol – Individual and social perspectives*. New Brunswick, Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Wilsnack RW, Wilsnack SC och Obot IS (2005). Why study gender, alcohol and culture? I: Obot IS och Room R (2005). *Alcohol, gender and drinking problems – Perspectives from low and middle income countries*. Geneva, World health organization.
- www.dopingjouren.se

Metodproblem och tillförlitlighet

Inledning

Till grund för bedömningar av omfattningen och utvecklingen av användningen av de olika medlen i denna rapport ligger en rad olika uppgifter, insamlade med olika metoder, speglade olika delar av det totala komplex som bruk och missbruk utgör. I en del fall är uppgifterna insamlade med det direkta syftet att ta reda på omfattningen av just bruk eller missbruk, t ex genom konsumtionsvaneundersökningar av olika slag. I andra fall kan uppgifterna gälla konsekvenser av användningen; uppgifter om antalet alkoholförgiftningar, antalet hepatitfall eller antalet personer som dömts för narkotikabrott.

Ibland används uppgifter om själva preparaten, t ex narkotikabeslag eller försäljningsstatistik. Dessa uppgifter är betydelsefulla när man vill studera utvecklingen på aggregerad nivå. De säger dock inget om hur användningen fördelar sig mellan olika grupper, vilket är en av anledningarna till att frågeundersökningar används.

En grundläggande svårighet när det gäller att bedöma missbrukets omfattning och utveckling är att missbruksbegreppet är vagt och att det inte finns några klara gränser mellan olika konsumtionskategorier. Detta är uppenbart och välkänt inom alkoholområdet. Det finns många olika definitioner av alkoholmissbruk samtidigt som klara gränsdragningar saknas mellan socialt dryckesmönster, storkonsumtion och alkoholmissbruk (för en närmare diskussion se SOU 1994:28).

Förhållandet är likartat i fråga om narkotika. Olika kategorier av narkotikainvändning går gradvis över i varandra utan klara skiljelinjer. Vad som komplicerar bilden inom detta område är att missbruksbegreppet här har en annan innebörd eftersom all icke läkarförskrivna användning av sådana medel som finns upptagna i narkotikaförordningen är missbruk i juridisk mening.

En bedömning av narkotikamissbrukets omfattning enligt en sådan begreppsförklaring skulle innefatta alla som under någon tid använt medel som definieras som narkotika. Samtidigt används begreppet narkotikamissbruk ofta med en mera skadeorienterad innebörd, liknande den gällande alkoholmissbruk.

Inom alkoholområdet kan begrepp som ”alkoholmissbruk”, ”alkoholberoende” och ”storkonsumtion” förekomma. Man försöker också hålla isär socialt

Metodproblem och tillförlitlighet

bruk och missbruk. Inom narkotikaområdet har det inte alltid varit lika självklart att skilja mellan den legala missbruksdefinitionen och den mera skadeorienterade. Naturligtvis kommer man fram till helt andra uppskattningar av antalet narkotikamissbrukare om man räknar med varje person som någon gång under det senaste året använt något narkotiskt medel jämfört med dem som använder mer eller mindre regelbundet.

Att olika definitioner leder till skilda bedömningar av missbrukets omfattning är en självklarhet. Något som komplicerar situationen ytterligare är dels att olika typer av data och olika undersökningsmetoder fångar in olika användarkategorier, dels att tillgängliga metoder och tillgängliga uppgifter har uppenbara brister när de ska användas som underlag för bedömningar av missbrukets omfattning och utveckling.

Vissa metoder är bäst ägnade att belysa det sociala alkoholbruket eller det tillfälliga narkotikamissbruket, medan de inte ger någon kunskap alls om omfattningen av alkoholmissbruk eller tungt narkotikamissbruk. Andra metoder eller data kan tas som utgångspunkt för bedömningar av alkoholmissbrukets eller det tunga narkotikamissbrukets omfattning, men säger ingenting om tillfällighetsanvändarnas antal.

I följande avsnitt redovisas en del av de metodproblem och svårigheter som föreligger när man utifrån de olika undersökningar och statistiska underlag som föreligger skall bedöma omfattningen och utvecklingen av missbruket.

Metodproblem vid frågeundersökningar

Det vanligaste tillvägagångssättet för att få reda på människors handlingar och åsikter är att fråga dem. Inom samhällsvetenskaperna är frågeundersökningar mycket vanliga och i många sammanhang den enda möjliga metoden.

De datainsamlingsmetoder som förekommer är besöksintervjuer, telefonintervjuer, postenkäter och gruppenkäter. En enkät innebär att uppgiftslämnaren själv fyller i svaren på frågorna. De olika datainsamlingsmetoderna har olika användningsområden och olika för- och nackdelar, bl a i fråga om risken för olika slags fel.

Resultaten beskriver mer eller mindre väl den verklighet som undersökningarna syftar till att beskriva. Genomförs undersökningen på ett urval – vilket är regel snarare än undantag – kan fel uppkomma just på grund av att det rör sig om ett urval.

Ytterligare ett fel – bortfallsfelet – har att göra med att alla personer som är utvalda att ingå i undersökningen inte deltar, antingen på grund av att de inte går att få tag på eller på grund av att de vägrar att vara med.

Det är inte heller säkert att frågorna blir rätt besvarade beroende på lässvårigheter, på att de varit oklart formulerade, på att de som svarar glömt, eller beroende på att han eller hon helt enkelt inte vill tala om hur det förhöll sig. Man brukar i sådana fall tala om mätfel.

Urvalsfel

Frågeundersökningar genomförs sällan som totalundersökningar. Undantag utgörs exempelvis av mönstringsundersökningen och en del undersökningar av mindre grupper, t ex av skolelever i årskurs nio i någon viss kommun eller av klienter vid någon vårdinstitution. Den främsta orsaken till att totalundersökningar sällan genomförs är att de kräver större resurser i fråga om pengar och tid. Det är heller inte säkert att de kunskaper man vill få fram genom undersökningen måste vara så exakta som en totalundersökning i bästa fall ger.

En viktig förutsättning för att resultaten från ett urval ska spegla förhållandena i en population, är att urvalsramen är korrekt. Detta innebär att den förteckning av de individer, skolklasser etc som urvalet görs ifrån verkligen representerar populationen som skall undersökas.

När man genomför besöksintervjuer kan exempelvis urvalsramen utgöras av de hushåll som finns i det s k SPAR-adressregistret. Detta förfaringsätt leder till vissa problem vid tolkningen av resultaten, eftersom de som saknar adresser inte ingår i urvalsramen. Det är sannolikt att dessa individer skiljer sig, speciellt när det gäller missbruk, och liknande selektionseffekter finns även där urvalsramen utgörs av hushållens telefonnummer. Omvänt kan det också vara problematiskt att telefonnummersätta ett urval som är draget ur befolkningsregistret.

För att resultaten från en urvalsundersökning skall gå att generalisera till hela populationen, d v s vara giltiga för den del av befolkningen från vilken urvalet har dragits, måste urvalet göras enligt bestämda regler. Generaliseringar till populationen är i princip endast tillåtna när någon typ av slumpmässigt urvalsförfarande har använts. Ett slumpmässigt urval karakteriseras av att varje individ i populationen har chans att komma med i urvalet. Chansen behöver inte vara lika stor för alla men den måste vara känd. De vanligaste slumpmässiga urvalsförfarandena är obundet slumpmässigt urval, systematiskt urval, stratifierat urval och klusterurval.

Det är troligt att de svar man får av ett urval av personer inte fördelar sig exakt så som svaren skulle ha gjort om alla i populationen hade blivit tillfrågade. Samtidigt är det just populationens svarsfördelning som är av intresse. Det gäller därför att med hjälp av svaren från personerna i urvalet skatta (estimera) hur populationen i sin helhet skulle ha svarat. Det kan t ex gälla hur stor andel av populationen som använt en viss mängd alkohol eller som använt viss narkotika.

Skattningen av populationsvärdet innehåller bl a slumpfel. Under förutsättning att urvalet är slumpmässigt går det att beräkna inom vilket intervall (s k konfidensintervall) det sanna värdet (d v s populationsvärdet) ligger. Ju större urvalet är, desto mindre blir som regel intervallet.

Med ett rätt genomfört urvalsförfarande utgör urvalsfelet inget större problem i frågeundersökningar. Vad som är viktigt är att osäkerheten i skattningen betonas i resultatredovisningen och att det framgår om t ex skillnader mellan olika år ligger inom den statistiska felmarginalen eller är statistiskt signifikanta. När det gäller tidsserier kan det vara meningsfullt att inte endast notera signifikanta skillnader från ett år till ett annat utan också beakta mer långsiktiga förändringar. Om utvecklingen går åt samma håll under flera på varandra följande år blir slutsatserna om en förändring säkrare.

Bortfallsfel

Med bortfall i intervju- och enkätundersökningar menas dels personer som ingår i urvalet men som inte alls deltar i undersökningen (externbortfall) och dels bortfall av svar på enstaka frågor (internbortfall). Man har i en rad undersökningar från olika forskningsområden visat att personer i bortfallet nästan undantagslöst skiljer sig från dem som svarat. Skillnaderna gäller bl a sådana företeelser som t ex bruk och missbruk av alkohol och andra droger. Drogkonsumtionen är ofta högre i bortfallet än i den grupp som deltagit i undersökningen. Ju större bortfallet är, desto allvarligare blir i regel konsekvenserna för resultatens tillförlitlighet.

Externbortfallets storlek varierar i allmänhet mellan olika datainsamlingsmetoder. Det är som regel störst i postenkäter, mindre i intervjuundersökningar och minst i gruppenkäter. Det kan också variera mellan olika år. Man kan i flera typer av stora undersökningar, t ex ULF-undersökningen, dessutom notera en ökning av bortfallet över tiden – år 2005 uppgick det till 25%, jämfört med 15–20% under 1980-talet. Merparten av ökningen återfinns i kategorin ej anträffade (www.scb.se).

Det kan finnas många orsaker till att en person inte deltar i en undersökning. I skolundersökningarna beror det som regel på att alla elever inte är i skolan på undersökningdagen, på grund av sjukdom, skolk eller ledighet. Bortfallet i mönstringsundersökningen, som är en totalundersökning, beror främst på att alla inte kommer till inskrivning men också på att inte alla som inställer sig vill, eller ges tillfälle, att svara på enkäten.

Även om bortfallet är litet uppkommer problem vid urvalsundersökningar om den företeelse man undersöker är ovanlig, exempelvis heroinmissbruk. Man kan utan vidare anta att de personer det gäller nästan undantagslöst ingår i bortfallet, på grund av att de är oanträffbara; de sitter i fängelse, är intagna på sjukhus eller behandlingshem, eller inte är intervjubara av andra skäl.

Om bortfallet inte är alltför stort och det man vill mäta inte är alltför ovanligt så behöver inte bortfallet förrycka resultaten alltför mycket. Man har t ex i efterhand intervjuat frånvarande elever i skolundersökningar och kompletterat undersökningen med deras svar. Även om drogvanorna många gånger var mer omfattande bland frånvarande elever så påverkas normalt inte totalresultatet i någon avgörande omfattning eftersom de är förhållandevis få (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Mätfel

Med mätfel menas att frågorna inte besvarats på ett korrekt sätt, t ex på grund av att frågan är oklart formulerad, på grund av att den som svarat glömt eller inte vill avslöja hur det förhöll sig.

Mätfelen varierar beroende på vilket område frågorna gäller. Allmänt kan man anta att den tillfrågade medvetet eller omedvetet försöker beskriva sina vanor, handlingar och åsikter på ett sådant sätt att han framstår som en ”normal” person, ett fenomen som kallas social önskvärdhet (Björkman 1979). När frågorna gäller känsliga områden kan risken för mätfel antas vara särskilt stor. Det kan t ex gälla frågor om brott, sexualvanor, psykiska sjukdomar eller drogvanor.

Trots detta används frågeundersökningar i stor utsträckning med syfte att belysa såväl omfattningen av bruk och missbruk som olika personliga, sociala och demografiska förhållanden. Sådana resultat måste p g a det ovanstående tolkas med försiktighet.

I allmänhet antar man att mätfelen leder till en underskattning av bruk och missbruk av droger. Gjorda undersökningar visar som regel att så också är fallet. Jämförelser mellan den redovisade konsumtionen i undersökningar av representativa urval av den vuxna befolkningen och den försålda mängden alkohol visar att endast en del av alkoholkonsumtionen redovisas i svaren. Genom att användning av narkotika är mindre accepterat än användning av alkohol, och därmed ”känsligare”, är det inte osannolikt att underrapporteringen är än större inom detta område. Särskilt kan detta antas vara fallet vid mer frekvent användning.

Man har också antagit att de lämnade svaren ibland kan innebära en överskattning av det faktiska bruket. Den som blir intervjuad kan t ex vilja skryta om sina alkoholvanor. När datainsamlingen sker genom en gruppenkät i en skolklass kan stämningen i klassen och möjligheten att efteråt briljera med sina svar eventuellt bidra till en överskattning.

Om man antar att mätfelen är konstanta över tid kan undersökningsresultaten, trots sådana fel, ge ett tillfredsställande underlag för en bedömning av utvecklingen år från år. Det är dock tänkbart att mätfelen kan variera något

Metodproblem och tillförlitlighet

över tid och därmed påverka sannolikheten för underskattningar respektive överskattningar. Ett skäl till detta är attitydförändringar, d v s inställningen till användningen av exempelvis droger, som kan vara mer eller mindre tillåtande.

Beskrivning av de redovisade undersökningarna

Nedan följer ett antal kortfattade beskrivningar av de undersökningar som återkommer så pass ofta i denna rapport att de förtjänar att kommenteras lite närmare.

Skolundersökningarna

Skolundersökningarna genomförs regelbundet sedan 1971 i årskurserna 6 och 9 samt sedan 2004 i gymnasiets årskurs 2. Studierna genomförs med hjälp av enkäter som distribueras till riksrepresentativa urval av klasser och fylls i av eleverna under skrivningsliknande former. Storleken på undersökningarna har varierat något men de senaste 20 åren har ca 4 000 elever i sexan och ca 5 500 elever i nian svarat medan antalet deltagande gymnasieelever varit strax under 5 000. I sexan ligger bortfallet under 10%, i nian mellan 10 och 15% och i gymnasiet runt 20% (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Frågeformuläret innehåller en grundstomme av frågor som använts under i stort sett hela perioden. Vid några tillfällen har emellertid mera genomgripande förändringar ägt rum. Det är väl känt att förändringar av frågeformuleringar påverkar resultatet. I avgörande fall framgår detta av text och tabeller.

ESPAD – The European School Survey on Alcohol and Other Drugs

År 1995 genomfördes en undersökning av skolungdomars alkohol- och drogvanor i 26 europeiska länder. En långtgående standardisering av såväl datainsamlingsmetodik som målgruppens ålder gjorde det möjligt att för första gången jämföra ungdomarnas drogvanor i de deltagande länderna. Projektet startades och leds av CAN, i samarbete med Europarådets Pompidougrupp (Hibell et al 2005).

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolelever som fyller 16 det år de besvarar enkäten. Urvalen görs slumpmässigt i varje land (oftast klasser, i något enskilda fall utgjorde skolor urvalsenhet) inom de årskurser som har elever i den aktuella åldersgruppen. Eleverna besvarar anonymt likadana frågeformu-

lär översatta till respektive språk. Resultatredovisningen sker i standardiserad form och skickas till CAN för att sammanställas i övergripande rapporter.

Ett viktigt mål är att upprepa datainsamlingen med jämna mellanrum för att på så vis kunna följa utvecklingen över tid, såväl inom som mellan länderna. Våren 1999 respektive våren 2003 genomfördes ytterligare datainsamlingar, även våren 2007 genomfördes en insamling och resultaten från den beräknas vara tillgängliga 2009.

Mönstringsundersökningarna

Mönstringsundersökningarna var årliga undersökningar av de som infann sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor perioden 1970-2006. Detta gjorde samtliga män som fyllde 18 år under det aktuella kalenderåret, med undantag för de som saknade svenskt medborgarskap, liksom personer som med läkarintyg kunde styrka att de saknade möjlighet att göra någon form av totalförsvarsplikt (Guttormsson 2007).

Inför 2007 förändrades mönstringsverksamheten i så pass hög grad att drogvanestudien nu upphört. Förändringen medförde att endast en mindre och selekterad andel av varje mönstringsaktuell generation genomför prövning och därmed ges tillfälle att besvara drogvaneenkäten. Eftersom representativiteten därmed försämrats kraftigt under 2007 är resultaten från 2006 de sista som presenteras i serien.

Redan under 2000-talet försämrades representativiteten eftersom alltför sjukdomstillstånd och lindrigare besvär kom att leda till att den mönstringsaktuella inte behövde infinna sig om läkarintyg skickades in och godkändes. Det är dock svårt att avgöra om, och i så fall i vilken grad, detta haft betydelse för drogvaneenkätens resultat.

Studien genomfördes med anonyma gruppenkäter vilka besvarades enskilt och därefter lades i svarsåldor av respondenterna. Under studiens sista 10 år låg bortfallet mellan 5 och 15%. Till följd av diverse tekniska problem kan inga data presenteras från perioden 1989-1991. Åren närmast före och efter denna period var bortfallet relativt omfattande men data bedöms ändå spegla utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera snedfördelat bortfall. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningarna

Ungdomsundersökningar på urval i åldern 16-24 år (tidigare även 12-15 år) genomfördes mer eller mindre kontinuerligt mellan 1970-talets slut och 2003. Urvalstorleken varierade något under åren och uppgick till ca

Metodproblem och tillförlitlighet

1 500 ungdomar, i 1996 och 1998 års undersökningar intervjuades ca 2 000 ungdomar, och 2003 genomfördes 3 000 intervjuer. Bortfallet har varierat och uppgick till 28% i senaste undersökningen.

Till och med 1994 genomförde SIFO undersökningarna. Detta år gjorde även TEMO en undersökning, liksom 1996 och 1998, medan undersökningen 2003 genomfördes av ARS. Den tidigare redovisade undersökningen från 2000 har uteslutits då man i efterhand funnit att den inte var genomförd på ett metodologiskt acceptabelt sätt vad gäller urvalet (Guttormsson et al 2004).

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a byten av opinionsinstitut och en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1994 års undersökning, samt en del frågeförändringar, försvåras möjligheten att göra jämförelser över tid. Ytterligare en reservation är det ringa antalet intervjuade i TEMOs del av 1994 års undersökning (n=500) vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet det året.

Vuxenundersökningarna

Allmänhetens (15/16–75 år) drogvanor har studerats sedan början av 1980-talet. Till och med 1990 genomfördes undersökningsserien av SIFO, men 1992–2000 gjordes intervjuerna av TEMO. Därefter har ingen ytterligare undersökningen i denna serie genomförts. Personerna i urvalen intervjuades vid hembesök.

Under perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då endast 500 intervjuer gjordes. Urvalet vid 1996 och 1998 års undersökningar uppgick till 1 500 personer, och till ca 2 000 nästföljande undersökning (Helmersson-Bergmark 2001). Bortfallet låg i de senaste undersökningarna runt 40%. För att kompensera detta tillämpades ett vägningsförfarande, vilket i korthet bygger på bortfallets fördelning i ett antal kategorier baserade på kön, ålder och boendeort. Om en respondent tillhör en kategori där bortfallet är förhållandevis stort, vägs dennes svar upp i motsvarande grad.

Urvalets storlek kan anses ge tillförlitliga resultat för gruppen som helhet. När man däremot studerar undergrupper i materialet, t ex ett snävare åldersintervall, blir skattningarna genast mer osäkra. Vissa av resultaten från dessa undersökningar redovisas som glidande medelvärden för att motverka tvära kast i tidsserierna. I praktiken innebär detta att ett redovisat värde för t ex 1994, utgörs av medelvärdet för 1993, 1994 och 1995. Studien från 2000 är den sista som genomförts i denna serie.

Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF)

När det gäller beskrivningen av tobaksvanor i befolkningen märks främst Statistiska Centralbyråns regelbundna undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden som har genomförts sedan mitten av 1970-talet. Undersökningen innehåller varje år grundläggande frågor om rökvanor. Vissa år görs dessutom fördjupningar på några olika områden. Åren 1980–1981, 1988–1989 och 1996–1997 gjordes fördjupade studier på hälsoområdet och då ingick också snusfrågor.

De resultat som används i denna rapport är ettårsvärden, till skillnad från en del andra redovisningar där tvåårsmedelvärden redovisas. Undersökningarna genomförs som besöksintervjuer i ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Nettourvalet uppgår till närmare 8 000 personer och bortfallet har ökat något sedan mitten på 1980-talet och uppgick till 25% 2005.

Medlemskapet i EU innebär inom en mängd samhällsområden en anpassning till de regelverk som medlemsländerna gemensamt bestämmer. Detta faktum gäller även inom statistikens område och då även ULF-undersökningen. Via processen att EU-anpassa statistiken har SCB kunnat besluta om en kvalitets-säkrad övergång till intervju via telefon som huvudsaklig metod – från och med 2007 – istället för som tidigare då man använde sig av besöksintervjuer (www.scb.se).

Nationella folkhälsoenkäten

Våren 2004 genomförde Statens folkhälsoinstitut den första nationella enkäten om folkhälsa – *Hälsa på lika villkor*. Enkäten postades med hjälp av SCB till 20 000 slumpmässigt utvalda personer och 61% av dessa besvarade frågorna (Boström och Nykvist 2004). Undersökningen genomförs årligen och är ett fortlöpande samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges landsting/regioner.

I den första studien ingick 18–84-åringar men sedan 2005 inkluderas även 16- och 17-åringar. Detta gör att speciellt åldersgruppen 16–29 år inte bör jämföras över tid utan en viss reflektion. Utöver den nationella datainsamlingen genomförs enkäten även regionalt i ett antal län. I enkäten ställs bl a frågor om alkohol, cannabis och tobak.

Riskkonsumtion av alkohol definieras i den här studien som att ha 8–12 poäng för män på tre frågor som rör alkoholvanor och 6–12 poäng för kvinnor. Dessa frågor motsvarar de tre första i det internationella AUDIT-testet (The Alcohol Use Disorders Identification Test). Det fullständiga testet är på tio frågor och är till för att identifiera personer med alkoholproblem, varav de tre första frågorna mäter riskabelt drickande (www.who.int). I folkhälsoenkäten

räknas även de respondenter in som uppgett att de har varit berusade två till tre gånger i månaden eller oftare i gruppen riskkonsumenter (Boström 2008).

SoRADs månadsmätningar

Sedan juni 2000 genomför Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD) s k månadsmätningar, vilka syftar till att mäta den totala alkoholkonsumtionen i Sverige inkluderande oregistrerad konsumtion.

På uppdrag genomför TEMO vid varje månadsskifte 1 500 telefonintervjuer i Sveriges vuxna befolkning (16–80 år). Frågorna rör resandeförsel, smuggling och hemtillverkning av alkoholdrycker och avser den senaste 30-dagarsperioden (SOU 2004:86).

Genom att kombinera uppgifter om den i Sverige registrerade alkoholkonsumtionen (försäljningen) med svaren om anskaffningssätt i månadsmätningarna kan skattningar av den totala alkoholkonsumtionen göras. Det bör påpekas att uppgifterna om oregistrerad alkoholkonsumtion är just skattningar av de olika delmängderna, eftersom det finns olika metodologiska problem förknippade med självrapporterade svar uppgivna i frågeundersökningar. Mätningarna har dock genomförts på samma sätt hela 2000-talet och torde ge en god bild av utvecklingen av de olika mängderna oregistrerad alkohol. Sedan 2003 skattas även införseln av tobaksvaror.

ECAS – European Comparative Alcohol Study

I föreliggande rapport hämtas några internationella data från den s k ECAS-studien varför det kan vara relevant att beskriva uppläggningsmetoden av denna undersökning och de huvudsakliga datainsamlingsmetoder som använts. Det fullständiga namnet på studien är ”A Comparative Analysis of Alcohol Policy and its Effects in the EU-states”. Resultaten sammanfattas i rapporten ”Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy response in 15 European Countries” (Norström 2002). Studien var ett samarbetsprojekt mellan Sverige och Finland med Folkhälsoinstitutet som administrativt ansvarigt. I studien deltog samtliga EU-länder (utom Luxemburg) samt Norge.

Syftet med studien var att analysera och jämföra mellan länderna och mellan olika tidpunkter när det gäller: a) alkoholpolitik, b) konsumtionsvolym, c) konsumtionsmönster, d) alkoholrelaterad dödlighet och e) sambanden mellan konsumtionsutveckling och alkoholrelaterad dödlighetsutveckling.

Konsumtionsdata har i huvudsak erhållits från the Brewers' Association of Canada. Data är omräknade till per capitakonsumtion alkohol 100% för invånare 15 år och äldre. I denna rapport redovisas enbart utvecklingen av död-

ligheten i levercirrhos. Dödlighetsdata har hämtats från WHO:s databas rörande dödsorsaker.

Beskrivningen av alkoholpolitikens utveckling i de olika länderna bygger på en enkät som samtliga deltagande länder besvarat. Den har sedan kodats mot en skala där följande sex aspekter inkluderats: Bestämmelser för partihandel (3 poäng), detaljhandel och restauranger (7p), åldersgränser vid partihandel och restauranger (3p), reklam (2p), blodalkoholgränser (3p), program och/eller myndighet för allmänt förebyggande arbete inom alkoholområdet respektive för undervisnings- eller informationsarbete inom det samma (2p). Totalt kunde 20 poäng erhållas.

UNO- och MAX-undersökningarna

Vid tre tillfällen har det genomförts nationella kartläggningar, eller så kallade case-finding studier i Sverige; 1979, 1992 och 1998. Case-finding innebär helt enkelt att man samlar in uppgifter om de personer (cases) som uppfyller ett kriterium för narkotikamissbruk. Uppgifterna samlas in från myndigheter och organisationer som har kontakt med missbrukarna, till exempel socialtjänst, vårdinrättningar, polis och kriminalvård. I många fall lämnas flera blanketter in för en och samma person, något som man kan kontrollera genom en för varje person unik kod, varvid dubbelräkning kan undvikas.

I nästa steg skattas det så kallade mörkertalet. Uppgiftslämnarna har inte kännedom om samtliga missbrukare och de okända är i detta fall det mörkertal som skall adderas till de redan kända fallen. Tekniken kallas för capture-recapture och härstammar från biologin där metoden använts för att skatta djurpopulationer, till exempel antalet fiskar i en sjö. I dess enklaste variant fungerar metoden så här: Anta att det finns M stycken individer i en population. M är okänt, och vi önskar få en skattning av M . Vi fångar n_1 individer och märker dem. De fångade individerna släpps ut igen. Efter någon tid fångar vi n_2 individer. Det visar sig att s av dessa var märkta.

Om vi betecknar proportionen märkta individer med p så gäller det att

$$p = n_1/M \quad (1)$$

Här är både p och M okända. Vi kan dock skatta proportionen p från den andra fångsten som

$$\hat{p} = s/n_2 \quad (2)$$

dvs som proportionen märkta individer i den andra fångsten. Om vi sätter in \hat{p} i stället för p i (1) och förenklar uttrycket så får vi som skattning av M :

$$\hat{M} = n_1/\hat{p} = n_2 \cdot n_1/s \quad (3)$$

Metodproblem och tillförlitlighet

Förutsättningarna för att metoden skall fungera är a) att populationen är sluten (inga individer får tillkomma eller försvinna mellan mättillfällena) b) att fångsterna innebär ett slumpmässigt urval av alla individer c) att alla individer har samma sannolikhet att infångas d) att sannolikheten är större än 0 e) samt att ett oberoende råder mellan fångstillfällena (fångst vid första tillfället får inte påverka sannolikheten att individen fångas en andra gång).

Det har noterats att det i denna typ av undersökningar inte är realistiskt att anta att insamlingssystemen är oberoende. Systemen representerar här olika fångstillfällen. Detta leder troligen till en underskattning av antalet. Ett annat antagande för capture-recapture metoden är att urvalet till undersökningen i någon mening är slumpmässigt. Inte heller på denna punkt uppfyller undersökningarna från 1992 och 1998 kraven (1979 var en totalundersökning).

Under senare år har metodiken för analys av den här typen av data utvecklats påtagligt och metodiken för log-linjära modeller får sägas innebära ett genombrott. Man kan nu hantera ett beroende mellan datakällorna, och man kan även tillåta att olika individer har olika sannolikhet att registreras. Sammanfattningsvis kan man konstatera att flera av de problem som förknippas med case-finding metodik numera går att hantera. Det är också bakgrunden till att datamängderna för 1979 och 1992 har återanalyserats (Olsson 2000).

Indikatorer på bruk och missbruk

Missbruk av olika droger får ofta en rad konsekvenser för missbrukarna. Ju allvarligare en persons missbruk är desto större är sannolikheten för att detta leder till komplikationer, blir känt och registrerat. Det kan gälla intagning på sjukhus eller behandlingshem på grund av missbruk eller något följdtilstånd, t ex alkoholpsykos eller hepatit. Andra exempel är dödsfall till följd av levercirrhos eller överdos av heroin. Missbrukaren kan också bli känd av polis eller domstolar, såväl på grund av brott mot narkotikalagarna som på grund av andra brott.

Det finns också data som inte är individrelaterade men som ändå kan antas ha ett samband med antalet missbrukare, t ex alkoholförsäljningen eller narkotikabeslagens omfattning.

Sådana uppgifter har på grund av deras samband med missbruket använts som mått på detta, d v s som så kallade indikatorer. Vissa försök har gjorts att med sådana uppgifter som grund beräkna antalet missbrukare. Vanligast är dock att indikatorerna tas som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen. De svårigheter och den osäkerhet som detta tillvägagångssätt innebär har främst att göra med att indikatorerna också påverkas av andra faktorer än utvecklingen av missbruket. De speciella förhållanden som kan antas inverka

på olika data som redovisas i rapporten tas upp i respektive avsnitt medan framställningen i det följande är av mer övergripande karaktär.

Flera av de dataserier som redovisas i rapporten kommer från olika vårdinrättningar. Det förhåller sig självfallet så, att ett ökande missbruk förr eller senare leder till en ökning av efterfrågan på vård och behandling och därmed som regel till en ökning av antalet vårdade missbrukare. Antalet vårdade missbrukare kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och i vilken utsträckning de tillgängliga platserna utnyttjas av personer som inte är missbrukare. Samma förhållande gäller beträffande statistiken över narkotikamissbrukare inom kriminalvården. I detta fall kan osäkerhet beträffande siffrorna också bedömas uppkomma på grund av att man inte alltid säkert vet om en intagen är missbrukare.

Uppgifterna om t ex omhändertagande av berusade personer, trafiknykterhetsbrott och narkotikabrott, om misstänkta personer och om beslag av narkotika påverkas av polisens arbetsinsats, effektivitet och prioriteringar. I många fall är det mycket svårt eller omöjligt att avgöra i vilken utsträckning förändringar i en sifferserie beror på faktiska förändringar eller på andra faktorer. Beror en minskning av antalet registrerade omhändertaganden på att färre dricker sig berusade, eller att man väljer att ta hand om en allt mindre del? Beror en ökning av antalet cannabisbeslag på att fler använder cannabis, eller lyckas rättsväsendet få tag på en större del av innehaven? För varje indikator är det viktigt att bedömningen görs med hänsynstagande till eventuella organisatoriska och resursmässiga förändringar, samtidigt som förändringar i själva statistikproduktionen dessutom kan ha betydelse.

När det gäller användning av indikatorer, vilka i första hand antas spegla det allvarigare missbrukets utveckling, måste slutsatserna i varje enskilt fall dras med beaktande av andra tänkbara faktorer som kan ha påverkat siffrorna. När tidsserier vilka speglar olika konsekvenser av missbruket pekar i samma riktning, kan slutsatser dras med större säkerhet än när siffrorna går åt olika håll.

Också kvalitativa skillnader mellan indikatorerna måste beaktas vid en bedömning. När det gäller att bedöma alkoholmissbrukets omfattning bör den totala alkoholkonsumtionen tillmätas vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholkonsumtionen och vissa alkoholrelaterade skador är starkt. När det gäller t ex narkotikabeslagen kan antalet beslag antas vara en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna kvantiteterna. Variationer i mängden beslagtagen narkotika beror inte sällan på tillfälligheter, ett enstaka stort beslag kan ensamt avgöra om den totala kvantiteten ökar eller minskar från det ena året till det andra.

Slutligen kan olika indikatorer också antas ge utslag mer eller mindre snabbt när missbruket förändras. För vissa finns ett direkt och omedelbart samband. Ökar alkoholkonsumtionen bör detta kunna avläsas i antalet omhändertagan-

Metodproblem och tillförlitlighet

den av berusade, under förutsättning att det inte sker några andra förändringar som påverkar siffrorna i motsatt riktning. Det samma gäller t ex olika typer av olyckor. Däremot kommer ett ökat alkoholmissbruk först efter en tid att kunna avläsas i t ex dödlighet i levercirrhos eller olika alkoholbetingade kroppsliga sjukdomstillstånd.

Referenser

Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.

Boström G (2008). *Hälsa på lika villkor? – Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. R 2008:17. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

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

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

Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.

Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Olsson U (2000): *Estimation of the number of drug addicts in Sweden – an application of capture-recapture methodology*. Swedish University of Agricultural Sciences, Department of Biometry and Informatics, Report 55.

SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av alkoholinförslutredningen. Stockholm: Fritzes.

SOU 1994:28 (1994). *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.

www.scb.se

Tabeller

Inledande tabellkommentarer

I tabellbilagan finns ett antal tabellkommentarer inkluderade. Dessa berör olika block av sammanhängande tabeller och förtydligar innehållet i dessa samt förklarar vissa definitioner. Huvudsakligen fokuserar de på att kommentera metodologiska förändringar som på något sätt kan ha påverkat de redovisade trenderna. För att få full förståelse för innehållet i tabellerna är det således viktigt att utöver fotnoterna i tabellerna också kontrollera tabellkommentarerna.

I flera fall har uppgiftslämnande källa varierat med åren. T ex erhöles vissa alkoholförsäljningsdata förut av Socialstyrelsen, därefter av Alkoholinspektionen och numer av Statens folkhälsoinstitut. Som källa anges i tabellerna endast aktuell uppgiftslämnare samtidigt som eventuella tidigare uppgiftslämnare framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

I tabellerna återges data i heltal eller med en decimal. Dessutom används följande beteckningar.

- 0 Betyder ingen frekvens (när det rör sig om antal) och mindre än 0,5% när det rör sig om procentandelar.
- Betyder ingen procentandel, när frekvensen varit 0 således.
- .. Betyder att uppgiften existerar men ansetts för osäker att återge.
- . Betyder att ingen uppgift finns att tillgå, frågan inte ställd detta år, m m.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion (tabellerna 1–9)

Vid tolkningen av siffrorna i tabellerna 1 och 4–5, som beskriver utvecklingen av statistikförd alkoholförsäljning, är det viktigt att beakta att andelen oregistrerad alkoholkonsumtion har varierat genom åren.

Försäljningen av mellanöl enligt tabell 1 gäller kvartal 4 för 1965 och kvartal 1–2 för 1977. Cider, alkoläsk och liknande produkter kan med nuvarande lagstiftning och statistikföringsrutiner inte särredovisas. Dessa drycker återfinns registrerade under såväl sprit-, som vin- och maldryckskategorierna, beroende på vilken alkoholbas som använts. Kategorin ”folköl” i samma tabell avser även tidigare ölvarianter svagare än starköl; d v s ”pilsner” o dyl.

I tabell 2 redovisas uppskattningar av den totala alkoholkonsumtionen inklusive oregistrerad konsumtion. Beräkningarna har delvis olika noggrannhet och något annorlunda beräkningsgrunder, men samtidigt är inte dessa problem större än att siffrorna kan jämföras över tid vilket gör denna tidsserie unik. Justeringen av försäljningssiffrorna för 2003 (-0,1 dl) har inte införts i SoRADs beräkningar av den totala konsumtionen i tabell 2 varför denna är något överskattande detta år. Det kan också noteras att Statens folkhälsoinstitut redovisar en något högre registrerad försäljning än vad SoRAD gör 2005.

Utvecklingen i länen beskrivs i tabellerna 4–5 och det är viktigt att beakta att semestervistelser, gränshandel och arbetspendling kan göra att vissa läns konsumtion överskattas medan andra underskattas. År 1997 slogs Malmöhus län samman med Kristianstads län till Skåne län och 1998 slogs Göteborg och Bohus län samman med Älvsborgs län och Skaraborgs län till Västra Götalands län. Av utrymmesskäl och för jämförbarhetens skull har dessa län räknats samman även tidigare år.

I tabell 4 ingår inte folkölsförsäljning eftersom regional försäljningsstatistik saknas för denna dryck. Vidare ingår inte bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna åren 1987–1994, varför siffrorna inte är fullt jämförbara med efterföljande år. I tabell 5 redovisas en teoretiskt invägd folkölsförsäljning per län 1995–2004 beräknad efter den övriga per capita-försäljningens storlek.

Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2006. (Diagram 1, 2 och 13)

År	Sprit		Vin		Starköl		Mellanöl (kl II B)		Folköl (kl II A)		Totalt		Index 1985 = 100
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	
1861	7,6	94	0,1	1	.	.	.	.	0,4	5	8,1	100	133
1862	7,6	90	0,1	1	.	.	.	.	0,7	8	8,4	100	138
1863	8,7	91	0,1	1	.	.	.	.	0,8	8	9,6	100	157
1864	7,7	91	0,1	1	.	.	.	.	0,8	9	8,5	100	139
1865	8,5	91	0,1	1	.	.	.	.	0,7	8	9,3	100	152
1866	7,8	91	0,1	1	.	.	.	.	0,7	8	8,6	100	141
1867	6,2	90	0,1	1	.	.	.	.	0,6	9	6,9	100	113
1868	4,9	89	0,1	2	.	.	.	.	0,6	11	5,5	100	90
1869	6,3	90	0,1	1	.	.	.	.	0,6	9	7,0	100	115
1870	7,8	91	0,1	1	.	.	.	.	0,7	8	8,6	100	141
1871	7,9	90	0,1	1	.	.	.	.	0,7	8	8,8	100	144
1872	8,2	88	0,1	1	.	.	.	.	0,9	10	9,3	100	152
1873	8,9	89	0,2	2	.	.	.	.	1,0	10	10,0	100	164
1874	10,2	90	0,2	2	.	.	.	.	0,9	8	11,3	100	185
1875	9,3	89	0,2	2	.	.	.	.	1,0	10	10,4	100	170
1876	9,3	89	0,1	1	.	.	.	.	1,0	10	10,4	100	170
1877	7,9	87	0,1	1	.	.	.	.	1,0	11	9,1	100	149
1878	7,8	85	0,1	1	.	.	.	.	1,2	13	9,2	100	151
1879	6,5	86	0,1	1	.	.	.	.	1,0	13	7,6	100	125
1880	6,1	86	0,1	1	.	.	.	.	1,0	14	7,1	100	116
1881	6,6	85	0,1	1	.	.	.	.	1,1	14	7,8	100	128
1882	6,0	85	0,2	3	.	.	.	.	0,9	13	7,1	100	116
1883	5,8	84	0,1	1	.	.	.	.	1,0	14	6,9	100	113
1884	6,1	81	0,1	1	.	.	.	.	1,2	16	7,5	100	123
1885	6,3	82	0,1	1	.	.	.	.	1,3	17	7,7	100	126
1886	5,9	81	0,1	1	.	.	.	.	1,4	19	7,3	100	120
1887	5,3	80	0,1	2	.	.	.	.	1,3	20	6,6	100	108
1888	5,6	80	0,1	1	.	.	.	.	1,2	17	7,0	100	115
1889	4,7	76	0,1	2	.	.	.	.	1,5	24	6,2	100	102
1890	5,3	76	0,1	1	.	.	.	.	1,6	23	7,0	100	115
1891	5,0	75	0,2	3	.	.	.	.	1,6	24	6,7	100	110
1892	5,0	74	0,2	3	.	.	.	.	1,5	22	6,8	100	111
1893	5,1	80	0,0	0	.	.	.	.	1,3	20	6,4	100	105
1894	5,2	76	0,1	1	.	.	.	.	1,5	22	6,8	100	111
1895	5,2	73	0,1	1	.	.	.	.	1,8	25	7,1	100	116
1896	5,4	75	0,1	1	.	.	.	.	1,7	24	7,2	100	118
1897	5,6	75	0,1	1	.	.	.	.	1,8	24	7,5	100	123
1898	6,0	75	0,1	1	.	.	.	.	1,9	24	8,0	100	131
1899	6,3	75	0,1	1	.	.	.	.	2,0	24	8,4	100	138
1900	6,4	76	0,1	1	.	.	.	.	1,9	23	8,4	100	138
1901	6,4	77	0,1	1	.	.	.	.	1,9	23	8,3	100	136
1902	5,8	76	0,1	1	.	.	.	.	1,8	24	7,6	100	125
1903	5,5	74	0,1	1	.	.	.	.	1,8	24	7,4	100	121
1904	5,2	74	0,1	1	.	.	.	.	1,8	26	7,0	100	115
1905	5,2	72	0,1	1	.	.	.	.	1,9	26	7,2	100	118
1906	5,4	73	0,1	1	.	.	.	.	1,9	26	7,4	100	121

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Forts.

Forts. Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2006. (Diagram 1, 2 och 13)

År	Sprit		Vin		Starköl		Mellanöl (kl II B)		Folköl (kl II A)		Totalt		Index 1985 = 100
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	
1907	5,4	73	0,1	1	.	.	.	.	1,8	24	7,4	100	121
1908	4,9	73	0,1	1	.	.	.	.	1,7	25	6,7	100	110
1909	4,4	72	0,1	2	.	.	.	.	1,6	26	6,1	100	100
1910	4,8	77	0,1	2	.	.	.	.	1,3	21	6,2	100	102
1911	4,9	78	0,1	2	.	.	.	.	1,3	21	6,3	100	103
1912	5,0	78	0,1	2	.	.	.	.	1,3	20	6,4	100	105
1913	5,0	77	0,1	2	.	.	.	.	1,3	20	6,5	100	107
1914	4,8	77	0,1	2	.	.	.	.	1,4	23	6,2	100	102
1915	4,7	76	0,1	2	.	.	.	.	1,4	23	6,2	100	102
1916	3,7	69	0,2	4	.	.	.	.	1,5	28	5,4	100	89
1917	1,2	48	0,2	8	.	.	.	.	1,1	44	2,5	100	41
1918	0,9	75	0,2	17	.	.	.	.	0,1	8	1,2	100	20
1919	1,6	67	0,2	8	.	.	.	.	0,6	25	2,4	100	39
1920	4,2	76	0,2	4	.	.	.	.	1,1	20	5,5	100	90
1921	3,4	74	0,1	2	.	.	.	.	1,1	24	4,6	100	75
1922	2,7	73	0,1	3	.	.	.	.	0,9	24	3,7	100	61
1923	2,7	69	0,1	3	.	.	.	.	1,1	28	3,9	100	64
1924	2,9	69	0,1	2	.	.	.	.	1,2	29	4,2	100	69
1925	3,0	68	0,1	2	.	.	.	.	1,2	27	4,4	100	72
1926	3,0	68	0,2	5	.	.	.	.	1,3	30	4,4	100	72
1927	3,0	67	0,2	4	.	.	.	.	1,3	29	4,5	100	74
1928	3,1	69	0,2	4	.	.	.	.	1,3	29	4,5	100	74
1929	3,2	68	0,2	4	.	.	.	.	1,3	28	4,7	100	77
1930	3,2	67	0,2	4	.	.	.	.	1,4	29	4,8	100	79
1931	3,3	69	0,2	4	.	.	.	.	1,3	27	4,8	100	79
1932	3,0	68	0,2	5	.	.	.	.	1,2	27	4,4	100	72
1933	2,5	68	0,1	3	.	.	.	.	1,0	27	3,7	100	61
1934	2,6	68	0,2	5	.	.	.	.	1,0	26	3,8	100	62
1935	2,7	69	0,2	5	.	.	.	.	1,0	26	3,9	100	64
1936	2,7	69	0,2	5	.	.	.	.	1,1	28	3,9	100	64
1937	2,8	68	0,2	5	.	.	.	.	1,1	27	4,1	100	67
1938	2,9	66	0,2	5	.	.	.	.	1,2	27	4,4	100	72
1939	2,9	66	0,2	5	.	.	.	.	1,3	30	4,4	100	72
1940	2,4	67	0,1	3	.	.	.	.	1,2	33	3,6	100	59
1941	2,4	75	0,1	3	.	.	.	.	0,8	25	3,2	100	52
1942	2,5	76	0,1	3	.	.	.	.	0,7	21	3,3	100	54
1943	2,6	74	0,2	6	.	.	.	.	0,8	23	3,5	100	57
1944	2,7	77	0,2	6	.	.	.	.	0,7	20	3,5	100	57
1945	2,8	74	0,2	5	.	.	.	.	0,8	21	3,8	100	62
1946	3,0	73	0,3	7	.	.	.	.	0,9	22	4,1	100	67
1947	3,2	71	0,3	7	.	.	.	.	1,0	22	4,5	100	74
1948	3,4	74	0,3	7	.	.	.	.	1,0	22	4,6	100	75
1949	3,3	72	0,2	4	.	.	.	.	1,0	22	4,6	100	75
1950	3,4	72	0,2	4	.	.	.	.	1,1	23	4,7	100	77
1951	3,2	70	0,3	7	.	.	.	.	1,1	24	4,6	100	75

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Forts.

Forts. Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2006. (Diagram 1, 2 och 13)

År	Sprit		Vin		Starköl		Mellanöl (kl II B)		Folköl (kl II A)		Totalt		Index 1985 = 100
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	
1952	3,4	71	0,3	6	.	.	.	.	1,1	23	4,8	100	79
1953	3,5	70	0,4	8	.	.	.	.	1,2	24	5,0	100	82
1954	3,3	67	0,4	8	.	.	.	.	1,2	24	4,9	100	80
1955	3,6	67	0,4	7	0,1	2	.	.	1,3	24	5,4	100	89
1956	4,2	72	0,4	7	0,1	2	.	.	1,2	21	5,8	100	95
1957	3,6	68	0,5	9	0,1	2	.	.	1,2	23	5,3	100	87
1958	3,2	65	0,5	10	0,1	2	.	.	1,1	22	4,9	100	80
1959	3,1	63	0,6	12	0,1	2	.	.	1,2	24	4,9	100	80
1960	3,0	63	0,6	13	0,1	2	.	.	1,1	23	4,8	100	79
1961	3,2	63	0,7	14	0,1	2	.	.	1,1	22	5,1	100	84
1962	3,2	63	0,7	14	0,1	2	.	.	1,1	22	5,1	100	84
1963	3,0	59	0,7	14	0,2	4	.	.	1,2	24	5,1	100	84
1964	3,3	61	0,7	13	0,2	4	.	.	1,3	24	5,4	100	89
1965	3,4	60	0,8	14	0,2	4	0,3	5	1,1	19	5,7	100	93
1966	3,4	57	0,8	13	0,1	2	1,1	18	0,6	10	6,0	100	98
1967	3,4	54	0,9	14	0,2	3	1,4	22	0,5	8	6,3	100	103
1968	3,2	48	0,9	14	0,3	5	1,7	26	0,5	8	6,6	100	108
1969	3,3	47	1,0	14	0,3	4	2,1	30	0,4	6	7,0	100	115
1970	3,3	46	1,1	15	0,3	4	2,1	29	0,4	6	7,2	100	118
1971	3,2	46	1,1	16	0,3	4	2,1	30	0,4	6	7,0	100	115
1972	3,3	45	1,3	18	0,2	3	2,1	29	0,3	4	7,3	100	120
1973	3,4	49	1,2	17	0,2	3	2,0	29	0,3	4	7,0	100	115
1974	3,7	50	1,3	18	0,2	3	2,0	27	0,2	3	7,4	100	121
1975	3,8	50	1,4	18	0,2	3	2,1	28	0,2	3	7,6	100	125
1976	3,9	51	1,4	18	0,2	3	2,1	27	0,1	1	7,7	100	126
1977	3,7	51	1,5	21	0,4	5	1,0	14	0,7	10	7,3	100	120
1978	3,8	54	1,5	21	0,7	10	.	.	1,1	16	7,0	100	115
1979	3,8	54	1,5	21	0,8	11	.	.	1,0	14	7,1	100	116
1980	3,4	51	1,5	22	0,8	12	.	.	1,0	15	6,7	100	110
1981	3,1	49	1,5	24	0,8	13	.	.	0,9	14	6,3	100	103
1982	3,0	47	1,6	25	0,8	13	.	.	1,0	16	6,4	100	105
1983	2,8	46	1,6	26	0,8	13	.	.	0,9	15	6,1	100	100
1984	2,6	43	1,7	28	0,9	15	.	.	0,9	15	6,0	100	98
1985	2,5	41	1,7	28	0,9	15	.	.	1,0	16	6,1	100	100
1986	2,6	41	1,8	29	1,0	16	.	.	1,0	16	6,3	100	103
1987	2,4	39	1,8	29	1,0	16	.	.	1,0	16	6,2	100	102
1988	2,3	36	1,8	28	1,2	19	.	.	1,1	17	6,4	100	105
1989	2,3	35	1,9	29	1,3	20	.	.	1,2	18	6,5	100	107
1990	2,1	33	1,8	28	1,3	20	.	.	1,2	19	6,4	100	105
1991	2,1	33	1,8	29	1,2	19	.	.	1,2	19	6,3	100	103
1992	2,0	32	1,8	29	1,2	19	.	.	1,3	21	6,3	100	103
1993	1,9	31	1,8	29	1,3	21	.	.	1,3	21	6,2	100	102
1994	1,7	27	1,9	30	1,3	21	.	.	1,4	22	6,3	100	103
1995	1,6	26	1,8	29	1,4	23	.	.	1,4	23	6,2	100	102
1996	1,5	25	1,9	32	1,3	22	.	.	1,3	22	6,0	100	98
1997	1,3	22	2,0	34	1,4	24	.	.	1,2	20	5,9	100	97

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Forts.

Forts. Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2006. (Diagram 1, 2 och 13)

År	Sprit		Vin		Starköl		Mellanöl (kl II B)		Folköl (kl II A)		Totalt		Index 1985 = 100
	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	
1998	1,3	22	2,0	34	1,4	24	.		1,1	19	5,8	100	95
1999	1,3	21	2,1	34	1,6	26	.		1,1	18	6,1	100	100
2000	1,3	21	2,2	35	1,7	27	.		1,0	16	6,2	100	102
2001	1,4	22	2,4	37	1,8	28	.		0,9	14	6,5	100	107
2002	1,4	20	2,8	41	1,9	28	.		0,8	12	6,9	100	113
2003	1,3	19	2,8	41	2,0	29	.		0,8	12	6,9	100	113
2004	1,1	17	2,8	43	1,9	29	.		0,7	11	6,5	100	107
2005	1,1	17	2,9	44	1,9	29	.		0,7	11	6,6	100	108
2006	1,2	18	3,0	44	2,0	29	.		0,6	9	6,8	100	111

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 2. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2007. (Diagram 3)

År	Registrerad försäljning	Oregistrerad konsumtion			Total konsumtion	Andel oregistrerad (%)
		Legal	Illegal	Totalt		
1976	7,7	.	.	1,1	8,8	12
1978	7,0	.	.	1,1	8,1	14
1989	6,5	0,8	0,3	1,2	7,7	16
1990	6,4	1,1	0,3	1,4	7,8	18
1991	6,2	.	.	.	.	.
1992	6,3	.	.	.	.	.
1993	6,2	0,9	0,6	1,5	7,7	19
1994	6,3	1,0	0,5	1,5	7,8	19
1995	6,2	1,0	0,6	1,6	7,8	21
1996	6,0	1,3	0,7	2,1	8,0	26
1997	5,9	1,7	0,5	2,2	8,2	27
1998	5,8	1,7	0,5	2,2	8,1	27
1999	6,1	.	.	.	.	.
2000	6,2	1,5	0,4	2,2	8,4	26
2001	6,5	2,0	0,6	2,6	9,1	29
2002	6,9	2,3	0,7	3,0	9,9	30
2003	7,0	2,5	0,8	3,3	10,3	32
2004	6,5	2,9	1,0	3,9	10,4	38
2005	6,5	2,4	1,2	3,6	10,2	36
2006	6,8	1,9	1,1	3,0	9,7	31
2007 ^{a)}	7,0	1,8	1,0	2,8	9,8	29

Källor: Kühlhorn et al (2000), Leifman och Gustavsson (2003) samt SoRAD.

a) En preliminär skattning för 2007.

Tabell 3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2007, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 4)

Dryckestyp och ursprung	Liter alkohol 100%	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsum- tionen (%)
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	1,0	40	10
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,1	6	1
Resandeförsel	0,9	38	9
Smugglade	0,3	12	3
Hembrända	0,1	3	1
Summa	2,4	100	24
Vin			
Systembolagets försäljning	2,9	73	29
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,2	7	3
Resandeförsel	0,6	14	6
Smugglat	0,1	2	1
Hemtillverkat	0,1	3	1
Summa	3,9	100	40
Starköl			
Systembolagets försäljning	1,5	53	16
Restaurangförsäljning	0,6	21	6
Resandeförsel	0,4	13	4
Smugglat	0,4	15	4
Hemtillverkat	0,0	1	0
Summa	2,9	100	30
Folköl	0,7	100	7
Internet ^{b)}	0,0		
Totalt	9,8		100

Källa: SoRAD.

a) Aktuella siffror saknas för 2007.

b) Beräkningar från år 2003

Tabell 4. Länsvis försäljning av sprit, vin och starköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1988–2005. ^{a)}

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Götaland	Blekinge	Skåne	Halland
1988	6,6	4,5	4,7	4,4	3,8	4,0	4,7	6,2	4,3	4,1	4,6
1989	6,7	4,5	4,8	4,4	3,8	4,1	4,9	6,2	4,4	4,1	4,7
1990	6,5	4,4	4,7	4,2	3,6	3,9	4,7	6,0	4,3	3,9	4,3
1991	6,4	4,2	4,6	4,1	3,5	3,9	4,6	5,9	4,1	3,8	4,4
1992	6,0	4,2	4,5	4,0	3,4	3,8	4,5	5,9	4,0	3,6	4,2
1993	5,8	4,1	4,2	3,9	3,4	3,6	4,4	5,7	3,8	3,7	4,0
1994	5,8	4,1	4,2	3,8	3,3	3,6	4,4	5,6	3,8	3,7	3,8
1995	6,5	4,5	4,6	4,1	3,4	3,6	4,9	6,5	4,0	3,8	3,8
1996	6,7	4,6	4,4	4,1	3,2	3,6	4,6	6,2	3,9	3,6	3,2
1997	6,8	4,5	4,6	4,1	3,2	3,4	4,6	7,9	3,6	3,5	3,6
1998	6,8	4,2	4,7	4,2	3,3	3,4	4,5	7,0	3,6	3,4	3,6
1999	7,6	4,9	5,2	4,7	3,6	3,7	5,0	7,7	4,1	3,7	3,9
2000	7,5	4,9	5,6	4,6	3,5	3,6	4,8	6,5	3,8	3,7	3,6
2001	8,0	4,9 ^{b)}	5,4	5,0	3,7	3,9	5,1	8,1	4,1	3,9	4,1
2002	8,2	5,9	5,9	5,3	4,0	4,2	5,5	8,6	4,4	4,1	4,8
2003	7,8	6,0	6,2	5,3	4,1	4,2	5,5	9,2	4,6	4,0	4,9
2004	7,7	5,9	5,9	5,0	4,0	4,0	5,2	8,6	4,2	3,9	4,6
2005	7,7	5,8	6,1	5,0	4,2	4,1	5,3	8,6	4,4	3,8	4,6

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Väster-botten	Norrland	Hela landet
1988	4,8	4,8	4,2	4,2	4,2	4,3	4,6	5,5	3,9	4,9	4,9
1989	4,8	4,9	4,2	4,3	4,1	4,3	4,6	5,6	3,9	5,1	5,0
1990	4,6	4,7	4,1	4,2	4,0	4,1	4,5	5,4	3,8	4,9	4,7
1991	4,5	4,5	4,0	4,1	4,1	4,1	4,5	5,2	3,8	4,8	4,6
1992	4,4	4,6	3,9	4,1	3,9	4,0	4,2	5,1	3,8	4,6	4,5
1993	4,3	4,3	3,6	4,0	3,7	3,7	3,9	4,8	3,6	4,2	4,3
1994	4,2	4,4	3,6	4,0	3,8	3,7	3,9	4,9	3,6	4,0	4,3
1995	4,7	4,8	3,7	4,3	4,5	4,2	4,2	6,1	4,2	4,6	4,8
1996	4,2	4,8	3,9	4,2	4,4	4,1	4,3	6,0	4,1	4,3	4,7
1997	4,5	5,0	4,0	4,3	4,4	4,1	4,3	6,1	4,3	4,4	4,7
1998	4,5	5,1	4,0	4,3	4,6	4,1	4,2	6,5	4,3	4,5	4,7
1999	5,0	5,8	4,5	4,9	5,1	4,7	5,0	7,1	5,0	4,9	5,0
2000	4,9	5,8	4,4	4,8	5,0	4,6	5,0	7,1	5,2	5,0	5,2
2001	5,2	6,7	4,7	5,1	5,5	5,2	5,4	7,8	5,4	5,3	5,6
2002	6,0	7,7	5,3	5,6	6,0	5,7	5,8	8,4	5,8	5,6	6,1
2003	6,0	8,0	5,1	5,6	6,2	5,9	6,1	8,8	6,1	6,4	6,1
2004	5,6	7,2	4,8	5,3	5,9	5,7	6,2	8,6	6,3	6,0	5,8
2005	5,8	7,4	5,1	5,2	6,0	5,5	6,0	8,8	6,2	6,2	5,9

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1979–1987 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) De svenska bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingick ej före 1995. Folkölsförsäljning ingår inte något år.

b) År 2001 saknas uppgifter från restauranger i Uppsala län.

Tabell 5. Länsvis försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1996–2005.

År	Stockholm	Uppsala ^{a)}	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Götland	Blekinge	Skåne	Halland
Sprit											
1996	1,6	1,2	1,5	1,3	1,2	1,5	1,8	1,8	1,5	1,2	1,3
1997	1,5	1,1	1,4	1,2	1,1	1,3	1,6	1,9	1,3	1,1	1,2
1998	1,4	1,1	1,3	1,2	1,0	1,2	1,6	1,9	1,2	1,0	1,1
1999	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,3	1,6	1,9	1,3	1,0	1,2
2000	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,2	1,5	1,7	1,3	1,0	1,1
2001	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,3	1,5	1,9	1,3	1,1	1,2
2002	1,5	1,3	1,4	1,2	1,0	1,3	1,5	1,9	1,3	1,1	1,2
2003	1,3	1,1	1,3	1,1	1,0	1,1	1,4	1,8	1,2	0,9	1,1
2004	1,1	1,0	1,1	1,0	0,8	1,0	1,2	1,6	1,0	0,8	0,9
2005	1,2	1,1	1,2	1,0	0,9	1,0	1,2	1,7	1,1	0,7	0,9
Vin											
1996	3,1	2,0	1,8	1,6	1,1	1,2	1,5	2,0	1,3	1,5	1,3
1997	3,3	2,1	2,0	1,7	1,1	1,2	1,6	2,6	1,3	1,6	1,5
1998	3,3	2,1	2,1	1,8	1,1	1,2	1,6	2,7	1,3	1,5	1,5
1999	3,6	2,3	2,3	2,0	1,3	1,4	1,8	3,0	1,5	1,7	1,7
2000	3,6	2,3	2,7	1,9	1,2	1,3	1,8	2,8	1,4	1,7	1,6
2001	3,9	2,5	2,5	2,1	1,3	1,5	1,9	3,4	1,5	1,8	1,8
2002	4,0	2,9	2,8	2,4	1,5	1,7	2,2	3,7	1,8	2,0	2,2
2003	4,0	3,1	3,0	2,5	1,6	1,8	2,3	4,2	1,9	2,1	2,4
2004	4,1	3,1	3,0	2,4	1,7	1,8	2,2	4,1	1,8	2,1	2,3
2005	4,0	3,0	3,0	2,4	1,7	1,8	2,3	3,9	1,9	2,0	2,3
Starköl											
1996	2,0	1,3	1,1	1,2	1,0	1,0	1,3	2,4	1,1	0,9	0,7
1997	2,1	1,3	1,3	1,2	1,0	0,9	1,3	3,4	1,0	0,8	0,9
1998	2,1	1,1	1,3	1,3	1,1	0,9	1,3	2,4	1,0	0,9	0,9
1999	2,5	1,5	1,6	1,5	1,3	1,1	1,6	2,8	1,2	1,0	1,1
2000	2,5	1,5	1,7	1,5	1,2	1,0	1,5	2,0	1,1	1,0	0,9
2001	2,6	1,3	1,7	1,6	1,3	1,1	1,6	2,8	1,3	1,0	1,1
2002	2,7	1,8	1,8	1,7	1,4	1,2	1,8	3,0	1,3	1,1	1,3
2003	2,5	1,8	1,9	1,7	1,5	1,3	1,8	3,2	1,5	1,1	1,4
2004	2,6	1,8	1,8	1,6	1,4	1,2	1,7	2,9	1,3	1,1	1,3
2005	2,5	1,7	1,9	1,6	1,6	1,3	1,8	3,0	1,4	1,1	1,4
Folköl 1995–2004 ^{b)}											
1995	1,9	1,3	1,4	1,2	1,0	1,1	1,5	1,9	1,2	1,1	1,1
1996	1,8	1,3	1,2	1,1	0,9	1,0	1,3	1,7	1,1	1,0	0,9
1997	1,7	1,2	1,2	1,0	0,8	0,9	1,2	2,0	0,9	0,9	0,9
1998	1,6	1,0	1,1	1,0	0,8	0,8	1,1	1,6	0,8	0,8	0,8
1999	1,7	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	1,1	1,7	0,9	0,8	0,9
2000	1,4	0,9	1,1	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3	0,7	0,7	0,7
2001	1,3	0,8	0,9	0,8	0,6	0,6	0,8	1,3	0,7	0,6	0,7
2002	1,1	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5	0,7	1,1	0,6	0,5	0,6
2003	1,0	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5	0,7	1,2	0,6	0,5	0,6
2004	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	1,0	0,5	0,5	0,6

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1971–1995 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) År 2001 saknas uppgifter från restauranger i Uppsala län.

b) Teoretiskt uppskattad folkölsförsäljning efter övrig per capita-försäljning, ej uppdaterad 2005.

Forts.

Forts. Tabell 5. Länsvis försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1996–2005.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrbottnen	Hela landet
Sprit											
1996	1,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,4	1,6	2,2	1,4	1,6	1,5
1997	1,3	1,7	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	2,1	1,3	1,4	1,3
1998	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	2,1	1,3	1,4	1,3
1999	1,3	1,8	1,2	1,2	1,3	1,2	1,5	2,2	1,4	1,4	1,3
2000	1,2	1,8	1,2	1,2	1,3	1,2	1,5	2,2	1,4	1,4	1,3
2001	1,3	1,9	1,2	1,2	1,4	1,3	1,5	2,3	1,4	1,4	1,4
2002	1,4	2,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	2,4	1,4	1,4	1,4
2003	1,2	2,0	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	2,2	1,3	1,4	1,3
2004	1,0	1,6	1,0	1,0	1,2	1,2	1,4	1,9	1,2	1,1	1,1
2005	1,1	1,7	1,1	1,0	1,3	1,2	1,4	2,0	1,3	1,2	1,1
Vin											
1996	1,7	1,5	1,4	1,7	1,5	1,4	1,4	1,8	1,3	1,2	1,9
1997	1,9	1,8	1,5	1,8	1,7	1,5	1,6	2,0	1,5	1,4	2,0
1998	1,9	1,9	1,5	1,8	1,8	1,5	1,6	2,2	1,6	1,5	2,0
1999	2,1	2,2	1,7	2,1	2,0	1,8	1,9	2,5	1,9	1,7	2,1
2000	2,0	2,2	1,7	2,0	2,0	1,8	2,0	2,6	2,0	1,7	2,2
2001	2,3	2,6	1,9	2,2	2,2	2,1	2,2	2,9	2,1	1,9	2,4
2002	2,7	3,2	2,2	2,6	2,5	2,4	2,5	3,4	2,4	2,2	2,8
2003	2,9	3,5	2,2	2,7	2,7	2,6	2,7	3,7	2,6	2,6	2,8
2004	2,8	3,3	2,2	2,6	2,7	2,6	2,8	3,8	2,8	2,5	2,8
2005	2,8	3,3	2,2	2,5	2,6	2,4	2,7	3,8	2,6	2,6	2,9
Starköl											
1996	1,2	1,5	1,2	1,2	1,5	1,3	1,2	2,1	1,4	1,5	1,3
1997	1,4	1,6	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	2,0	1,4	1,6	1,4
1998	1,4	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	1,1	2,2	1,4	1,6	1,4
1999	1,7	1,9	1,6	1,6	1,8	1,6	1,5	2,4	1,8	1,8	1,6
2000	1,6	1,8	1,5	1,5	1,7	1,6	1,5	2,3	1,8	1,9	1,7
2001	1,7	2,1	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	2,6	1,9	1,9	1,8
2002	1,9	2,4	1,8	1,8	2,1	1,9	1,9	2,7	2,0	2,0	1,9
2003	1,9	2,6	1,8	1,8	2,2	2,0	1,9	2,9	2,1	2,4	1,9
2004	1,8	2,3	1,7	1,7	2,1	2,0	2,0	2,9	2,3	2,3	1,9
2005	1,9	2,4	1,8	1,7	2,1	1,9	1,9	3,0	2,3	2,4	1,9
Folköl 1995–2004 ^{b)}											
1995	1,4	1,4	1,1	1,3	1,3	1,2	1,2	1,8	1,2	1,4	1,4
1996	1,2	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3
1997	1,2	1,3	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,6	1,1	1,1	1,2
1998	1,0	1,2	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,1
1999	1,1	1,3	1,0	1,1	1,1	1,0	1,1	1,6	1,1	1,1	1,1
2000	0,9	1,1	0,8	0,9	1,0	0,9	1,0	1,4	1,0	1,0	1,0
2001	0,8	1,1	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	1,2	0,9	0,8	0,9
2002	0,8	1,0	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	1,1	0,8	0,7	0,8
2003	0,8	1,0	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8
2004	0,7	0,9	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	1,0	0,8	0,7	0,7

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1971–1995 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

b) Teoretiskt uppskattad folkölsförsäljning efter övrig per capita-försäljning, ej uppdaterad 2005.

Tabell 6. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2006.

År	Spritdrycker %	Vin %	Starköl %	Totalt (räknat som del av alkohol 100%)
1977	3	6	24	5
1978	3	7	22	6
1979	3	7	22	6
1980	3	7	24	7
1981	3	7	25	7
1982	3	8	24	8
1983	3	8	25	8
1984	3	8	25	9
1985	3	8	27	9
1986	4	9	28	10
1987	3	8	29	10
1988	4	8	33	12
1989	4	8	34	13
1990	4	7	35	13
1991	4	6	37	12
1992	4	6	41	14
1993	4	6	44	15
1994	5	7	45	17
1995	6	8	46	18
1996	7	10	46	20
1997	7	12	44	20
1998	8	12	43	20
1999	9	12	41	21
2000	10	11	37	17
2001	14	13	35	19
2002	14	13	34	18
2003	12	14	32	18
2004	15	12	32	17
2005	16	11	31	17
2006	17	10	25	15

Källa: Statens folkhälsainstitut.

Tabell 7. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2007. ^{a)} (Diagram 5)

År	Till allmänheten					Till slutna sällskap	Summa totalt
	Sprit-drycker	Vin	Starköl	Övriga	Summa till allmänheten		
1977	1 527	863	64	69	2 523	486	3 009
1978	1 614	938	63	86	2 701	827	3 528
1979	1 684	983	56	89	2 812	917	3 729
1980	1 739	991	56	100	2 886	968	3 854
1981	1 768	1 013	56	109	2 946	995	3 941
1982	1 850	1 064	49	117	3 080	1 007	4 087
1983	1 966	1 103	51	135	3 255	1 030	4 285
1984	2 161	1 191	57	116	3 525	1 123	4 648
1985	2 460	1 215	57	142	3 874	1 204	5 078
1986	2 712	1 225	53	154	4 144	1 265	5 409
1987	2 943	1 292	58	166	4 459	1 377	5 836
1988	3 124	1 328	56	184	4 692	1 477	6 169
1989	3 463	1 415	61	208	5 147	1 601	6 748
1990	3 729	1 492	63	244	5 528	1 692	7 220
1991	4 005	1 612	65	263	5 945	1 812	7 757
1992	4 345	1 735	75	282	6 437	1 844	8 281
1993	4 758	1 825	87	286	6 956	1 894	8 850
1994	5 143	1 934	105	296	7 478	1 918	9 396
1995	5 812	1 937	86	286	8 121	2 021	10 142
1996	..	..	..	..	..	..	..
1997	6 532	1 760	78	266	8 636	1 871	10 507
1998	7 067	1 614	74	273	9 028	1 851	10 879
1999	7 371	1 447	46	281	9 145	1 855	11 000
2000	7 960	1 341	42	288	9 631	1 866	11 497
2001	8 090	1 269	42	289	9 690	1 861	11 551
2002	8 502	1 240	49	271	10 062	1 897	11 959
2003	8 707	1 188	49	267	10 211	1 879	12 090
2004	8 933	1 048	36	268	10 285	1 778	12 063
2005	9 210	1 001	37	278	10 526	1 780	12 306
2006	9 491	968	37	289	10 785	1 757	12 542
2007	9 500	866	28	287	10 681	1 611	12 292

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 8. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1989–2005.

År		Sprit	Vin	Starköl	Summa	Totalt
1989	S	8 355	5 264	3 091	16 710	
	R	1 240	1 113	2 943	5 296	22 006
	R %	13%	17%	49%	24%	
1990	S	8 595	5 866	3 431	17 892	
	R	1 206	1 085	3 335	5 627	23 519
	R %	12%	16%	49%	24%	
1991	S	8 834	6 350	3 686	18 870	
	R	1 225	1 001	3 582	5 808	24 678
	R %	12%	14%	49%	24%	
1992	S	8 497	6 456	3 602	18 555	
	R	1 133	921	3 620	5 675	24 230
	R %	12%	12%	50%	23%	
1993	S	8 387	6 613	3 361	18 360	
	R	1 103	901	3 795	5 799	24 159
	R %	12%	12%	53%	24%	
1994	S	8 267	7 191	3 589	19 047	
	R	1 217	1 029	4 229	6 475	25 552
	R %	13%	13%	54%	25%	
1995	S	7 858	7 406	3 581	18 845	
	R	1 170	1 001	3 976	6 147	24 992
	R %	13%	12%	53%	25%	
1996	S	7 424	7 813	3 552	18 794	
	R	1 169	1 131	3 743	6 043	24 837
	R %	14%	13%	51%	24%	
1997	S	6 959	8 110	3 225	18 294	
	R	1 406	1 376	4 383	7 165	25 459
	R %	17%	15%	58%	28%	
1998	S	6 907	8 462	3 264	18 633	
	R	1 643	1 532	4 262	7 437	26 070
	R %	19%	15%	57%	29%	
1999	S	7 065	9 211	3 661	19 937	
	R	2 136	1 934	4 900	8 970	28 907
	R %	23%	17%	57%	31%	
2000	S	7 576	9 795	3 986	21 357	
	R	2 670	2 367	5 318	10 355	31 712
	R %	26%	19%	57%	33%	
2001	S	7 680	10 310	4 389	22 379	
	R	2 628	2 325	5 047	10 000	32 379
	R %	25%	18%	53%	31%	
2002	S	7 708	10 828	4 843	23 379	
	R	2 694	2 422	5 254	10 370	33 749
	R %	26%	18%	52%	31%	
2003	S	7 330	11 317	4 945	23 592	
	R	2 954	2 668	5 650	11 272	34 864
	R %	29%	19%	53%	32%	
2004	S	6 383	11 174	4 451	22 008	
	R	2 912	2 835	5 785	11 532	33 540
	R %	31%	20%	57%	34%	
2005	S	6 356	11 470	4 649	22 475	
	R	2 858	3 100	5 656	11 614	34 089
	R %	31%	21%	55%	34%	

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1985–1988 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

Tabell 9. Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. December 1984–december 2007. Realprisindex december 1984=100.

År	Sprit	Vin ^{a)}	Starköl
1984	100	100	100
1985	95	98	98
1986	92	98	102
1987	98	99	105
1988	98	95	110
1989	99	98	117
1990	97	99	116
1991	92	93	111
1992	88	91	111
1993	97	84	106
1994	93	84	104
1995	93	88	100
1996	97	90	105
1997	97	89	86
1998	100	92	87
1999	101	94	86
2000	102	95	84
2001	100	86	83
2002	99	87	82
2003	98	86	81
2004	97	88	77
2005	97	87	75
2006	94	85	72
2007	91	85	71

Källa: Systembolaget.

a) Inklusive cider och blanddrycker.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 10–30)

Blanddrycker, d v s alkoholisk och stark cider, tillkom 1998 i skolundersökningen (tabellerna 10, 12, 14). I och med att inga frågor ställdes om dessa drycker de närmast föregående åren, samtidigt som dryckerna fanns att tillgå, innebär det att totalkonsumtionsvolymen varit underskattande de närmast föregående åren. År 1989 byttes metod för att beräkna totalkonsumtionen, något som ledde till högre tal, i alla fall för pojkarna.

Med begreppet ”icke-konsumenter” i tabellerna 12–15 avses elever som svarat att de inte dricker någon typ av alkohol.

I stället för 18 cl sprit efterfrågades i tabell 16 en ”kvarting sprit” före 2000. Båda frågevarianterna ställdes och redovisas under 2000. Som framgår innebär ändringen en liten men noterbar påverkan på resultaten. T o m 1977 efterfrågades 5 burkar mellanöl, varefter folköl tillkom, samtidigt som starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet inkluderades 1999.

I tabell 18 baseras regionerna på län. ”Södra Sverige” utgörs av Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Halland, ”Mellersta Sverige” av Uppsala, Södermanland, Östergötland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg samt ”Norra Sverige” av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

Tabellerna 19–21 beskriver de mönstrandets konsumtionsvanor. Sedan 1992 viktades resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall. På grund av ändrad frågekontext är inte svaren på berusningsfrågan i tabell 19 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 20 (se tabellnot) och detta kan förklara den kraftiga uppgången av andelen som brukar berusa sig med ”vanligt” vin.

I tabellerna 22–24 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstrecken mellan åren 1979/80 och 1989/90 innebär att undersökningen är genomförd över ett årsskifte). På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1994 års undersökning är det vanskligt att göra jämförelser över tid, i synnerhet som frågor om cider och alkoholisk inte började ställas förrän 1998.

I tabell 25–27 redovisas siffror från Statens folkhälsoinstituts årliga enkätundersökning. 2004 ingick inte 16–17-åringar i urvalet och jämförelser över tid, speciellt för åldersgruppen 16–29 år, bör inte göras utan reflektion.

I Drogutvecklingen i Sverige 2007 (rapport 107) redovisas tabell 28 uppdelad på fyra stycken tabeller med alkoholsorter redovisade per åldersgrupp.

Tabell 10. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2008. (Diagram 6)

År	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}			
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI		
1977	6 034	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4,0	3,5
1978	9 543	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,7	2,9
1979	9 359	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,3	2,7
1980	9 941	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,7	2,1
1981	9 496	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,6
1982	5 146	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,5	1,6
1983	1 641	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	32 819	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	5 820	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,3
1987	5 778	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,4
1988	5 430	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,2	1,4
1989	5 714	0,9	0,4	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,5	2,3	2,7	1,4	1,5
1990	5 977	1,0	0,4	1,0	0,5	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,1	1,8		
1991	5 883	1,0	0,4	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,3	1,6		
1992	5 851	1,1	0,3	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,2	0,7	3,3	1,5		
1993	5 913	1,1	0,5	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,1	1,7		
1994	5 868	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,8		
1995	5 577	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	2,8	1,9		
1996	6 027	1,2	0,6	0,7	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,6	3,0	1,7		
1997	5 683	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,2	2,0		
1998	5 455	1,2	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	0,6	0,6	1,1	0,8	3,9	2,6		
1999	5 198	1,2	0,5	1,0	0,4	0,1	0,2	0,6	0,6	1,3	0,9	4,2	2,6		
2000	5 290	1,4	0,5	1,4	0,5	0,2	0,3	0,8	0,6	1,6	1,1	5,3	2,9		
2001	5 569	1,1	0,4	1,4	0,5	0,2	0,2	0,8	0,6	1,5	1,1	4,8	2,8		
2002	5 349	0,9	0,4	1,2	0,6	0,1	0,2	0,8	0,6	1,1	1,1	4,1	3,1		
2003	5 226	0,7	0,4	1,3	0,6	0,1	0,2	0,8	0,8	1,0	0,9	3,8	2,9		
2004	5 414	0,6	0,3	1,5	0,7	0,1	0,2	1,0	0,9	1,0	0,9	4,1	3,0		
2005	5 373	0,3	0,2	1,2	0,8	0,1	0,2	0,8	0,9	1,0	1,0	3,5	3,2		
2006	4 890	0,4	0,2	1,2	0,6	0,1	0,1	0,8	0,9	1,1	1,0	3,6	2,8		
2007	5 302	0,3	0,2	1,1	0,4	0,1	0,1	0,6	0,6	0,9	0,8	3,0	2,2		
2008	4 884	0,3	0,2	1,3	0,5	0,1	0,1	0,7	0,7	0,9	0,9	3,2	2,5		

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och stark cider.

b) 1989 byttes beräkningsmetod. Totalkolumnen kan avvika något från summan av de olika dryckerna eftersom elever som lämnat någon dryckestyp obesvarad har exkluderats vid beräkningen av den totala konsumtionen.

Tabell 11. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter dryckestyp och kön. 2004–2008. (Diagram 6)

Gy 2	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt	
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI
2004	4 494	0,9	0,3	3,0	0,9	0,1	0,4	1,0	1,1	1,9	1,2	6,8	3,9
2005	4 542	0,7	0,2	3,1	1,2	0,1	0,3	1,0	1,2	1,9	1,2	6,9	4,1
2006	3 772	0,7	0,2	3,4	1,1	0,1	0,4	0,8	0,8	2,0	1,5	7,1	4,0
2007	4 303	0,7	0,2	3,5	1,1	0,2	0,5	1,2	1,1	2,0	1,2	7,6	4,2
2008	3 983	0,6	0,2	3,3	0,9	0,2	0,5	1,0	1,2	1,8	1,1	6,9	4,0

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och stark cider.

Tabell 12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2008.

Åk 9	Antal pojkar	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
1971	1 914	9	.	.	.	.	.	.	.
1972	3 089	10	.	.	.	.	.	.	.
1973	2 789	11	.	.	.	.	.	.	.
1974	2 352	11	..	..	..	..	..	..	..
1975	2 087	11	..	..	..	..	..	..	..
1976	2 151	9	..	..	..	..	..	..	..
1977	3 096	9	21	15	11	10	14	16	3
1978	4 734	11	22	14	13	11	15	13	2
1979	4 630	12	25	15	11	10	13	12	2
1980	4 977	13	30	17	11	10	10	9	2
1981	4 827	15	35	16	9	7	9	7	2
1982	2 599	19	31	13	9	8	9	9	2
1983	833	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	825	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	795	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 942	18	30	16	11	8	8	7	2
1987	2 958	20	31	14	10	7	9	7	2
1988	2 722	22	32	13	10	7	8	7	1
1989	2 863	22	27	15	11	8	9	7	2
1990	3 019	20	29	14	10	8	9	8	2
1991	2 980	18	27	13	10	9	10	8	3
1992	3 000	18	26	15	10	9	10	9	3
1993 ^{a)}	1 495	19	26	14	9	8	9	7	7
1994	2 919	18	26	13	10	9	9	9	7
1995	2 827	21	25	13	9	7	9	7	7
1996	3 071	22	24	12	9	7	9	7	9
1997	2 935	22	25	13	10	8	9	9	3
1998	2 760	21	22	13	10	8	9	11	6
1999	2 683	23	21	12	9	8	10	13	4
2000	2 499	19	21	11	9	8	11	15	6
2001	2 796	20	21	12	9	7	10	14	6
2002	2 726	23	23	11	9	8	10	12	5
2003	2 667	26	24	11	8	7	8	11	5
2004	2 661	28	24	10	7	6	10	12	5
2005	2 689	29	25	10	8	6	8	10	4
2006	2 487	32	23	11	6	5	9	10	4
2007	2 752	34	23	9	7	6	8	9	5
2008	2 480	32	24	9	7	6	7	9	5

Källa: CAN.

a) 1993 års värden avser endast de som besvarade det s k A-formuläret.

Tabell 13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2008.

Gy 2	Antal pojkar	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
År									
2004	2 246	10	13	11	12	11	19	22	3
2005	2 231	11	12	13	11	11	22	21	4
2006	1 841	11	11	12	11	12	17	24	3
2007	2 046	12	12	10	11	10	17	24	5
2008	1 846	12	13	11	10	11	18	21	4

Källa: CAN.

Tabell 14. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2008.

Åk 9	Antal flickor	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
År									
1971	1 921	10	.	.	.	.	.	.	.
1972	2 996	9	.	.	.	.	.	.	.
1973	2 996	8	.	.	.	.	.	.	.
1974	2 282	10	..	..	..	..	..	..	..
1975	2 130	10	..	..	..	..	..	..	..
1976	1 985	9	..	..	..	..	..	..	..
1977	2 938	7	26	15	13	12	13	12	3
1978	4 809	8	28	17	13	12	12	8	2
1979	4 729	8	31	17	15	10	11	7	2
1980	4 964	11	36	19	12	8	8	5	1
1981	4 669	14	43	16	10	7	6	3	2
1982	2 547	18	40	15	10	6	5	4	1
1983	808	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	796	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	707	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 878	21	41	15	8	5	5	2	2
1987	2 820	20	39	17	10	5	5	3	2
1988	2 708	25	37	15	9	6	4	3	1
1989	2 851	24	37	15	9	6	5	3	2
1990	2 958	20	35	16	10	6	7	3	2
1991	2 903	21	34	16	11	7	6	3	2
1992	2 851	20	35	17	11	7	5	3	4
1993 ^{a)}	1 466	21	33	14	9	7	6	3	7
1994	2 949	20	30	16	10	7	6	3	6
1995	2 750	18	32	16	11	7	6	4	6
1996	2 956	20	32	13	10	7	6	3	8
1997	2 748	21	32	16	10	7	6	4	3
1998	2 695	17	31	16	10	8	7	6	4
1999	2 515	20	31	14	10	8	8	7	3
2000	2 605	18	29	13	9	8	10	7	6
2001	2 605	18	30	14	10	8	9	7	5
2002	2 623	23	23	11	9	8	10	12	5
2003	2 559	22	29	14	9	7	8	7	4
2004	2 753	25	27	12	9	7	9	8	3
2005	2 684	26	27	11	8	6	9	8	5
2006	2 403	30	25	11	7	7	7	8	5
2007	2 550	28	28	12	8	6	7	5	5
2008	2 404	29	28	11	8	7	7	7	5

Källa: CAN.

a) 1993 års värden avser endast de som besvarade det s k A-formuläret.

Tabell 15. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2008.

Gy 2	Antal flickor	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
År									
2004	2 248	9	20	18	15	13	13	9	3
2005	2 311	9	18	17	16	12	13	11	4
2006	1 931	11	20	17	14	12	13	10	3
2007	2 257	10	17	16	15	12	15	11	5
2008	2 137	12	19	15	15	11	13	11	4

Källa: CAN.

Tabell 16. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2008. (Diagram 8)

År	Antal	Känner sig berusad varje/nästan varje gång man dricker ^{a)}		Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång per månad eller oftare			
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor		
1971	3 835	42	28	.	.		
1972	6 085	40	31	34	22		
1973	5 594	43	35	31	22		
1974	4 634	43	34	32	19		
1975	4 217	42	36	31	22		
1976	4 136	46	33	38	25		
1977	6 034	44	39	37	29		
1978	9 543	43	36	36	26		
1979	9 359	40	34	35	30		
1980	9 941	39	33	26	20		
1981	9 496	35	29	21	16		
1982	5 146	34	29	23	16		
1983	1 641	32	29	22	18		
1984	32 819	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.
1986	5 820	33	27	23	14		
1987	5 778	34	30	19	15		
1988	5 430	32	29	23	16		
1989	5 714	37	29	26	17		
1990	5 977	36	35	26	19		
1991	5 883	39	35	29	20		
1992	5 851	40	33	29	18		
1993	5 913	39	36	30	22		
1994	5 868	40	40	30	24		
1995	5 577	39	42	29	24		
1996	6 027	39	39	30	20		
1997	5 683	38	39	29	23		
1998	5 455	41	38	29	22		
1999	5 198	38	36	30	22		
2000	5 290	39	38	31	34	23	24
2001	5 569	38	38	30	30	25	25
2002	5 349	35	36	28	28	24	24
2003	5 243	30	35	25	25	23	23
2004	5 414	.	.	26	26	23	23
2005	5 373	23	25	25	25	23	23
2006	4 890	.	.	23	23	22	22
2007	5 302	21	22	23	23	23	23
2008	4 884	.	.	25	25	24	24

Källa: CAN.

- a) Frågan är inte längre jämförbar med tidigare år p g a att den ändrades 2005 samt att den sedan 2007 dessutom föregås av en filterfråga.
- b) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit eller en hefflaska vin eller 4 burkar starköl/cider eller 6 burkar folköl vid samma tillfälle. År 2000 användes två olika frågeformuleringar och man övergick då från att fråga om 37 cl sprit till dagens mängd.

Tabell 17. Berusningsbenägenhet bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter kön. Procent. 2004–2008. (Diagram 8)

Gy 2	Antal	Känner sig berusad varje/nästan varje gång man dricker ^{a)}		Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång per månad eller oftare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
År					
2004	4 494	.	.	49	39
2005	4 542	52	48	50	43
2006	3 772	.	.	51	42
2007	4 303	48	46	52	44
2008	3 983	.	.	52	44

Källa: CAN.

a) Frågan är inte längre jämförbar med tidigare år p g a att den i 2007 års undersökning föregås av en filterfråga.

b) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl/cider eller 6 burkar folköl vid samma tillfälle.

Tabell 18. Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner^{a)} i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2006–2008.

	Stockholms län	Västra Götalands län	Skåne län	Södra Sverige	Mellersta Sverige	Norra Sverige	Hela riket
Pojkar, åk 9							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	3,4	3,1	4,4	4,0	3,2	2,1	3,4
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	25	21	29	27	22	16	23
Prövat narkotika någon gång	10	5	6	5	6	4	6
Sniffat någon gång	7	5	6	6	6	6	6
Prövat AAS någon gång	2	2	2	2	2	2	2
Röker	21	16	22	20	21	21	20
Snusar	15	15	17	20	19	19	17
Flickor, åk 9							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	2,8	2,7	2,6	2,5	2,6	2,2	2,6
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	23	24	21	22	24	20	23
Prövat narkotika någon gång	6	5	7	5	4	6	5
Sniffat någon gång	5	5	4	4	6	5	5
Prövat AAS någon gång	1	1	1	1	1	1	1
Röker	29	27	31	26	29	27	28
Snusar	5	5	2	5	5	11	5
Pojkar, gymnasiet åk 2							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	8,0	7,5	8,4	7,9	6,2	5,6	7,2
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	52	53	53	57	50	44	52
Prövat narkotika någon gång	23	16	20	14	15	11	17
Sniffat någon gång	7	7	8	5	5	6	6
Prövat AAS någon gång	1	2	3	1	1	1	1
Röker	31	34	36	38	34	36	35
Snusar	24	26	27	33	28	32	28
Flickor, gymnasiet åk 2							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	4,7	4,3	4,1	3,7	4,0	3,1	4,1
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	45	43	40	46	43	40	43
Prövat narkotika någon gång	20	13	15	11	14	9	14
Sniffat någon gång	6	5	4	3	5	5	4
Prövat AAS någon gång	1	1	1	0	0	0	1
Röker	42	41	41	38	42	36	41
Snusar	8	11	4	8	11	23	10

Källa: CAN.

a) Regionernas sammansättning framgår av tabellkommentarerna.

b) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl/cider eller 6 burkar folköl vid samma tillfälle.

Tabell 19. "Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2006. (Diagram 8)

År	Antal tillfrågade	Ej svar	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan	Aldrig
1973	57 992	4,5	18,2	37,8	27,5	12,0
1974	54 328	1,7	21,0	39,3	26,3	11,7
1975	54 711	2,3	19,3	40,2	27,2	11,0
1976	52 361	1,4	19,4	41,7	26,8	10,7
1977	52 129	1,1	20,2	42,4	25,8	10,5
1978	47 659	2,5	18,4	43,1	25,7	10,3
1979	49 658	2,8	16,5	42,2	27,6	11,0
1980	49 902	1,1	12,6	40,2	32,6	13,5
1981	54 363	1,0	10,6	36,9	35,2	16,2
1982	51 932	0,9	9,7	36,9	36,7	15,8
1983	52 011	0,9	6,9	35,1	39,2	18,0
1984	49 358	1,9	6,5	35,0	39,2	17,3
1985	35 278	1,6	6,1	37,1	39,3	15,9
1986	46 646	4,4	5,3	35,8	38,8	15,7
1987	40 533	5,5	6,2	36,1	37,2	15,0
1988	41 125	6,2	6,2	38,5	39,1	15,1
1992	27 839	1,5	8,8	45,6	31,8	12,3
1993	33 956	1,9	9,8	45,6	30,4	12,3
1994	39 519	2,0	10,8	43,5	30,8	12,9
1995	44 878	1,1	14,5	45,9	27,1	11,4
1996	47 544	1,2	14,5	44,5	27,9	11,9
1997	38 878	1,0	15,0	45,3	27,0	11,8
1998	44 437	0,8	17,1	45,3	25,5	11,3
1999	42 751	0,8	18,7	44,7	24,1	11,6
2000 ^{a)}	37 566	0,7	13,8	45,8	25,4	14,3
2001	39 276	0,9	14,0	46,8	24,0	14,3
2002	39 742	1,2	14,4	46,1	23,8	14,6
2003	40 369	1,2	12,7	45,8	24,7	15,5
2004	42 469	1,8	13,1	44,7	24,2	16,2
2005	41 901	1,8	12,2	43,8	24,7	17,6
2006	36 802	1,8	11,3	43,2	25,1	18,6

Källa: CAN.

a) Frågan är inte jämförbar med tidigare år p g a ny frågekontext.

Tabell 20. "Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2006.

År	Sprit (ej hem- bränt)	Hem- bränt	Smug- gel- sprit	Stark- vin ^{a)}	Vanligt vin ^{a)}	Hem- gjort vin	Alko- läsk	Cider	Stark- öl	Folk- öl
1981	49,1	.	.	14,3	14,3	.	.	.	51,3	17,6
1982	48,6	.	.	15,6	16,3	.	.	.	54,5	19,5
1983	48,0	.	.	15,9	17,4	.	.	.	57,1	17,6
1984	50,0	9,1	.	18,9	19,5	.	.	.	60,3	22,7
1985	51,0	9,8	.	17,8	18,6	.	.	.	63,0	21,4
1986	50,2	9,0	.	14,0	14,7	.	.	.	62,5	19,6
1987	47,8	9,0	.	11,8	11,2	.	.	.	62,7	19,0
1988	51,0	9,4	.	10,8	9,8	.	.	.	69,2	20,3
1992	50,0	14,5	.	10,6	7,4	5,8	.	.	76,0	32,3
1993	49,6	17,6	.	10,5	7,4	6,3	.	.	75,2	38,1
1994	49,8	23,5	.	11,2	7,7	7,2	.	.	75,6	32,0
1995	49,1	25,5	.	11,4	7,7	7,1	.	.	73,0	36,3
1996	49,6	27,9	.	11,5	7,9	7,3	.	.	72,2	39,3
1997	50,0	29,4	11,0	9,2	16,3	7,6	29,3	.	72,1	39,6
1998	52,1	30,8	14,8	9,4	17,0	6,8	26,9	41,3	71,1	46,1
1999	53,4	28,8	14,6	9,0	17,2	5,7	20,1	40,5	69,7	42,2
2000	54,2	24,6	13,6	8,4	16,4	6,4	15,1	39,0	69,5	39,0
2001	53,8	21,5	13,4	7,9	15,9	6,2	12,3	36,6	69,0	35,3
2002	53,1	19,7	14,1	8,5	17,1	6,0	17,1	41,0	68,8	32,2
2003	49,8	15,2	12,4	7,1	15,2	5,3	23,9	42,3	67,3	27,9
2004	49,2	12,2	15,8	6,6	14,5	4,3	27,9	41,8	66,5	22,3
2005	47,5	9,3	17,2	5,6	12,9	3,1	29,1	40,3	64,9	18,9
2006	47,9	7,5	17,5	5,4	12,8	2,6	29,4	41,4	63,4	18,2

Källa: CAN. Bastalen framgår av föregående tabell.

a) Före 1997 kallades "Vanligt vin" för "Lättvin" i enkäten. Ändringen innebär att svarsfrekvenserna för såväl "Lättvin" som "Starkvin" inte är jämförbara med tidigare år.

Tabell 21. Mönstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- kons. minst 1 gång/ ^{a)} vecka	An- vänt nar- kotika	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker	Susar
Stockholm	6 827	17,0	7,8	17,3	4,6	0,7	20,8	27,5
Uppsala	851	13,9	4,8	12,6	5,1	0,2	19,0	26,0
Södermanland	1 153	14,7	6,3	12,1	5,1	0,4	21,4	28,5
Östergötland	1 394	15,7	4,1	10,6	4,2	0,5	16,9	25,9
Jönköping	1 691	16,7	5,8	9,3	2,8	0,4	19,8	31,9
Kronoberg	911	8,0	6,4	11,7	4,3	0,7	22,2	31,9
Kalmar	1 090	8,9	5,8	10,3	5,0	0,3	18,9	28,9
Gotland	144	..	..	..	..	..	..	..
Blekinge	718	9,3	6,7	10,3	4,0	0,6	18,5	32,7
Skåne	5 153	11,7	6,9	15,8	5,1	0,9	22,9	27,2
Halland	1 487	7,2	12,9	10,4	3,1	0,1	22,9	31,7
Västra Götaland	6 846	11,9	8,4	11,2	4,3	0,4	22,1	31,1
Värmland	991	12,0	4,9	9,1	3,6	0,3	17,1	37,7
Örebro	839	17,9	5,1	6,8	3,5	0,2	16,7	28,1
Västmanland	1 005	14,7	6,2	11,5	4,4	0,4	19,7	32,7
Dalarna	1 153	12,5	5,8	9,6	3,9	0,3	14,8	32,5
Gävleborg	904	12,7	7,7	12,5	8,0	1,5	21,8	32,7
Västernorrland	987	10,2	6,1	12,8	7,2	1,1	20,9	31,2
Jämtland	655	13,4	6,6	16,8	8,1	0,8	24,6	36,8
Västerbotten	772	19,3	3,8	12,4	5,2	0,6	22,8	33,0
Norrbottn	888	13,6	6,1	10,0	8,2	1,1	26,1	34,5
Hela riket	36 802	13,4	6,8	12,6	4,7	0,6	20,7	29,8

Källa: CAN.

a) Konsumtion av minst 6 (definierade) glas alkohol vid ett och samma tillfälle.

Tabell 22. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **folköl** och **starköl** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Folk- öl	Stark- öl	Folk- öl	Stark- öl	Folk- öl	Stark- öl	Folk- öl	Stark- öl
1979/80	0,8	1,7	1,0	2,0	0,2	0,5	0,2	0,3
1980/81	0,8	1,0	0,8	2,2	0,2	0,4	0,4	0,4
1981/82	0,7	1,0	0,6	1,8	0,3	0,4	0,2	0,4
1982/83	0,5	0,9	0,6	2,2	0,1	0,4	0,2	0,4
1983/84	0,5	0,7	0,5	2,0	0,1	0,3	0,2	0,4
1984/85	0,5	0,8	0,6	1,9	0,1	0,2	0,2	0,3
1985/86	0,4	1,0	0,6	1,9	0,1	0,4	0,2	0,4
1986/87	0,4	1,4	0,7	2,4	0,1	0,3	0,1	0,7
1987/88	0,6	1,6	0,8	2,7	0,1	0,6	0,1	0,5
1988/89	0,6	1,5	0,7	2,8	0,1	0,7	0,2	0,9
1989/90	0,5	1,4	0,6	2,7	0,2	0,6	0,3	1,0
1991/92	0,9	1,3	0,6	2,8	0,2	0,6	0,1	1,0
1994	2,0	1,7	1,3	3,8	0,5	0,7	0,2	1,3

1994	1,3	1,7	1,1	3,5	0,5	0,7	0,7	1,2
1996	2,1	2,0	1,3	3,9	0,5	0,7	0,2	1,1
1998	1,3	1,5	1,2	4,0	0,4	0,5	0,3	1,2
2003	1,0	2,4	0,6	4,5	0,2	0,6	0,3	1,0

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 23. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inkl starkvin) och **blanddrycker**^{a)} i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker
1979/80	0,4	.	1,0	.	0,6	.	0,9	.
1980/81	0,5	.	0,9	.	0,7	.	0,8	.
1981/82	0,5	.	1,0	.	0,7	.	0,8	.
1982/83	0,4	.	0,8	.	0,5	.	0,8	.
1983/84	0,4	.	0,8	.	0,5	.	1,0	.
1984/85	0,4	.	0,7	.	0,5	.	0,9	.
1985/86	0,4	.	0,9	.	0,6	.	0,9	.
1986/87	0,3	.	0,7	.	0,5	.	0,7	.
1987/88	0,3	.	0,6	.	0,5	.	0,8	.
1988/89	0,2	.	0,8	.	0,4	.	0,7	.
1989/90	0,2	.	0,5	.	0,4	.	0,7	.
1991/92	0,2	.	0,5	.	0,3	.	0,6	.
1994	0,2	.	0,6	.	0,5	.	0,9	.

1994	0,4	.	0,6	.	0,4	.	0,8	.
1996	0,5	.	0,9	.	0,5	.	1,3	.
1998	0,2	0,5	0,8	0,6	0,5	0,6	1,3	0,7
2003	0,3	0,7	1,0	0,7	0,5	0,8	1,2	0,9

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

a) "Stark cider, alkoholisk eller andra blanddrycker".

Tabell 24. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **sprit** respektive den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 7 och 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons
1979/80	2,1	4,8	2,5	6,5	1,0	2,2	0,6	2,0
1980/81	1,2	3,5	2,4	6,3	0,4	1,7	0,4	1,9
1981/82	0,8	3,0	2,1	5,5	0,6	2,0	0,4	1,8
1982/83	0,8	2,6	1,8	5,4	0,3	1,3	0,6	2,1
1983/84	0,9	2,4	2,4	5,7	0,4	1,2	0,5	2,1
1984/85	0,7	2,4	1,3	4,4	0,3	1,1	0,3	1,7
1985/86	0,7	2,5	1,3	4,7	0,5	1,6	0,5	2,0
1986/87	0,7	2,9	1,5	5,3	0,4	1,3	0,4	1,9
1987/88	1,0	3,4	1,7	5,7	0,5	1,7	0,4	1,9
1988/89	1,2	3,5	1,5	5,7	0,4	1,7	0,4	2,2
1989/90	0,7	2,9	1,3	5,1	0,5	1,6	0,5	2,4
1991/92	0,9	3,3	1,4	5,3	0,5	1,5	0,4	2,1
1994	1,0	4,9	1,6	7,2	0,5	2,2	0,5	2,9

1994	0,9	4,4	1,5	6,7	0,3	2,0	0,4	3,2
1996	1,4	5,7	1,8	7,8	0,4	2,2	0,4	3,1
1998	0,7	4,1	1,6	7,9	0,4	2,3	0,4	3,8
2003	1,1	5,4	1,8	8,5	0,7	2,6	0,6	3,9

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 25. Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2007.

År	Män				Totalt	Kvinnor				Alla	
	Ålder		Ålder			Ålder		Ålder			
	16–29	30–44	45–64	65–84	16–29	30–44	45–64	65–84			
2004 ^{a)}	7	6	8	19	9	10	14	12	34	16	13
2005	11	7	8	19	11	14	15	12	32	17	14
2006	10	5	9	17	10	15	13	14	34	18	14
2007	8	6	8	19	10	16	16	14	34	18	15

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 26. Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2007.(Diagram 12)

År	Män					Kvinnor					Alla
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt	
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	37	18	13	4	18	24	8	6	1	10	13
2005	34	19	10	4	17	24	9	5	2	10	13
2006	35	19	11	5	17	24	8	6	1	10	13
2007	34	16	13	5	17	25	6	6	1	10	13

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 27. Andelen 16–84-åringar som är berusade mer än 1 gång/månad, efter kön och ålder. 2004–2007.

År	Män					Kvinnor					Alla
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt	
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	55	33	19	5	28	37	11	4	1	13	19
2005	52	32	18	6	27	35	12	4	1	12	19
2006	54	33	19	6	27	36	11	5	0	13	19
2007	53	33	21	5	28	34	9	5	1	12	19

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 28. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Olika åldersgrupper, 18–70 år. 1982–2000.

År	18–29 år	30–49 år	50–70 år	Totalt ^{a)}
1982	13,9	9,8	7,7	10,2
1983	13,8	9,2	7,9	9,9
1984	11,0	8,8	7,1	8,8
1985	14,4	10,0	7,2	10,2
1986	15,9	10,9	6,7	10,8
1987	13,3	9,8	6,6	9,7
1988	14,5	10,6	7,7	10,8
1989	15,9	10,6	8,2	11,2
1990	11,9	10,8	6,1	9,4
1991	..	..	..	..
1992	12,3	11,6	8,1	10,7
1993	12,7	10,4	8,5	10,5
1994	14,3	9,5	7,0	10,0
1996	12,0	10,5	7,7	10,1
1998	12,6	10,3	9,1	10,5
2000	12,1	9,6	8,8	9,9

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

b) För redovisning av alkoholsorter per åldersgrupp se Drogutvecklingen i Sverige 2007.

Tabell 29. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Män 18–70 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	5,5	1,3	3,3	.	2,7	2,1	14,6
1983	5,1	0,8	2,7	.	3,1	1,9	13,4
1984	5,0	1,0	3,0	.	2,0	1,5	12,0
1985	4,8	1,4	3,0	.	3,1	2,4	14,3
1986	4,7	1,3	3,7	.	3,3	2,3	15,0
1987	4,8	1,1	3,2	.	3,2	2,2	14,2
1988	4,7	0,8	2,7	.	4,9	2,5	15,4
1989	4,9	0,9	3,3	.	4,1	2,8	15,8
1990	4,3	0,4	3,4	.	4,0	1,8	13,7
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	4,8	0,9	2,6	.	3,7	2,2	14,3
1993	4,1	0,8	2,5	.	4,8	2,7	14,9
1994	3,5	0,6	2,2	.	4,9	3,0	14,3
1996	3,5	0,7	2,4	.	4,6	2,7	13,9
1998	3,5	0,7	2,8	0,4	4,6	2,4	14,5
2000	3,2	0,5	3,0	0,3	4,4	2,3	13,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 30. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Kvinnor 18–70 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	1,3	0,8	2,6	.	0,6	0,7	6,0
1983	1,6	0,8	2,8	.	0,5	0,7	6,2
1984	1,5	0,6	2,4	.	0,4	0,6	5,4
1985	1,4	0,8	2,6	.	0,6	0,7	6,0
1986	1,4	0,6	2,9	.	0,8	0,8	6,4
1987	1,2	0,6	2,3	.	0,6	0,6	5,3
1988	1,2	0,8	2,8	.	0,5	1,0	6,2
1989	1,4	0,5	2,6	.	1,0	0,9	6,4
1990	1,2	0,4	2,1	.	0,6	0,6	4,8
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	1,7	0,8	2,7	.	1,1	0,8	7,2
1993	0,9	0,5	2,5	.	1,0	1,0	5,9
1994	1,1	0,4	1,9	.	1,2	1,0	5,6
1996	1,1	0,4	2,3	.	1,5	0,9	6,2
1998	0,9	0,4	3,0	0,4	0,9	0,6	6,3
2000	1,0	0,4	2,6	0,4	0,9	0,6	5,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen; Fylleri, trafik och olyckor (tabellerna 31–37)

Omhändertaganden enligt LOB uppvisar numera en klart lägre nivå jämfört med 1980-talet. Detta speglar snarast ett förändrat arbete mot fylleri från polisens sida och inte en faktisk nedgång i fylleriet. Perioden 1991–2000 inkluderades inte personer under 15 år i tabell 31. Dessa var dock så få (257 personer år 2000) att detta saknar betydelse för statistikens utseende. Vidare ingår andra droger än alkohol men 2004 exempelvis utgjorde de grund för endast 1% av ingripandena.

I tabell 33 redovisas Brås statistik över anmälda trafiknykterhetsbrott. Före år 2000 redovisades endast anmälningar med en skäligen misstänkt person men därefter redovisas samtliga anmälningar. Detta gör att data i tabellen fr o m 2000 ligger på en högre nivå jämfört med tidigare år. År 1999 infördes nollgräns för narkotika i vägtrafiken. Under detta och påföljande år inkluderas också rattfylleri under påverkan av narkotika i brottsstatistiken (gäller även tabell 34). Fr o m 2001 innehåller den redovisade anmälningsstatistiken åter enbart alkohol.

I tabell 35 och 36 redovisas antalet delaktiga förare i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada med avseende på misstänkt alkoholpåverkan. T o m 1996 var antalet olyckor där uppgift om alkoholpåverkan saknades tämligen få och uppgick till ca 4% av alla inrapporterade olyckor. Dessa olyckor inkluderades tidigare inte i den här redovisade statistiken. År 1997 inträffade en försämring av statistiken såtillvida att andelen fall där uppgift om alkoholpåverkan saknades plötsligt ökade och sedan dess ligger närmare 25%. Sedan 1997 inkluderas även dessa fall, eftersom olyckstrenderna annars skulle förryckas. Det kan noteras att antalet misstänkt påverkade hela tiden ökat, trots den nya nivån på saknade uppgifter.

Tabell 37 innehåller positiva fynd gjorda vid rättskemisk analys. Eftersom samma person kan ha flera positiva fynd kan talen inte adderas. I tabellen redovisas den omedelbara (underliggande) dödsorsaken. Denna kan ibland ändras av SCB t ex då ett epilepsianfall lett till drunkning i vilket fall epilepsi blir underliggande dödsorsak och drunkning bidragande. Drunkning som underliggande dödsorsak omfattar ca 10–15 färre fall per år.

Tabell 31. Ingripanden i antal och per 1 000 invånare 15 år och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2007.

År	Män		Kvinnor		Totalt	Per 1 000 inv 15 år och däröver			Index 1985 = 100
	Antal	%	Antal	%		Män	Kvinnor	Totalt	
1963	99 134	97	2 868	3	102 002	33	1	17	121
1964	108 655	97	3 134	3	111 789	36	1	18	129
1965	114 360	97	3 385	3	117 745	37	1	19	136
1966	115 252	97	3 424	3	118 676	37	1	19	136
1967	121 840	97	3 759	3	125 599	39	1	20	143
1968	108 159	97	3 613	3	111 772	34	1	18	129
1969	105 784	97	3 747	3	109 531	34	1	17	121
1970	100 403	97	3 640	3	104 043	32	1	16	114
1971	100 248	96	3 693	4	103 941	32	1	16	114
1972	106 539	96	4 103	4	110 642	34	1	17	121
1973	106 890	96	4 783	4	111 673	34	2	17	121
1974	114 518	96	5 097	4	119 615	36	2	18	129
1975	114 538	95	5 562	5	120 100	36	2	18	129
1976	104 981	95	5 206	5	110 187	33	2	17	121
1977	78 499	95	4 467	5	82 966	24	1	13	93
1978	105 941	94	6 298	6	112 239	33	2	17	121
1979	117 448	95	6 830	5	124 278	36	2	19	136
1980	119 231	94	7 405	6	126 636	36	2	19	136
1981	113 174	94	6 811	6	119 985	34	2	18	129
1982	118 437	94	7 396	6	125 833	36	2	19	136
1983	110 718	94	7 282	6	118 000	33	2	17	121
1984	103 300	94	6 985	6	110 285	31	2	16	114
1985	90 771	94	5 941	6	96 712	27	2	14	100
1986	91 558	94	5 964	6	97 522	27	2	14	100
1987	87 542	94	6 013	6	93 555	26	2	14	100
1988	81 324	93	6 128	7	87 452	24	2	13	93
1989	75 780	93	6 092	7	81 872	22	2	12	86
1990	69 812	93	5 587	7	75 399	20	2	11	79
1991	66 053	92	5 994	8	72 047	19	2	10	71
1992	62 130	92	5 514	8	67 644	18	1	10	71
1993	61 504	92	5 694	8	67 198	18	1	9	64
1994	72 707	91	7 141	9	79 848	21	2	11	79
1995	57 791	91	5 922	9	63 713	16	1	9	64
1996	52 440	91	5 440	9	57 880	15	1	8	57
1997	55 544	91	5 780	9	61 324	16	1	9	64
1998	60 061	90	6 340	10	66 401	17	1	9	64
1999	47 170	90	4 961	10	52 131	13	1	7	50
2000	43 020	90	4 626	10	47 646	12	1	7	50
2001	40 893	90	4 685	10	45 578	11	1	6	43
2002	39 504	89	4 823	11	44 327	11	1	6	43
2003	39 997	89	4 884	11	44 881	11	1	6	43
2004	40 350	89	5 200	11	45 550	11	1	6	43
2005	43 031	88	5 774	12	48 805	12	1	7	50
2006	49 084	88	6 729	12	55 813	13	2	7	53
2007	54 771	88	7 777	12	62 548	15	2	8	58

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

Tabell 32. Antalet ingripanden per 1 000 invånare 15 år och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter län. 1991–2007.

Län	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
Stockholm	9	9	9	12	9	8	8	8	4	4	4	4	4	4	4	5	6
Uppsala	7	7	7	9	7	7	8	9	6	5	6	7	6	6	6	6	8
Södermanland	19	15	16	18	14	14	15	15	13	10	10	7	8	8	9	10	12
Östergötland	11	11	12	13	11	10	10	11	9	11	10	10	10	9	9	11	13
Jönköping	10	8	9	9	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	6	7	6
Kronoberg	6	6	6	7	5	5	6	5	5	4	4	2	4	4	3	4	5
Kalmar	7	6	6	7	4	4	5	5	5	6	5	5	5	5	5	7	8
Gotland	11	9	10	9	7	7	7	7	6	6	6	6	7	9	8	10	10
Blekinge	9	9	10	12	8	7	8	12	11	9	7	7	6	6	7	8	8
Skåne	7	7	6	8	6	6	7	7	6	5	5	5	5	5	6	7	7
Halland	8	7	8	8	6	6	7	8	8	8	7	6	6	6	6	7	9
Västra Götaland	13	12	12	13	12	11	11	13	10	9	9	7	7	7	8	9	9
Värmland	8	8	9	9	8	7	8	10	6	6	5	5	5	6	6	7	8
Örebro	14	13	13	13	11	9	10	12	9	9	9	7	7	9	9	10	11
Västmanland	16	16	16	20	14	12	12	14	12	10	10	10	10	11	12	14	14
Dalarna	8	7	8	9	6	6	5	5	5	4	6	5	5	5	5	6	6
Gävleborg	7	6	6	7	5	5	5	5	3	4	4	5	5	5	6	8	9
Västernorrland	12	11	11	11	9	7	8	7	7	7	7	8	8	8	8	10	11
Jämtland	6	6	5	8	7	8	8	10	7	7	8	7	7	7	8	10	12
Västerbotten	7	7	7	8	6	7	8	7	5	5	5	6	6	6	7	7	8
Norrbotten	9	10	11	13	9	9	9	10	8	8	7	6	6	6	7	7	10
Hela landet	10	10	9	11	9	8	9	9	7	7	6	6	6	6	7	7	8

Källa: Trafikregistret, Vägverket. Åren 1973–1990 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

Tabell 33. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2007 ^{a)}.

Anmälda brott			Anmälda brott			Anmälda brott		
År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare
1950	3 460	49	1970	17 036	212	1990	25 508	298
1951	4 658	66	1971	18 672	231	1991	26 100	303
1952	5 530	78	1972	18 108	223	1992	24 563	283
1953	6 508	91	1973	19 680	242	1993	24 298	279
1954	7 442	103	1974	20 931	256	1994	21 011	239
1955	9 071	125	1975	21 695	265	1995	17 078	193
1956	11 694	160	1976	20 766	253	1996	15 023	170
1957	12 026	163	1977	22 185	269	1997	13 551	153
1958	12 286	166	1978	22 670	274	1998	12 127	137
1959	13 490	181	1979	21 698	262	1999 ^{b)}	13 941	157
1960	12 702	170	1980	21 678	261	2000 ^{b)}	17 403	196
1961	13 329	177	1981	21 065	253	2001	14 254	160
1962	12 678	168	1982	21 217	255	2002	14 924	165
1963	12 592	166	1983	22 492	270	2003	15 351	171
1964	14 822	193	1984	21 922	263	2004	15 588	173
1965	16 494	213	1985	19 767	237	2005	15 809	175
1966	17 031	218	1986	23 150	277	2006	17 420	192
1967	18 001	229	1987	22 923	273	2007	18 122	197
1968	15 923	201	1988	24 351	289			
1969	18 442	231	1989	26 167	308			

Källa: Brå.

a) Sedan 2000 inkluderas anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas.

b) 1999 och 2000 ingår även rattfylleri under påverkan av narkotika.

Tabell 34. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2007.^{a)}

År	Ålder							Andel män (%)	Totalt
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–		
1975	1 660	1 800	3 516	2 776	3 417	1 824	1 324	.	16 317
1976	1 390	1 539	3 127	2 628	3 514	1 766	1 382	.	15 346
1977	1 228	1 390	2 852	2 240	3 263	1 549	1 144	.	13 666
1978	1 170	1 352	3 241	2 562	3 800	1 730	1 295	.	15 150
1979	1 010	1 286	2 872	2 361	3 781	1 919	1 366	.	14 595
1980	948	1 228	3 023	2 417	4 300	2 202	1 529	.	15 647
1981	829	1 187	2 744	2 318	4 161	2 114	1 487	.	14 840
1982	823	1 240	2 712	2 434	4 253	2 232	1 578	.	15 272
1983	785	1 253	2 909	2 338	4 259	2 454	1 502	.	15 500
1984	621	1 167	2 669	2 191	3 835	2 321	1 447	94	14 251
1985	532	1 219	2 660	2 080	3 665	2 426	1 459	94	14 041
1986	560	1 234	2 916	2 224	3 809	2 725	1 586	93	15 054
1987	325	939	3 194	2 194	3 926	2 986	1 688	93	15 252
1988	343	925	3 253	2 306	3 891	3 117	1 803	93	15 638
1989	370	1 060	3 606	2 701	4 161	3 370	1 912	92	17 180
1990	389	905	3 384	2 810	4 345	3 516	2 081	92	17 430
1991	463	807	3 205	2 914	4 618	3 975	2 414	93	18 396
1992	388	721	2 642	2 687	4 364	3 735	2 584	92	17 121
1993	440	655	2 322	2 487	4 161	3 687	2 860	91	16 612
1994	367	512	1 991	1 913	3 697	3 421	2 762	91	14 663
1995	489	516	1 380	1 468	2 864	2 749	2 329	91	11 795
1996	419	410	1 256	1 282	2 698	2 594	2 357	92	11 016
1997	332	450	1 228	1 242	2 773	2 588	2 548	92	11 161
1998	320	411	1 181	1 138	2 592	2 550	2 470	91	10 662
1999 ^{b)}	187	275	1 086	1 004	2 348	2 252	2 341	91	9 493
2000 ^{b)}	383	513	1 443	1 217	2 922	2 660	2 543	91	11 695
2001	425	534	1 465	1 144	2 670	2 541	2 847	89	11 631
2002	477	555	1 477	1 084	2 497	2 574	3 020	89	11 691
2003	434	542	1 496	1 175	2 404	2 617	3 206	89	11 883
2004	415	552	1 487	1 153	2 502	2 738	3 435	89	12 287
2005	429	516	1 417	1 105	2 417	2 935	3 681	88	12 507
2006	490	510	1 603	1 275	2 627	3 223	4 153	88	13 889
2007	543	551	1 634	1 312	2 771	3 420	4 430	89	14 672

Källa: Brå.

a) Åren 1987–1994 redovisades den ålder den misstänkte uppnådde detta år. Detta gör att antalet 15-åringar blir färre medan övriga åldersgrupper får ett tillskott. Övriga år har redovisningen gällt åldern när brottet begicks. Sedan år 2000 kan åldersuppgifter saknas för enstaka personer.

b) 1999 och 2000 inkluderas även rattfylleri under påverkan av narkotika.

Tabell 35. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2007.^{a)} (Diagram 13)

År	Olyckor med dödlig utgång			Andra olyckor med personskada			Delaktiga förare totalt			Index per inv. 1985=100
	Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		
		Antal	%		Antal	%		Antal	%	
1966	1 657	152	9	22 168	1 045	5	23 825	1 197	5	122
1967	1 345	139	10	21 392	1 060	5	22 737	1 199	5	122
1968	1 583	119	8	23 392	1 122	5	24 975	1 241	5	125
1969	1 617	145	9	24 076	1 132	5	25 693	1 277	5	128
1970	1 629	122	7	22 939	1 193	5	24 568	1 315	5	130
1971	1 541	134	9	22 387	1 319	6	23 928	1 453	6	143
1972	1 475	121	8	21 917	1 321	6	23 392	1 442	6	142
1973	1 575	112	7	23 176	1 395	6	24 751	1 507	6	148
1974	1 450	130	9	21 479	1 391	6	22 929	1 521	7	149
1975	1 446	131	9	21 539	1 425	7	22 985	1 556	7	151
1976	1 447	124	9	23 632	1 395	6	25 079	1 519	6	147
1977	1 311	127	10	22 559	1 321	6	23 870	1 448	6	140
1978	1 334	106	8	21 921	1 340	6	23 255	1 446	6	139
1979	1 161	100	9	21 039	1 161	6	22 200	1 261	6	121
1980	1 053	87	8	20 111	1 146	6	21 164	1 233	6	118
1981	989	88	9	19 580	1 006	5	20 569	1 094	5	105
1982	936	85	9	19 675	1 084	6	20 611	1 169	6	112
1983	974	88	9	20 851	1 203	6	21 825	1 291	6	124
1984	989	88	9	22 074	1 142	5	23 063	1 230	5	118
1985	981	89	9	21 524	958	4	22 505	1 047	5	100
1986	1 063	87	8	22 505	1 165	5	23 568	1 252	5	119
1987	1 035	119	11	21 506	1 132	5	22 541	1 251	6	119
1988	1 105	73	7	24 521	1 223	5	25 626	1 296	5	123
1989	1 139	108	9	25 530	1 468	6	26 669	1 576	6	148
1990	1 035	82	8	24 373	1 236	5	25 408	1 318	5	123
1991	998	87	9	22 899	1 086	5	23 897	1 173	5	109
1992	969	86	9	22 444	958	4	23 413	1 044	4	96
1993	860	73	8	21 413	905	4	22 273	978	4	89
1994	738	52	7	22 002	811	4	22 740	863	4	78
1995	764	40	5	22 196	737	3	22 960	777	3	70
1996	686	35	5	20 926	702	3	21 612	737	3	66
1997	732	50	7	22 405	703	3	23 137	753	3	68
1998	715	40	6	23 024	741	3	23 739	781	3	70
1999	713	40	6	23 239	751	3	23 952	791	3	71
2000	786	51	6	23 429	804	3	24 215	855	4	77
2001	750	51	7	23 507	923	4	24 257	974	4	87
2002	731	46	6	25 524	970	4	26 255	1 016	4	91
2003	683	59	9	26 456	1 094	4	27 139	1 153	4	103
2004	597	51	9	26 751	1 011	4	27 348	1 062	4	94
2005	561	27	5	26 696	928	3	27 257	955	4	84
2006	604	39	6	27 039	929	3	27 643	968	4	85
2007	609	43	7	27 322	1 016	4	27 931	1 059	4	92

Källor: SIKA och SCB.

a) Fr o m 1997 inkluderas även olyckor där uppgifter om eventuell alkoholpåverkan saknas.

Tabell 36. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2007.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
-14	122	0	4	0	0
15	890	3	13	1	1
16-17	573	2	47	4	8
18-19	1 618	6	74	7	5
20-24	3 352	12	189	18	6
25-34	4 959	18	214	20	4
35-44	5 143	18	227	21	4
45-54	4 008	14	172	16	4
55-64	3 103	11	88	8	3
65-74	1 369	5	16	2	1
75-	964	3	8	1	1
Okänd	1 830	7	7	1	0
Totalt	27 931	100	1 059	100	4

Källa: SIKA.

Tabell 37. Alkoholförekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2007.

År	Genomförda analyser	Alkoholförekomst		Varav män	
		Antal	%	Antal	%
1992	329	153	47	108	71
1993	324	111	34	83	75
1994	324	126	39	93	74
1995	320	148	46	117	79
1996	262	88	34	61	69
1997	285	124	44	94	76
1998	260	104	40	74	71
1999	250	104	42	74	71
2000	267	115	43	81	70
2001	286	115	40	89	77
2002	292	132	45	94	71
2003	246	116	47	91	78
2004	215	99	46	76	77
2005	211	85	40	66	78
2006	244	101	41	84	83
2007	232	114	49	75	66

Källa: Rättsmedicinalverket.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen; Vård, sjuklighet och dödlighet (tabellerna 38–48)

Tabellerna 38–39 beskriver antalet missbrukare i institutionsvård enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 6 § Socialtjänstlagen (SoL). Från och med 1998 redovisas tabellerna situationen 1 november, innan gjordes tvärsnittundersökningarna den 31 december. År 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader vilket förklarar den kraftiga ökningen detta år. Sedan 1998 definieras vuxen som 21 år och äldre, istället för 18 år och äldre som tidigare, varför inga 18–20-åringar ingår i statistiken från detta år. Antalet LVM-vårdade under 1998 har inte kunnat beräknas.

I tabellerna 40–48 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet och det bör påpekas att man 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker, ICD-10. Detta leder till att jämförbarheten med tidigare år minskar, även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare (se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna). Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

Tabell 40 visar utvecklingen av utskrivningar för dem som vårdats med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker, enligt EpCs index över alkoholrelaterad slutenvård. Noteras bör att siffrorna i tabellen är reviderade i årets rapport eftersom EpC övergått till att använda samma diagnosindex som för den alkoholrelaterade dödligheten. Detta innebär att diagnosen K85 (akut pankreatit) uteslutits medan diagnoserna Y90, Y91, Z50.2 och Z71.4 lagts till (se definitioner i bilaga 1). Detta har fått till följd att antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen sjunkit med ca 4 500 årliga fall.

Av tabell 40 framgår vidare antalet unika individer som vårdats med alkohol-diagnos någon gång sedan 1987. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras. ICD-kodsbytet 1997 kan också ha lett till försämringar av jämförbarheten över tid för detta mått.

I tabellerna 42–43 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden. För att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation.

Tabellerna 44–48 redovisar utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall för fyra diagnostyper. I tabell 48 redovisas endast underliggande dödsfall, till skillnad från föregående tabeller. Pankreatit ingår inte då det befunnits svårt att finna diagnoskoder som speglar utveckling över längre tid på ett tillfredsställande sätt.

Tabell 38. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6 § Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983–2007.

År	Intagna (LVM)		Intagna (SoL)		Totalt
	Antal	Kvinnor %	Antal	Kvinnor %	
1983	229	14	3 688	12	3 917
1984	275	17	3 893	13	4 168
1985	273	15	3 692	13	3 965
1986	304	20	3 818	14	4 122
1987	326	23	3 839	16	4 165
1988	337	20	3 660	16	3 997
1989 ^{a)}	748	23	4 291	16	5 039
1990	708	23	3 794	21	4 502
1991	753	23	4 168	18	4 921
1992	651	25	3 403	19	4 054
1993	577	26	3 207	20	3 784
1994	575	31	2 996	20	3 571
1995	479	29	3 251	22	3 730
1996	336	37	3 047	20	3 383
1997	304	39	2 996	21	3 300
1998 ^{b)}	..	..	3 188	26	..
1999	254	32	3 172	27	3 426
2000	243	29	3 246	26	3 489
2001	288	31	3 182	25	3 470
2002	272	32	3 084	25	3 356
2003	216	33	3 120	26	3 336
2004	196	33	2 781	25	2 977
2005	236	39	2 702	25	2 938
2006	276	35	2 712	25	2 988
2007	265	30	2 593	26	2 858

Källa: Socialstyrelsen.

a) 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader.

b) Fr o m 1998 ingår inte längre 18–20-åringar. Inga LVM-siffror är tillgängliga för detta år.

Tabell 39. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2007.

År	Antal					Missbrukets art					
	Totalt	Män		Kvinnor		Alkohol		Narkotika		Alkohol och narkotika ^{a)}	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1983	229	197	86	32	14	213	93	4	2	12	5
1984	275	228	83	47	17	252	92	4	1	19	7
1985	273	231	85	42	15	236	86	17	6	20	7
1986	304	244	80	60	20	258	85	25	8	21	7
1987	326	250	77	76	23	264	81	31	10	31	10
1988	337	268	80	69	20	285	85	24	7	28	8
1989 ^{b)}	748	573	77	175	23	585	78	61	8	102	14
1990	708	546	77	162	23	501	71	91	13	95	13
1991	753	577	77	176	23	504	67	95	13	133	18
1992	651	489	75	162	25	429	66	106	16	102	16
1993	577	426	74	151	26	257	45	115	20	195	34
1994	575	397	69	178	31	234	41	90	16	226	39
1995	479	339	71	140	29	169	35	100	21	186	39
1996	336	213	63	123	37	151	45	86	26	85	25
1997	304	185	61	119	39	129	42	124	41	48	16
1998 ^{c)}	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1999	251	171	65	80	32	109	43	93	37	47	19
2000	240	169	70	71	30	122	51	64	27	54	23
2001	288	199	69	89	31	114	40	104	36	68	24
2002	272	184	68	88	32	137	50	76	28	59	22
2003	215	145	67	70	33	94	44	75	35	46	21
2004	196	132	67	64	33	99	51	53	27	44	22
2005	236	145	61	91	39	104	44	76	32	56	24
2006	276	179	65	97	35	131	47	88	32	57	21
2007	265	186	70	79	30	124	47	85	32	50	19

Källa: Socialstyrelsen.

a) Kan även inkludera kombinationer med lösningsmedel.

b) 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader.

c) Fr o m 1998 ingår inte längre 18–20-åringar. Inga data är tillgängliga för detta år.

Tabell 40. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2007.^{a)} (Diagram 14)

År	Alkoholrelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Första-gångs-vårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	41 654	81	9 569	19	51 223	100	3,1	26 619	26 616
1988	40 737	81	9 500	19	50 237	100	3,0	26 530	15 544
1989	38 026	80	9 221	20	47 247	100	2,9	25 398	12 150
1990	35 901	80	8 854	20	44 755	100	2,7	24 296	10 661
1991	36 231	80	8 957	20	45 188	100	2,6	24 332	10 084
1992	35 478	80	8 968	20	44 446	100	2,6	24 015	9 663
1993	36 615	81	8 844	19	45 459	100	2,7	23 995	9 415
1994	37 076	80	9 443	20	46 519	100	2,8	24 551	9 695
1995	35 388	79	9 238	21	44 626	100	2,8	23 902	9 339
1996	32 937	79	8 977	21	41 914	100	2,6	22 611	8 474
1997	30 838	77	9 031	23	39 869	100	2,6	22 081	8 666
1998	28 638	77	8 541	23	37 179	100	2,4	21 157	8 438
1999	29 462	76	9 182	24	38 644	100	2,6	21 483	8 485
2000	29 874	76	9 651	24	39 525	100	2,7	21 398	8 820
2001	28 728	76	9 286	24	38 014	100	2,6	21 042	8 712
2002	29 680	75	9 719	25	39 399	100	2,7	21 418	8 895
2003	31 423	76	9 767	24	41 190	100	2,9	21 745	8 790
2004	31 805	75	10 757	25	42 562	100	2,9	22 681	9 624
2005	30 846	74	10 966	26	41 812	100	2,8	22 969	9 733
2006	32 360	74	11 535	26	43 895	100	3,0	24 111	10 592
2007	34 374	73	12 428	27	46 802	100	3,1	25 307	11 249

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om förstgångsvårdade.

Tabell 41. Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2007.^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	11 430	22	11 006	21	7 293	14	21 494	42	51 223	100
1988	11 155	22	10 565	21	6 681	13	21 836	43	50 237	100
1989	10 017	21	10 350	22	6 073	13	20 807	44	47 247	100
1990	9 668	22	10 053	22	5 968	13	19 067	43	44 756	100
1991	10 430	23	9 601	21	6 111	14	19 047	42	45 189	100
1992	10 982	25	8 885	20	5 775	13	18 805	42	44 447	100
1993	11 428	25	9 856	22	5 755	13	18 423	41	45 462	100
1994	12 551	27	9 697	21	5 676	12	18 595	40	46 519	100
1995	12 423	28	8 813	20	5 146	12	18 244	41	44 626	100
1996	10 846	26	8 480	20	5 119	12	17 470	42	41 915	100
1997	9 662	24	7 983	20	5 206	13	17 018	43	39 869	100
1998	9 832	26	6 192	17	4 865	13	16 290	44	37 179	100
1999	11 290	29	6 877	18	4 419	11	16 058	42	38 644	100
2000	13 635	34	5 825	15	4 037	10	16 029	41	39 526	100
2001	13 080	34	5 284	14	3 725	10	15 925	42	38 014	100
2002	13 374	34	6 222	16	3 695	9	16 108	41	39 399	100
2003	15 178	37	6 185	15	3 891	9	15 936	39	41 190	100
2004	15 052	35	6 779	16	4 086	10	16 645	39	42 562	100
2005	13 687	33	6 716	16	4 385	10	17 025	41	41 813	100
2006	14 869	34	6 864	16	4 716	11	17 466	40	43 915	100
2007	16 339	35	6 971	15	4 686	10	18 806	40	46 802	101

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med perioden före 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10).

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 42. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006. ^{a)} (Diagram 15 och 16)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	
	–39	40–49	50–59	60–69	70–	Antal	Stand-	Antal	Stand-	Antal	Index
						döds-	ardise-	döds-	ardise-	per	
						tal	rade	tal	rade		inv.
							döds-		döds-		1985
							tal		tal		=100
1969	96	146	192	194	72	620	16,8	80	2,1	700	38
1970	102	153	217	204	104	678	18,5	102	2,6	780	42
1971	148	177	255	215	123	806	21,3	112	2,9	918	49
1972	160	246	303	270	120	973	25,9	126	3,1	1 099	59
1973	203	231	344	303	136	1 081	28,4	136	3,5	1 217	65
1974	248	312	423	309	158	1 262	33,4	188	4,8	1 450	77
1975	276	305	396	320	160	1 240	32,7	217	5,6	1 457	78
1976	314	338	440	373	183	1 369	36,0	279	7,0	1 648	87
1977	320	372	497	413	193	1 518	39,6	277	7,1	1 795	95
1978	371	350	559	445	211	1 629	42,3	307	7,7	1 936	102
1979	421	405	684	537	231	1 893	49,1	385	9,6	2 278	120
1980	368	436	584	474	310	1 810	47,4	362	9,1	2 172	114
1981	327	348	554	482	264	1 661	43,0	314	7,7	1 975	103
1982	358	359	532	527	334	1 775	45,9	335	8,2	2 110	110
1983	313	358	494	493	300	1 639	42,5	319	7,9	1 958	102
1984	324	354	510	457	307	1 636	42,3	316	7,8	1 952	102
1985	297	372	463	478	306	1 570	40,3	346	8,3	1 916	100
1986	299	393	475	490	316	1 624	41,6	349	8,4	1 973	103
1987	273	378	472	466	272	1 545	39,4	316	7,7	1 861	97
1988	242	406	457	460	289	1 537	39,2	317	7,7	1 854	96
1989	223	401	438	454	322	1 545	39,3	293	7,0	1 838	94
1990	177	410	472	488	332	1 563	39,5	316	7,6	1 879	96
1991	197	440	477	527	338	1 626	40,9	353	8,2	1 979	100
1992	166	407	496	533	399	1 652	41,5	349	8,1	2 001	101
1993	171	386	483	472	409	1 613	40,2	308	7,1	1 921	96
1994	174	392	519	442	375	1 559	38,5	343	7,8	1 902	94
1995	187	372	543	450	398	1 581	38,5	369	8,5	1 950	96
1996	135	344	527	491	371	1 532	37,2	336	7,7	1 868	92
1997	169	333	572	435	388	1 544	37,4	353	8,0	1 897	93
1998	152	323	610	477	371	1 522	36,3	411	9,2	1 933	95
1999	136	328	570	491	389	1 530	36,1	384	8,5	1 914	94
2000	138	290	608	484	373	1 491	34,9	402	8,9	1 893	93
2001	153	289	688	495	389	1 621	37,6	393	8,6	2 014	99
2002	128	280	606	536	411	1 555	35,7	406	8,8	1 961	96
2003	132	280	647	614	390	1 640	37,0	423	9,1	2 063	100
2004	136	263	661	621	438	1 682	37,7	437	9,2	2 119	103
2005	132	274	618	669	451	1 672	37,0	472	9,9	2 144	103
2006	116	221	592	704	452	1 637	35,9	448	9,2	2 085	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 43. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 1) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1992–2006.

Län	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00	01	02	03	04	05	06
Stockholm	34	31	30	31	31	27	31	29	26	29	26	28	29	27	26
Uppsala	18	21	16	17	17	16	17	15	17	17	20	16	20	18	16
Södermanland	24	19	18	23	15	13	17	15	17	20	22	22	26	21	23
Östergötland	16	22	18	17	16	19	19	14	13	23	20	21	20	19	17
Jönköping	18	13	13	15	14	11	16	14	13	14	14	17	14	16	14
Kronoberg	15	13	10	15	12	21	21	21	24	18	14	24	29	22	22
Kalmar	17	20	15	13	16	17	18	12	11	18	13	18	18	20	22
Gotland	29	20	15	35	29	19	17	23	19	19	30	17	34	17	24
Blekinge	18	19	15	18	20	18	22	23	21	24	22	18	20	19	23
Skåne	20	20	23	23	21	27	22	24	26	27	25	27	24	25	24
Halland	15	18	14	17	17	16	21	19	23	16	13	19	22	18	20
V:a Götaland	28	25	26	26	25	23	23	23	23	23	20	23	23	25	21
Värmland	24	20	20	21	18	23	16	18	21	27	21	22	24	22	24
Örebro	21	23	18	16	17	21	17	15	18	15	20	21	18	21	22
Västmanland	23	25	24	22	20	16	21	20	23	18	22	20	17	25	25
Dalarna	16	21	22	17	21	20	17	21	22	18	21	20	17	18	20
Gävleborg	25	25	26	28	18	26	19	22	21	20	25	24	20	23	18
Västernorrland	24	24	25	23	22	21	23	20	17	19	20	25	21	26	23
Jämtland	31	18	19	23	16	19	24	18	19	19	23	14	28	20	27
Västerbotten	18	18	16	16	18	16	14	15	12	15	15	14	17	15	18
Norrbottn	19	20	23	21	21	19	25	25	20	22	30	19	25	23	23
Hela riket	24	23	23	23	22	22	22	22	21	23	22	23	23	23	22

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1987–1991 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.
a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser med tidigare år.

Tabell 44. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1960–2006.^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1960	378	.	218	160	.
1961	449	.	281	168	.
1962	456	.	291	165	.
1963	430	.	265	165	.
1964	436	.	282	154	.
1965	487	432	556	363	919
1966	534	492	651	375	1 026
1967	582	462	649	395	1 044
1968	576	582	753	405	1 158
1969	637	592	781	448	1 229
1970	653	597	793	457	1 250
1971	751	575	870	456	1 326
1972	825	556	949	432	1 381
1973	843	613	975	481	1 456
1974	859	611	1 022	448	1 470
1975	998	579	1 095	482	1 577
1976	1 062	566	1 093	535	1 628
1977	1 022	560	1 103	479	1 582
1978	1 031	572	1 122	481	1 603
1979	1 013	569	1 102	480	1 582
1980	1 013	557	1 053	517	1 570
1981	873	550	942	481	1 423
1982	726	623	945	404	1 349
1983	687	594	860	421	1 281
1984	680	568	826	422	1 248
1985	621	539	756	404	1 160
1986	665	568	843	390	1 233
1987	599	534	718	415	1 133
1988	604	530	720	414	1 134
1989	643	520	769	394	1 163
1990	649	513	775	387	1 162
1991	593	545	759	379	1 138
1992	632	487	734	385	1 119
1993	569	586	771	384	1 155
1994	550	587	751	386	1 137
1995	589	576	727	438	1 165
1996	501	588	731	358	1 089
1997	450	461	622	289	911
1998	548	467	674	341	1 015
1999	539	403	632	310	942
2000	518	406	594	330	924
2001	580	413	651	342	993
2002	590	477	685	382	1 067
2003	628	494	731	391	1 122
2004	609	485	702	392	1 094
2005	639	540	799	380	1 179
2006	642	510	750	402	1 152

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 45. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1960–2006. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1960	44	.	38	6	.
1961	34	.	28	6	.
1962	34	.	33	1	.
1963	52	.	48	4	.
1964	50	.	43	7	.
1965	69	174	234	19	243
1966	95	187	257	25	282
1967	152	190	308	34	342
1968	145	220	345	20	365
1969	190	238	389	39	428
1970	224	279	445	58	503
1971	159	509	594	74	668
1972	159	641	717	83	800
1973	204	650	778	76	854
1974	213	722	840	95	935
1975	181	694	768	107	875
1976	237	858	936	159	1 095
1977	254	962	1 063	153	1 216
1978	297	1 006	1 130	173	1 303
1979	383	1 303	1 454	232	1 686
1980	430	1 286	1 472	244	1 716
1981	407	1 107	1 308	206	1 514
1982	473	1 176	1 424	225	1 649
1983	383	1 138	1 321	200	1 521
1984	448	1 039	1 282	205	1 487
1985	442	1 006	1 223	225	1 448
1986	519	1 011	1 299	231	1 530
1987	341	1 033	1 167	207	1 374
1988	339	1 038	1 115	222	1 377
1989	350	999	1 171	178	1 349
1990	388	1 025	1 204	209	1 413
1991	376	1 139	1 271	244	1 515
1992	301	1 230	1 295	236	1 531
1993	320	1 175	1 288	207	1 495
1994	319	1 161	1 237	243	1 480
1995	289	1 155	1 188	256	1 444
1996	260	1 179	1 200	239	1 439
1997	391	628	852	167	1 019
1998	407	629	861	175	1 036
1999	386	587	802	171	973
2000	363	619	811	171	982
2001	256	742	830	168	998
2002	278	679	782	175	957
2003	301	653	791	163	954
2004	312	615	789	138	927
2005	248	626	712	162	874
2006	221	591	659	153	812

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 46. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9), 1960–2006. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1960	8	.	.	.	.
1961	20	.	.	.	.
1962	12	.	.	.	.
1963	16	.	.	.	.
1964	17	.	.	.	.
1965	10	19	26	3	29
1966	13	23	34	2	36
1967	17	14	29	2	31
1968	11	20	28	3	31
1969	15	19	29	5	34
1970	9	17	24	2	26
1971	12	25	35	2	37
1972	16	26	39	3	42
1973	10	30	38	2	40
1974	18	26	41	3	44
1975	11	27	35	3	38
1976	31	19	42	8	50
1977	8	45	48	5	53
1978	9	34	39	4	43
1979	11	25	35	1	36
1980	14	27	34	7	41
1981	10	24	29	5	34
1982	7	32	35	4	39
1983	11	35	36	10	46
1984	10	35	39	6	45
1985	14	38	48	4	52
1986	14	36	42	8	50
1987	11	25	36	0	36
1988	14	38	48	4	52
1989	17	34	44	7	51
1990	27	35	53	9	62
1991	18	28	38	8	46
1992	23	37	55	5	60
1993	29	46	66	9	75
1994	23	34	42	15	57
1995	19	45	48	16	64
1996	24	42	55	11	66
1997	20	41	49	12	61
1998	23	40	45	18	63
1999	19	55	59	15	74
2000	11	44	44	11	55
2001	19	52	62	9	71
2002	23	43	58	8	66
2003	26	46	59	13	72
2004	20	46	47	19	66
2005	17	54	52	19	71
2006	18	52	53	17	70

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 47. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1960–2006.^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1960	17	.	17		.
1961	19	.	16	3	.
1962	15	.	13	2	.
1963	33	.	31	2	.
1964	31	.	26	5	.
1965	50	15	58	7	65
1966	52	21	66	7	73
1967	86	30	109	7	116
1968	110	54	148	16	164
1969	19	7	23	3	26
1970	23	12	30	5	35
1971	157	41	178	20	198
1972	154	96	214	36	250
1973	206	128	288	46	334
1974	276	215	407	84	491
1975	268	234	403	99	502
1976	254	235	381	108	489
1977	320	242	454	108	562
1978	337	277	485	129	614
1979	334	276	447	163	610
1980	216	230	334	112	446
1981	211	290	388	113	501
1982	245	303	422	126	548
1983	268	271	426	113	539
1984	304	268	448	124	572
1985	238	284	394	128	522
1986	201	259	354	106	460
1987	160	281	331	110	441
1988	181	290	352	119	471
1989	142	384	387	139	526
1990	163	238	276	125	401
1991	175	260	300	135	435
1992	141	228	264	105	369
1993	136	224	253	107	360
1994	129	208	239	98	337
1995	122	250	261	111	372
1996	139	202	247	94	341
1997	65	274	241	98	339
1998	72	272	238	106	344
1999	63	249	209	103	312
2000	81	232	212	101	313
2001	136	175	231	80	311
2002	139	145	208	76	284
2003	156	148	219	85	304
2004	132	167	203	96	299
2005	145	216	255	106	361
2006	155	205	258	102	360

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 48. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2006. ^{a)}

År	Alkoholpsykos (F10.3-F10.9)	Alkoholberoende (F10.2)	Lever- cirrhos ^{b)}	Alkoholför- giftning (T51)	Totalt per 100 000 inv
1960	0,1	0,6	5,1	0,2	6,0
1961	0,3	0,5	6,0	0,3	6,9
1962	0,2	0,5	6,0	0,2	6,8
1963	0,2	0,7	5,7	0,4	7,0
1964	0,2	0,7	5,7	0,4	7,0
1965	0,1	0,9	6,3	0,7	8,0
1966	0,2	1,2	6,8	0,7	8,9
1967	0,2	1,9	7,4	1,1	10,6
1968	0,1	1,8	7,3	1,4	10,6
1969	0,2	2,4	8,0	0,2	10,8
1970	0,1	2,8	8,1	0,3	11,3
1971	0,2	2,0	9,3	1,9	13,3
1972	0,2	2,0	10,2	1,9	14,2
1973	0,1	2,5	10,4	2,5	15,5
1974	0,2	2,6	10,5	3,4	16,7
1975	0,1	2,2	12,2	3,3	17,8
1976	0,4	2,9	12,9	3,1	19,3
1977	0,1	3,1	12,4	3,9	19,5
1978	0,1	3,6	12,5	4,1	20,2
1979	0,1	4,6	12,2	4,0	21,0
1980	0,2	5,2	12,2	2,6	20,1
1981	0,1	4,9	10,5	2,5	18,0
1982	0,1	5,7	8,7	2,9	17,4
1983	0,1	4,6	8,3	3,2	16,2
1984	0,1	5,4	8,2	3,7	17,3
1985	0,2	5,3	7,4	2,9	15,8
1986	0,1	6,2	8,0	2,4	16,7
1987	0,1	4,1	7,1	1,9	13,2
1988	0,2	4,0	7,1	2,1	13,5
1989	0,2	4,1	7,6	1,7	13,6
1990	0,3	4,5	7,6	1,9	14,3
1991	0,2	4,4	6,9	2,0	13,5
1992	0,3	3,5	7,3	1,6	12,7
1993	0,3	3,7	6,5	1,6	12,1
1994	0,3	3,6	6,3	1,5	11,6
1995	0,2	3,3	6,7	1,4	11,5
1996	0,3	2,9	5,7	1,6	10,5
1997	0,2	4,4	5,1	0,7	10,5
1998	0,3	4,6	6,2	0,8	11,9
1999	0,2	4,4	6,1	0,7	11,4
2000	0,1	4,1	5,8	0,9	10,9
2001	0,2	2,9	6,5	1,6	11,2
2002	0,3	3,1	6,6	1,6	11,6
2003	0,3	3,4	7,0	1,7	12,4
2004	0,2	3,5	6,8	1,5	12,0
2005	0,2	2,7	7,1	1,6	11,6
2006	0,2	2,4	7,1	1,7	11,4

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

b) K70.0–K70.4, K70.9, K74.0–K74.6, K76.0–K76.1, K76.6.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 49–55)

I tabell 49 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i metodkapitlet och materialet är hämtat ur den sk ECAS-studien.

I tabell 50 och 51 beskrivs utvecklingen av försäljningen av alkoholdrycker i ett antal olika länder. Försiktighet vid jämförelse av de absoluta konsumtionsnivåerna länderna emellan rekommenderas. Försäljningssiffrorna är inte alltid insamlade på likartat sätt och under exakt samma tidsperiod. T ex ingår lättdrycker för vissa länder men inte för andra, ibland baseras data på produktion istället för försäljning osv. Däremot kan utvecklingen i olika länder följas, även om det även i dessa fall är viktigt att beakta att det ibland kan förekomma förändringar och kvalitetsbrister som förrycker statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 52 redovisas försäljningsdata från den sk ECAS-studien för åren 1955–1995, kompletterade med data ur SOU 2004:86 för perioden 1996–2001. Dessa källor överlappar varandra och under tidigare år förekommer att siffrorna skiljer sig något beroende på att något olika urval av länder gjorts. Här har ECAS-data valts för den tidigare perioden eftersom ECAS-data presenteras i andra jämförande tabeller.

Länderna i tabell 52 är indelade i tre kluster, ett med vinländer (Frankrike, Grekland, Italien, Portugal, Spanien) ett med ölländer (Belgien, Danmark, Irland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Österrike) och ett med spritländer (Finland, Norge, Sverige).

I tabell 53 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder samt år 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 54 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen i tabell 52 och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

Tabell 49. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000. (Diagram 17)

Land	År					
	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Belgien	6	7	8	8,5	10,5	11,5
Danmark	4	4	6	7	7	8,5
Finland	17	17	15,5	18,5	18,5	14,5
Frankrike	1	6,5	9,5	9,5	10,5	12,5
Grekland	2	2	2	2	6	7
Irland	8	8	12	12	12	12
Italien	7	7	8	12	12	13
Nederländerna	6	6	6	11	13	13
Norge	17	17	17	19	19	17
Portugal	1	2	2	4	6	8
Spanien	0	0	0	4,5	10	10
Storbritannien	8	9	14	14	14	13
Sverige	17,5	18,5	18,5	18,5	18,5	16,5
Tyskland	4	4	5	6	7	8
Österrike	4	7	7	6	7	7
Medelvärde	6,8	7,7	8,7	10,2	11,4	11,4

Källa: Norström, red (2002).

Tabell 50. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2003. (Diagram 18)

Land	Sprit liter 100%	Öl liter	Vin liter	Totalt liter 100%
1 Luxemburg	1,6	101,6	66,1	12,6
2 Ungern	3,5	72,2	37,4	11,4
3 Tjeckien	3,8	157,0	16,8	11,0
4 Irland	2,0	141,2	15,2	10,8
5 Tyskland	2,0	117,5	23,6	10,2
6 Spanien	2,4	78,3	30,6	10,0
7 Storbritannien	1,8	101,5	20,1	9,6
8 Portugal	1,4	58,7	42,0	9,6
9 Danmark	1,1	96,2	32,6	9,5
10 Österrike	1,4	110,6	29,8	9,3
11 Frankrike	2,4	35,5	48,5	9,3
12 Cypern	3,9	60,0	17,8	9,0
13 Schweiz	1,6	58,1	40,9	9,0
14 Belgien	1,4	96,2	23,0	8,8
15 Ryssland	6,2	32,8	8,6	8,7
16 Slovakien	3,5	88,4	13,0	8,5
17 Rumänien	2,0	67,0	23,0	8,1
18 Lettland	6,1	36,6	3,6	8,1
19 Nederländerna	1,5	78,7	19,6	7,9
20 Finland	2,1	80,2	26,3	7,9
21 Grekland	1,6	40,4	33,8	7,7
22 Australien	1,2	91,5	20,4	7,2
23 Kanada	2,2	67,8	11,0	7,0
24 Italien	0,4	30,1	47,5	6,9
25 Nya Zeeland	1,6	72,8	19,1	6,8
26 USA	1,9	81,6	9,5	6,8
27 Polen	1,3	79,0	11,9	6,7
28 Estland	1,3	75,0	3,4	6,5
29 Japan	3,6	27,3	2,9	6,5
30 Argentina	0,3	35,7	34,6	6,2
31 Uruguay	1,1	16,7	33,3	5,9
32 Island	1,2	55,8	12,0	5,4
33 Chile	1,8	25,0	18,0	5,2
34 Bulgarien	2,1	7,9	21,3	5,0
35 Malta	0,7	39,7	22,3	4,9
36 Sverige	0,9	54,2	16,6	4,9
37 Sydafrika	0,8	56,0	8,6	4,6
38 Venezuela	0,5	82,1	.	4,6
39 Norge	0,8	50,5	12,4	4,4
40 Thailand	3,1	24,3	0,0	4,3
41 Brasilien	1,5	49,7	1,9	4,2
42 Kina	3,0	19,4	0,2	4,0
43 Colombia	1,8	40,1	0,4	3,9
44 Taiwan	0,7	27,5	0,5	3,3
45 Mexico	0,7	46,9	0,2	3,1

Källa: WARC (2005).

Tabell 51. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 19)

År	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Belgien	Frankrike	Grekland	Irland
1965	4,6	5,0	2,4	2,6	2,8	7,4	17,3	5,0	4,5
1966	4,9	5,5	2,5	2,8	2,9	7,3	17,3	5,1	4,6
1967	5,1	5,7	2,6	3,0	3,1	7,5	17,1	4,9	4,7
1968	5,3	5,8	2,9	2,7	3,3	7,9	16,7	4,9	5,1
1969	5,7	6,4	4,2	2,7	3,4	8,0	16,5	5,2	5,4
1970	5,8	6,8	4,3	3,2	3,6	8,9	16,2	5,3	5,9
1971	5,7	7,2	4,7	3,4	3,7	9,2	16,1	5,3	6,2
1972	5,9	7,7	5,1	3,5	3,9	9,3	16,0	5,4	6,7
1973	5,7	8,4	5,6	3,7	4,0	9,9	16,2	5,1	7,3
1974	6,1	8,3	6,5	3,8	4,2	9,8	15,9	5,2	7,6
1975	6,3	9,1	6,2	3,5	4,3	10,1	16,1	5,3	7,7
1976	6,4	9,2	6,3	3,5	4,3	10,2	16,2	8,3	7,5
1977	6,2	8,9	6,4	3,8	4,4	10,3	15,8	8,7	7,6
1978	5,8	8,5	6,2	3,6	4,0	10,3	15,4	8,8	7,7
1979	5,9	9,0	6,2	4,0	4,4	10,5	15,1	9,2	7,7
1980	5,7	9,1	6,3	3,9	4,6	10,8	14,9	10,2	7,3
1981	5,4	9,6	6,4	3,9	4,2	10,5	14,4	9,8	7,0
1982	5,5	10,0	6,4	3,9	3,8	10,8	14,4	8,9	6,7
1983	5,2	10,4	6,4	4,0	3,8	10,8	14,0	9,6	6,1
1984	5,2	9,9	6,5	4,1	4,0	10,6	13,5	9,5	6,5
1985	5,2	9,9	6,5	4,1	4,2	10,5	13,3	8,9	6,8
1986	5,5	10,0	6,9	4,1	4,2	10,3	13,2	7,3	6,7
1987	5,4	9,6	7,1	4,3	4,4	10,7	13,0	8,1	6,7
1988	5,5	9,7	7,3	4,1	4,2	10,0	12,6	8,3	6,9
1989	5,6	9,6	7,6	4,1	4,1	9,5	12,8	8,4	7,3
1990	5,5	9,7	7,7	3,9	4,1	9,9	12,6	8,6	7,6
1991	5,6	9,6	7,5	3,9	4,0	9,4	11,9	8,6	7,8
1992	5,4	9,8	7,2	3,6	3,8	9,6	11,8	8,5	8,2
1993	5,3	9,7	6,8	3,3	3,8	9,6	11,5	9,1	8,5
1994	5,4	9,9	6,6	3,5	3,9	9,2	11,4	9,0	8,7
1995	5,2	10,0	6,8	3,6	3,9	9,1	11,4	8,7	9,0
1996	4,9	10,0	6,7	3,7	4,1	9,1	11,2	8,4	9,4
1997	5,1	9,9	7,0	3,9	4,3	9,1	10,8	8,3	9,7
1998	4,9	9,5	7,0	4,3	4,2	8,2	10,8	7,9	9,7
1999	4,9	9,5	7,1	4,5	4,8	8,4	10,7	8,4	9,6
2000	4,9	9,5	7,1	4,7	5,0	8,5	10,5	8,0	10,7
2001	4,9	9,5	7,4	4,9	4,4	8,5	10,5	7,9	10,8
2002	4,9	9,5	7,7	5,0	4,4	8,8	10,3	7,8	10,8
2003	4,9	9,5	7,9	5,4	4,4	8,8	9,3	7,7	10,8

Källa: WARC (2005).

Forts.

Forts. Tabell 51. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 19)

År	Italien	Luxemburg	Nederländerna	Portugal	Spanien	Storbritannien	Tyskland	Österrike	USA
1965	12,8	8,7	4,2	13,9	11,2	4,7	9,3	10,4	5,6
1966	13,1	9,5	3,9	13,9	12,3	4,8	8,9	10,6	5,8
1967	13,3	8,8	4,5	12,0	11,1	4,9	8,9	10,8	5,9
1968	13,7	9,6	4,7	12,0	11,4	5,0	9,3	10,9	6,2
1969	13,7	8,7	5,2	12,7	11,6	5,1	9,9	10,2	6,5
1970	13,7	10,0	5,7	9,9	11,6	5,3	10,3	10,5	6,7
1971	13,6	10,5	6,2	14,3	11,5	5,6	10,9	11,7	6,9
1972	13,6	10,4	6,8	11,7	12,4	5,8	10,7	11,8	7,1
1973	13,9	10,5	7,6	12,0	13,7	6,5	11,0	12,2	7,3
1974	13,8	11,4	8,0	14,0	14,1	6,8	10,5	11,5	7,5
1975	12,8	10,5	8,9	13,3	14,2	6,8	11,3	11,1	7,6
1976	12,4	11,2	8,4	14,1	13,7	7,1	11,7	11,2	7,7
1977	12,0	11,3	8,9	12,3	13,0	6,8	11,2	11,2	7,9
1978	12,7	10,4	9,1	10,4	14,0	7,3	11,2	10,6	8,1
1979	12,7	10,0	9,4	10,8	13,6	7,6	11,6	11,1	8,1
1980	13,0	10,9	8,9	11,0	13,6	7,3	11,4	11,0	8,3
1981	11,7	10,3	8,8	11,6	13,0	7,1	11,1	11,0	8,3
1982	11,4	11,1	8,7	12,1	12,7	6,9	10,9	9,9	8,2
1983	11,5	11,9	8,9	13,4	12,8	7,1	11,0	10,2	8,1
1984	11,2	12,7	8,6	12,7	11,5	7,2	10,7	10,0	8,0
1985	10,6	12,1	8,5	13,1	11,6	7,3	10,8	9,9	8,0
1986	10,0	11,9	8,6	11,5	11,6	7,4	10,5	10,0	7,7
1987	9,6	12,1	8,3	11,4	11,8	7,5	10,6	10,1	7,6
1988	9,4	12,0	8,3	10,7	11,1	7,8	10,4	10,1	7,5
1989	9,1	12,5	8,2	11,4	11,0	7,7	10,4	10,3	7,3
1990	9,2	12,2	8,1	12,9	10,8	7,7	10,6	10,4	7,4
1991	9,1	12,4	8,2	12,7	10,7	7,6	10,8	10,6	6,9
1992	8,9	12,4	8,2	12,4	10,2	7,4	10,8	10,0	6,9
1993	8,7	12,5	7,9	12,2	9,9	7,5	11,3	10,1	6,7
1994	8,6	11,2	7,9	12,1	9,7	7,7	11,3	9,8	6,7
1995	8,2	11,7	8,0	12,0	9,5	7,6	10,9	9,8	6,5
1996	7,8	11,1	8,1	11,6	9,3	8,0	10,7	9,7	6,6
1997	7,8	12,8	8,2	11,1	10,1	8,2	10,8	9,5	6,6
1998	7,7	12,4	8,1	11,0	10,1	8,0	10,6	9,3	6,6
1999	7,6	12,3	8,2	10,9	9,9	8,4	10,6	9,3	6,8
2000	7,7	12,5	8,2	10,8	9,8	8,4	10,5	9,2	6,8
2001	7,4	12,4	8,1	10,3	9,8	9,1	10,4	9,0	6,8
2002	7,4	11,9	8,0	9,7	9,6	9,6	10,4	9,2	6,7
2003	6,9	12,6	7,9	9,6	10,0	9,6	10,2	9,3	6,8

Källa: WARC (2005).

Tabell 52. Alkoholkonsumtionen i några europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001. (Diagram 20)

År	Vinländer	Ölländer, inkl Nederländerna	F d spritländer (Fin- land, Norge, Sverige)
1955	17,0	5,8	4,2
1956	18,0	6,0	4,2
1957	17,4	6,2	4,0
1958	16,5	6,3	3,8
1959	16,4	6,5	3,9
1960	16,4	6,9	4,0
1961	15,2	7,1	4,1
1962	15,2	7,4	4,1
1963	16,4	7,7	4,2
1964	16,4	8,2	4,3
1965	16,8	8,5	4,4
1966	17,1	8,5	4,7
1967	16,2	8,7	4,9
1968	16,3	9,0	5,2
1969	16,5	9,3	5,9
1970	15,6	9,9	6,0
1971	16,7	10,6	6,2
1972	16,2	10,9	6,5
1973	16,6	11,6	6,7
1974	17,1	11,6	7,3
1975	16,7	11,9	7,2
1976	17,4	11,9	7,3
1977	16,7	11,8	7,2
1978	16,3	11,8	6,8
1979	16,3	12,1	7,0
1980	16,3	11,9	7,0
1981	16,1	11,7	6,7
1982	15,8	11,6	6,5
1983	15,9	11,7	6,4
1984	15,2	11,6	6,5
1985	14,9	11,6	6,6
1986	13,6	11,5	6,9
1987	13,7	11,5	6,9
1988	13,0	11,4	7,0
1989	13,0	11,4	7,1
1990	12,7	11,6	7,1
1991	12,7	11,6	7,0
1992	12,2	11,6	6,8
1993	12,1	11,5	6,6
1994	11,9	11,4	6,6
1995	11,9	11,4	6,7
1996	11,6	11,4	6,4
1997	11,6	11,5	6,6
1998	11,5	11,2	6,6
1999	11,4	11,4	6,7
2000	11,3	11,5	6,8
2001	11,3	11,4	7,0

Källa: 1955–1995: Norström, red (2002) och 1996–2001: SOU 2004:86.

Tabell 53. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i några europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.

Land	1950–1965		1966–1980		1981–1995		1995	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Nordeuropa								
Finland	8,4	4,5	11,1	3,9	16,9	5,8	19,7	5,8
Norge	5,9	4,1	7,6	3,9	9,5	4,2	7,6	3,6
Sverige	7,7	4,1	17,1	6,8	11,7	4,9	9,3	4,9
<i>Medelvärde</i>	7,3	4,2	11,9	4,9	12,7	5,0	12,2	4,8
Centraleuropa								
Österrike	44,1	12,2	65,8	17,0	54,3	16,2	47,1	15,1
Belgien	15,9	7,4	21,7	10,4	19,6	9,9	18,6	9,5
Danmark	9,8	11,0	15,3	9,3	22,2	9,7	27,7	13,3
Irland	4,7	2,5	6,8	4,1	5,8	3,7	4,3	4,0
Nederländerna	7,3	4,8	9,0	4,7	8,9	4,4	7,7	4,4
Storbritannien	4,4	2,8	5,6	3,8	8,2	5,4	11,1	6,4
<i>Medelvärde</i>	16,8	7,6	24,9	12,5	19,1	7,5	21,9	9,6
Sydeuropa								
Frankrike	57,4	23,5	69,7	24,7	38,8	14,3	28,0	11,0
Italien	40,8	13,5	67,2	21,1	49,4	18,6	35,0	15,8
Spanien	34,9	17,1	53,3	19,4	40,2	12,8	29,3	9,4
Portugal	67,1	27,6	82,2	29,2	58,5	18,2	42,5	12,1
Grekland	36,7	13,3	31,0	11,0	16,6	5,5	9,5	3,3
<i>Medelvärde</i>	47,4	20,4	68,1	23,6	46,7	16,0	33,7	12,1
Medelvärde totalt	25,1	10,7	34,2	13,9	25,0	9,1	22,3	8,9

Källa: Norström, red (2002).

Tabell 54. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i några europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.

År	Vinländer	Ölländer, inkl Neder- länderna	F d spritländer (Finland, Norge, Sverige)
1955	10,3	35,3	6,1
1956	11,0	39,2	5,8
1957	11,6	36,1	6,5
1958	11,6	32,2	6,6
1959	12,9	32,5	5,6
1960	13,2	34,5	6,3
1961	13,2	33,4	6,5
1962	13,3	35,1	6,4
1963	13,3	36,7	6,0
1964	14,0	38,4	5,8
1965	14,8	40,3	6,3
1966	14,8	42,1	6,2
1967	14,8	42,7	6,5
1968	16,0	42,0	6,7
1969	16,7	43,3	7,4
1970	16,7	40,1	7,2
1971	16,8	42,8	7,6
1972	17,3	41,3	8,2
1973	17,6	41,5	8,0
1974	18,6	39,9	8,8
1975	18,4	41,5	10,0
1976	18,5	42,7	10,0
1977	17,8	41,0	9,3
1978	18,0	38,9	9,6
1979	17,7	37,0	9,6
1980	17,7	36,2	10,3
1981	16,9	35,3	8,8
1982	16,4	33,6	7,7
1983	16,6	33,5	8,6
1984	16,5	32,0	8,4
1985	16,3	31,2	8,8
1986	15,7	29,6	9,0
1987	15,3	27,8	9,5
1988	15,0	26,5	9,4
1989	15,6	24,7	9,3
1990	15,0	23,6	9,4
1991	15,7	23,4	8,8
1992	15,8	22,7	9,3
1993	15,4	22,3	8,5
1994	15,5	18,9	8,3
1995	16,0	18,1	8,5

Källa: Norström, red (2002).

Tabell 55. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol^{a)} tre gånger eller mer de senaste 30 dagarna, prövat narkotika någon gång, sniffat någon gång samt rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003. (Diagram 21, 36, 38 och 45)

Land	Intensiv-konsumerat			Prövat narkotika			Sniffat			Rökt cigaretter sen 30 dag		
	95	99	03	95	99	03	95	99	03	95	99	03
Bulgarien	.	11	21	.	14	22	.	3	3	.	50	46
Cypern	.	12	10	6	3	5	3	.	18	23	16	25
Danmark	22	30	24	18	25	23	6	7	8	28	38	30
Estland	10	14	20	8	16	24	8	7	8	28	32	37
Finland	19	18	16	5	10	11	4	5	8	37	43	38
Frankrike	.	12	9	.	35	38	.	11	11	.	44	33
Färöarna	12	15	19	12	8	10	8	5	11	42	41	41
Förenade kunga- riket (Storbritannien och Nordirland)	22	30	27	42	36	38	20	15	12	36	34	29
Grekland	.	18	11	.	10	7	.	14	15	.	35	29
Grönland	.	25	19	.	21	27	.	19	22	.	67	60
Irland	23	31	32	37	32	40	.	22	18	41	37	33
Island	11	17	11	10	16	13	8	11	12	32	28	20
Italien	20	.	13	21	26	28	8	6	6	36	40	38
Kroatien	8	12	15	8	17	23	13	13	14	32	38	36
Lettland	.	14	22	.	22	17	.	6	7	.	40	40
Litauen	10	9	13	3	15	16	16	10	5	25	40	41
Malta	16	22	25	2	8	11	17	16	16	31	32	27
Norge	17	24	24	6	13	9	7	6	5	36	40	28
Polen	11	31	25	9	18	19	9	9	9	28	33	31
Portugal	4	7	15	8	12	18	3	3	8	24	31	28
Rumänien	.	11	11	.	10	3	.	1	2	.	24	28
Ryssland (Moskva)	.	16	17	.	24	22	.	9	7	.	45	44
Slovakien	7	8	15	10	20	27	6	7	9	27	37	37
Slovenien	7	25	22	13	26	29	12	14	15	26	36	36
Sverige	16	17	16	6	9	8	12	8	8	30	30	23
Tjeckien	14	17	18	23	35	44	8	7	9	34	44	43
Ukraina	11	10	22	14	21	21	5	8	6	38	40	39
Ungern	13	12	8	5	12	16	6	4	5	34	36	39

Källa: CAN.

a) Druckit fem "drinkar" eller mer vid ett och samma tillfälle.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 56–61)

Beslagsstatistiken i tabellerna 56–60 har hämtats från Rikspolisstyrelsens sk BAR-register (beslags- och analysregistret). Detta innehåller bl a uppgifter från polisen respektive tullen om antalet narkotikabeslag och omfattningen av dessa.

I totalsiffran i tabell 56 ingick t o m 2003 samtliga beslagtagna narkotiska preparat. Sedan 2004 saknas statistik för vissa mera sällsynta medel varför siffrorna blir något lägre jämfört med tidigare (uppskattningsvis två procent lägre 2004). Vidare samlas inte tullens uppgifter in på samma sätt som tidigare, vilket också kan ha påverkat jämförbarheten med tidigare år.

I Rikskriminalpolisens redovisning av narkotikabeslag inkluderades t o m 2003 även poppers, hälsofarliga varor och dopningsmedel i narkotikabeslagsstatistiken. Sådana icke narkotikaklassade medel ingår dock inte i totalsiffran i tabell 56. Kategorin ”läkemedel” i tabellen innehåller till allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om andra narkotikaklassade läkemedel – ofta av smärtstillande typ – också kan ingå.

I amfetaminbeslagen i tabell 58 ingår även de besläktade preparaten metamfetamin och fenmetrazin. Sådana beslag är dock tämligen ovanliga och utgör normalt 4–6% av amfetaminbeslagen.

I tabell 61 redovisas prisutvecklingen för fyra narkotikasorter. Prisuppgifterna är rapporterade av representanter för länspolismyndigheterna inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger (CRD) och uttrycks i 2007 års penningvärde, omräknade enligt SCBs konsumentprisindex (KPI).

Tabell 56. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1966–2007. ^{a)}
(Diagram 22 och 30)

År	Medel				Antal beslag ^{b)}				
	Canna- bis	Heroin	Am- feta- min	Läke- me- del ^{c)}	Av tull	Av polis	Totalt	Per 100 000 invånare	Index per 100 000 invånare, 1985=100
1966	.	.	.	.	22	337	359	5	6
1967	.	.	.	.	41	935	976	12	17
1968	.	.	.	.	145	1 958	2 103	27	36
1969	.	.	.	.	277	2 033	2 310	29	39
1970	.	.	.	.	638	2 282	2 920	36	49
1971	1 708	1	169	0	457	2 326	2 783	34	46
1972	1 663	0	115	3	354	2 388	2 742	34	45
1973	2 088	4	414	40	350	2 643	2 993	37	49
1974	2 465	12	701	69	612	2 838	3 450	42	57
1975	1 779	12	1 021	138	471	2 645	3 116	38	51
1976	2 082	81	1 453	124	676	3 250	3 926	48	64
1977	2 637	90	1 457	152	929	3 504	4 433	54	72
1978	2 944	210	836	218	1 028	3 359	4 387	53	71
1979	3 310	297	852	187	1 170	3 569	4 739	57	77
1980	5 073	483	1 262	293	1 508	5 772	7 280	88	118
1981	5 394	524	1 686	475	1 282	6 992	8 274	99	134
1982	4 928	277	2 142	531	1 331	6 726	8 057	97	130
1983	4 599	211	1 705	567	1 288	5 842	7 130	86	115
1984	3 897	164	1 906	501	1 162	5 343	6 505	78	105
1985	3 746	162	1 684	490	1 062	5 153	6 215	74	100
1986	3 653	160	1 509	306	1 187	4 545	5 732	68	92
1987	3 612	210	1 900	430	1 342	4 897	6 239	74	100
1988	4 406	294	1 965	501	1 587	5 880	7 467	89	119
1989	4 896	319	2 572	701	1 567	7 100	8 667	102	137
1990	5 321	445	2 889	869	1 712	7 996	9 708	113	152
1991	5 328	608	2 851	1 137	1 561	8 594	10 155	118	158
1992	4 964	645	3 538	1 472	1 501	9 482	10 983	127	170
1993	3 948	723	4 288	1 807	1 211	10 004	11 215	129	173
1994	3 838	663	4 359	1 794	1 301	9 726	11 027	126	169
1995	3 852	805	4 386	1 778	828	10 265	11 093	126	169
1996	3 557	780	4 199	1 645	762	10 061	10 823	122	164
1997	4 545	833	4 639	2 090	1 952	10 861	12 813	145	195
1998	5 061	1 285	4 859	2 512	1 828	12 908	14 736	167	224
1999	5 989	1 244	5 073	2 643	2 280	13 995	16 275	184	247
2000	6 050	1 264	4 978	2 725	2 520	14 261	16 781	189	254
2001	6 935	1 271	5 837	3 223	2 735	16 392	19 127	215	289
2002	7 397	1 052	6 922	4 476	1 520	20 152	21 672	243	326
2003	8 247	1 057	6 972	4 347	2 228	20 251	22 479	251	337
2004	8 102	900	6 977	4 715	2 086	19 932	22 018	244	328
2005	8 345	804	6 887	5 347	1 832	20 964	22 796	252	339
2006	9 365	800	7 201	6 032	2 558	23 868	26 426	290	390
2007	10 052	871	6 962	7 443	3 401	25 231	28 632	312	419

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register. År 1965 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

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

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

c) Företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

Tabell 57. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2007. ^{a)} (Diagram 24)

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch
	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)
1970	.	198	.	556	126	.	.	325	.
1971	1 342	126	.	366	111	.	1 708	237	.
1972	1 381	89	.	282	144	.	1 663	234	.
1973	1 782	168	.	306	87	.	2 088	255	.
1974	1 927	135	.	538	103	.	2 465	238	.
1975	1 337	137	.	442	132	.	1 779	269	.
1976	1 471	122	.	611	197	.	2 082	320	.
1977	1 750	239	.	887	419	.	2 637	658	.
1978	1 928	213	.	1 016	265	.	2 944	478	.
1979	2 190	453	.	1 120	351	.	3 310	804	.
1980	3 597	355	.	1 476	366	.	5 073	721	.
1981	4 152	193	.	1 242	256	.	5 394	449	.
1982	3 675	279	.	1 253	230	.	4 928	509	.
1983	3 386	1 439	.	1 213	186	.	4 599	1 625	.
1984	2 789	321	.	1 108	143	.	3 897	464	.
1985	2 755	1 100	.	991	314	.	3 746	1 414	.
1986	2 529	138	.	1 124	188	.	3 653	326	.
1987	2 358	343	.	1 254	236	.	3 612	579	.
1988	2 903	94	.	1 503	328	.	4 406	423	.
1989	3 512	222	.	1 384	248	.	4 896	470	.
1990	3 838	177	95	1 483	424	94	5 321	601	94
1991	4 019	158	96	1 309	481	88	5 328	639	90
1992	3 856	120	93	1 108	256	97	4 964	376	96
1993	3 111	228	86	837	336	37	3 948	563	57
1994	2 931	245	83	907	213	72	3 838	457	78
1995	3 149	166	83	703	361	99	3 852	527	94
1996	3 221	131	86	336	157	66	3 557	287	75
1997	3 335	103	72	1 210	558	99	4 545	660	95
1998	3 931	187	75	1 130	310	81	5 061	496	79
1999	4 550	249	74	1 439	942	99	5 989	1 191	94
2000	4 429	398	92	1 621	843	97	6 050	1 241	95
2001	5 191	480	97	1 744	259	90	6 935	739	94
2002	6 487	315	83	910	502	91	7 397	817	88
2003	7 005	522	90	1 242	458	90	8 247	980	90
2004	7 389	344	88	713	532	96	8 102	876	94
2005	7 767	619	82	578	833	91	8 345	1 452	87
2006	8 433	550	63	932	464	75	9 365	1 014	68
2007	8 640	828	90	1 412	657	95	10 052	1 485	93

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 58. Polisens och tullens beslag av amfetamin ^{a)}. 1970–2007. ^{b)} (Diagram 24)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag			
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Liter	Antal tabletter
1970	..	3	46	0	..	3	0	4 511
1971	130	2	39	0	169	2	0	8 349
1972	82	2	33	1	115	3	0	24 315
1973	385	31	29	1	414	32	0	74 022
1974	660	13	41	10	701	24	1	219 292
1975	1 000	36	21	4	1 021	40	0	32 413
1976	1 424	74	29	25	1 453	99	0	3 788
1977	1 427	47	30	6	1 457	53	2	4 266
1978	820	27	16	4	836	30	1	379
1979	834	19	18	2	852	21	0	2 165
1980	1 242	18	20	3	1 262	22	0	823
1981	1 665	22	21	7	1 686	30	0	353
1982	2 106	100	36	6	2 142	106	1	211
1983	1 670	76	35	6	1 705	82	0	299
1984	1 866	76	40	10	1 906	86	0	287
1985	1 641	64	43	42	1 684	106	0	41
1986	1 458	51	51	26	1 509	77	0	0
1987	1 830	89	70	68	1 900	157	0	54
1988	1 898	86	67	12	1 965	98	0	54
1989	2 487	51	85	53	2 572	104	1	290
1990	2 781	62	108	46	2 889	108	0	1 396
1991	2 782	59	69	45	2 851	104	1	2 287
1992	3 445	47	93	73	3 538	121	1	1 383
1993	4 183	74	105	68	4 288	142	1	1 331
1994	4 269	118	90	93	4 359	210	1	1 164
1995	4 305	204	81	74	4 386	279	1	3 888
1996	4 154	91	45	37	4 199	127	2	11 321
1997	4 503	133	136	53	4 639	186	4	17 105
1998	4 577	56	282	79	4 859	135	7	173
1999	4 974	71	99	53	5 073	124	2	1 100
2000	4 847	69	131	39	4 978	108	1	284
2001	5 716	151	121	89	5 837	240	1	782
2002	6 846	205	76	145	6 922	350	1	92
2003	6 883	184	89	170	6 972	354	8	1 993
2004	6 885	258	92	199	6 977	457	..	..
2005	6 887	160	94	304	6 981	464	..	..
2006	7 079	230	122	231	7 201	461	..	..
2007	6 824	209	138	134	6 962	343	..	..

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin.

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

Tabell 59. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2007. ^{a)} (Diagram 22 och 24)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1975	0	0	1	0	1	0
1976	2	0	4	0	6	0
1977	6	1	4	0	10	1
1978	12	1	6	0	18	1
1979	15	2	6	0	21	2
1980	17	1	6	0	23	2
1981	21	0	7	0	28	0
1982	21	0	11	0	32	0
1983	25	1	15	0	40	1
1984	22	0	7	43	29	43
1985	19	0	6	1	25	1
1986	20	0	10	3	30	3
1987	29	1	19	1	48	1
1988	60	1	18	6	78	6
1989	75	3	26	1	101	5
1990	50	5	30	4	80	9
1991	58	63	26	163	84	226
1992	82	4	46	57	128	61
1993	92	8	25	6	117	14
1994	79	5	35	24	114	29
1995	52	2	12	1	64	4
1996	91	7	16	11	107	18
1997	79	1	37	33	116	34
1998	129	8	43	11	172	19
1999	305	10	41	410	346	420
2000	365	18	40	32	405	50
2001	271	11	57	28	328	39
2002	407	6	33	35	440	41
2003	493	13	52	29	545	42
2004	468	7	56	23	524	29
2005	505	6	41	28	546	34
2006	683	8	89	1 350	772	1 358
2007	617	13	108	26	725	39

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 60. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2007. ^{a)} (Diagram 24)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1970	..	0	..	0	..	0
1971	1	0	0	0	1	0
1972	0	0	0	0	0	0
1973	3	0	1	0	4	0
1974	9	0	3	0	12	0
1975	12	0	0	0	12	0
1976	69	2	12	15	81	17
1977	82	1	8	1	90	2
1978	198	3	12	1	210	4
1979	271	3	26	1	297	4
1980	464	1	19	1	483	2
1981	485	8	39	3	524	11
1982	248	4	29	1	277	6
1983	188	2	23	1	211	4
1984	152	1	12	1	164	1
1985	133	1	29	5	162	6
1986	135	2	25	2	160	4
1987	185	3	25	2	210	5
1988	260	6	34	4	294	9
1989	281	4	38	5	319	9
1990	405	7	40	5	445	12
1992	581	11	64	14	645	25
1993	669	5	54	17	723	22
1994	619	6	44	15	663	21
1995	786	5	19	26	805	31
1996	765	14	15	12	780	26
1997	797	6	36	6	833	12
1998	1 257	6	28	65	1 285	71
1999	1 203	21	41	43	1 244	64
2000	1 126	11	138	19	1 264	30
2001	1 239	10	32	22	1 271	32
2002	1 042	30	10	29	1 052	59
2003	1 038	5	19	8	1 057	13
2004	880	16	20	18	900	34
2005	776	10	28	9	804	19
2006	777	39	23	64	800	103
2007	852	22	19	8	871	30

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 61. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2007 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2007. Index 1988=100. (Diagram 25)

År	Hasch		Amfetamin		Kokain		Heroin (brunt)	
	Median	Index	Median	Index	Median	Index	Median	Index
1988	165	100	659	100	1 317	100	2 800	100
1989	131	80	619	94	1 392	106	3 094	111
1990	123	75	560	85	1 680	128	2 801	100
1991	109	66	512	78	1 281	97	2 562	91
1992	106	65	438	67	1 252	95	2 348	84
1993	108	65	433	66	1 197	91	1 795	64
1994	94	57	351	53	1 171	89	2 049	73
1995	103	62	343	52	1 142	87	2 284	82
1996	97	59	313	47	1 137	86	1 535	55
1997	90	55	339	52	1 244	94	1 414	50
1998	102	62	340	52	1 076	82	1 557	56
1999	101	62	293	45	1 240	94	2 058	73
2000	89	54	279	42	1 005	76	1 116	40
2001	87	53	272	41	1 089	83	1 089	39
2002	85	52	267	40	853	65	1 067	38
2003	84	51	262	40	837	64	1 151	41
2004	83	51	261	40	834	63	1 042	37
2005	83	50	259	39	830	63	1 245	44
2006	82	50	256	39	820	62	1 025	37
2007	80	49	225	34	800	61	1 000	36

Källa: CAN.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 62–69)

I tabell 62 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiveras av att resultaten detta år skulle redovisas på länsnivå.

Frågan om livstidsprevalensen har ändrats genom åren men inte så att detta bedömts ha haft någon avgörande betydelse för resultatens utseende. Mellan 1986–1997 avsåg frågan om månadsaktuell narkotikaanvändning endast cannabis och till följd av vissa förändringar i frågeformuläret saknas data 1984–1985. Från 2007 är resultaten för denna variabel inte längre jämförbara p g a alltför stora förändringar i frågans konstruktion.

I samma tabell redovisas även andelen som vet någon som kan sälja narkotika respektive benägenhet att pröva narkotika och dessa andelar är beräknade på elever utan redovisad narkotikaerfarenhet.

Det stora internbortfallet i mönstringsundersökningen 1985 och 1987 berodde på tekniska svårigheter att läsa de optiska blanketterna (tabellerna 64 och 65). Resultaten bedöms inte ha påverkats i någon avgörande grad av detta, vilket också gäller det under 1990-talets första hälft tämligen höga externbortfallet. Sedan 1992 viktas resultaten rutinemässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall.

Uppgiften om mönstrande som erbjudits narkotika gällde enbart cannabis 1976–1988 (vilket normalt fångar in över 90% av dem som erbjudits narkotika). Frågorna om narkotikaerfarenhet har enligt fotnoten i tabell 64 ändrats med åren. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten i någon avgörande omfattning. Vad gäller att ha använt narkotika senaste 30 dagarna refererade frågan till ”den senaste månaden” 1976–1999.

I tabell 66–68 redovisas siffror från Statens folkhälsoinstituts årliga enkätundersökning. 2004 ingick inte 16–17-åringar i urvalet vilket kan vara en anledning till att siffrorna för 2004 skiljer sig och jämförelser över tid speciellt för åldersgruppen 16–29 år bör inte göras utan reflektion.

Tabell 62. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2008. (Diagram 23, 26 och 27)

År	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika		
		Någon gång		Senaste månaden ^{a)}		Vet någon som kan ge el. sälja	Haft möjlighet att pröva	Haft lust att pröva
		Po	FI	Po	FI			
1971	3 835	14	16	5	5	.	32	6
1972	6 085	15	14	7	6	.	32	4
1973	5 594	12	14	5	4	.	30	4
1974	4 634	8	7	3	2	.	24	3
1975	4 217	6	6	2	2	.	26	3
1976	4 136	7	6	3	1	.	21	4
1977	6 034	9	8	3	3	36	24	4
1978	9 543	8	8	3	3	32	23	4
1979	9 359	7	6	2	1	28	20	2
1980	9 941	8	8	3	2	31	23	3
1981	9 496	9	9	4	3	29	23	4
1982	5 146	8	8	3	3	21	19	3
1983	1 641	5	6	2	1	.	.	.
1984	32 819	5	5	.	.	.	.	.
1985	1 502	4	4	.	.	.	.	.
1986	5 820	5	3	1	1	17	12	3
1987	5 778	3	3	1	0	18	11	3
1988	5 430	4	3	1	1	18	12	3
1989	5 714	3	3	1	0	20	13	3
1990	5 977	4	3	1	1	21	13	3
1991	5 883	4	3	1	1	23	14	3
1992	5 851	5	3	2	1	25	14	3
1993	5 913	5	5	1	1	26	17	7
1994	5 868	5	4	1	1	28	16	5
1995	5 577	7	5	2	1	37	23	7
1996	6 027	8	7	3	2	37	23	7
1997	5 683	8	7	2	1	42	26	8
1998	5 455	9	6	3	3	43	27	7
1999	5 198	9	7	3	2	39	26	6
2000	5 290	10	8	3	2	39	27	6
2001	5 569	10	9	3	2	42	25	6
2002	5 349	8	8	3	2	38	25	5
2003	5 226	7	7	2	2	36	23	5
2004	5 414	7	7	3	3	33	21	5
2005	5 373	7	7	4	3	34	21	5
2006	4 890	7	5	4	3	32	19	5
2007	5 302	6	5	2	1	.	20	5
2008	4 884	7	5	2	1	.	19	6

Källa: CAN.

a) 1986–1997 avsåg frågan endast hasch eller marijuana. Från 2007 är resultaten inte längre jämförbara p g a förändringar i frågans konstruktion.

Tabell 63. Erfarenhet av narkotika bland elever i gymnasiets årskurs 2 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 2004–2008. (Diagram 23, 26 och 27)

Gy 2	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika		
		Någon gång		Senaste månaden		Vet någon som kan ge el. sälja	Haft möjlighet att pröva	Haft lust att pröva
		Po	FI	Po	FI			
År								
2004	4 494	17	14	5	2	47	36	7
2005	4 542	17	13	6	3	46	34	8
2006	3 772	16	14	5	2	44	36	6
2007	4 303	17	13	4	2	.	34	7
2008	3 983	17	15	4	2	.	31	7

Källa: CAN.

Tabell 64. Andelen män som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006. (Diagram 23, 26 och 27)

År	Antal tillfrågade	Erbjudits narkotika ^{a)}	Använt någon gång ^{b)}	Använt senaste 30 dagarna		
				En gång	Flera gånger	Totalt
1970–71	53 392	..	15,7	1,3	3,4	4,7
1971–72	55 469	..	16,1	1,3	3,5	4,9
1972–73	57 992	..	18,0	1,2	3,5	4,7
1974	54 328	..	17,1	1,1	3,5	4,6
1975	54 711	..	15,6	1,0	3,1	4,1
1976	52 361	32,0	15,9	1,0	2,0	3,0
1977	52 129	32,2	16,7	1,0	2,0	3,1
1978	47 659	33,3	18,4	1,0	2,5	3,5
1979	49 658	33,3	18,5	1,1	2,5	3,6
1980	49 902	..	19,2	1,3	2,4	3,7
1981	54 363	..	17,2	1,2	1,8	3,0
1982	51 932	33,9	16,3	1,0	1,4	2,4
1983	52 011	28,3	11,3	0,7	0,8	1,5
1984	49 358	22,7	8,8	0,5	0,5	1,0
1985	35 278	19,7	7,2	0,4	0,4	0,8
1986	46 646	18,7	7,0	0,4	0,3	0,7
1987	34 437	16,8	6,1	0,4	0,3	0,7
1988	41 125	20,5	5,8	0,4	0,3	0,7
1992	27 839	20,8	5,8	0,4	0,3	0,7
1993	33 956	23,3	7,3	0,6	0,5	1,0
1994	39 519	29,4	8,9	0,7	0,6	1,3
1995	44 878	34,2	12,0	1,1	0,7	1,9
1996	47 544	37,5	14,3	1,3	1,1	2,5
1997	38 878	41,3	15,0	1,5	1,1	2,6
1998	44 437	44,1	16,4	1,4	1,3	2,7
1999	42 751	44,9	16,9	1,6	1,4	3,1
2000	37 566	46,2	17,2	1,5	1,6	3,1
2001	39 276	47,4	17,7	1,5	1,5	3,0
2002	39 742	47,7	17,9	1,5	1,6	3,1
2003	40 369	43,6	16,2	1,2	1,3	2,5
2004	42 469	42,7	15,3	1,2	1,1	2,3
2005	41 901	39,5	13,5	1,0	1,0	2,0
2006	36 802	38,1	12,6	1,0	1,0	1,9

Källa: CAN.

a) 1976–1988 endast cannabis.

b) 1971 löd frågan "Har du någon gång använt narkotika (knark) utan läkares ordination?", 1972–1975 "Har du någon gång använt narkotika (knark)?" och fr o m 1976 enligt nästkommande tabell.

Tabell 65. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1976–2006.

År	Hasch	Can- na- bis	Mari- juana	Amfe- tamin el likn cs	Ko- kain	He- roin	Ecs- tasy	LSD ^{a)}	Hallu- cino- gena svam- par	GHB	Lugn- ande me- del ^{b)}	Annan narko- tika
1976		15,2		2,3	.	0,6	.	1,3	.	.	2,2	0,7
1977		16,2		2,2	.	0,4	.	1,1	.	.	1,9	0,6
1978		17,5		2,1	.	0,7	.	1,0	.	.	2,0	0,9
1979		17,5		2,0	.	0,7	.	0,9	.	.	2,0	0,9
1980		18,3		1,7	.	0,4	.	0,7	.	.	1,8	0,7
1981		16,5		1,3	.	0,3	.	0,6	.	.	1,5	0,5
1982		15,6		1,6	.	0,2	.	0,6	.	.	1,7	0,5
1983		10,8		1,0	.	0,1	.	0,2	.	.	0,9	0,2
1984	7,0		4,2	0,8	0,5	0,3	.	0,3	.	.	1,2	0,3
1985	5,6		3,1	0,6	0,4	0,1	.	0,3	.	.	0,8	0,3
1986	4,4		2,5	0,7	0,3	0,2	.	0,3	.	.	0,9	0,3
1987	4,3		2,2	0,6	0,1	0,2	.	0,2	.	.	0,7	0,2
1988	4,4		2,3	0,6	0,3	0,1	.	0,1	.	.	0,6	0,2
1992		5,3		0,8	0,5	0,3	.	0,6	.	.	0,8	0,5
1993		6,5		1,2	0,6	0,3	.	0,8	.	.	1,0	0,7
1994		7,5		1,6	0,8	0,6	0,8	0,9	.	.	2,5	0,9
1995		10,9		2,4	0,8	0,5	0,9	1,1	.	.	2,6	0,9
1996		13,0		3,0	0,9	0,7	1,4	1,5	.	.	3,1	1,1
1997		13,9		3,2	1,0	0,8	1,9	2,0	.	.	3,5	1,4
1998		15,0		3,6	1,1	0,8	1,9	2,4	.	.	3,5	1,8
1999		15,6		3,5	1,2	0,7	2,0	1,9	.	.	4,0	2,4
2000		16,0		3,5	1,5	0,8	3,2	2,0	2,6	1,5	3,7	1,0
2001		16,5		3,2	1,4	0,5	3,3	1,6	2,2	1,4	3,6	0,9
2002		16,7		3,0	1,4	0,4	3,6	1,3	2,2	1,1	3,6	1,1
2003		15,2		2,6	1,2	0,4	3,0	1,0	1,7	0,9	2,9	0,9
2004		14,3		2,0	1,0	0,3	2,3	0,7	1,3	0,6	2,4	0,9
2005		12,6		1,6	0,9	0,2	1,6	0,5	1,0	0,4	2,0	0,7
2006		11,8		1,5	1,0	0,2	1,5	0,5	1,0	0,4	1,8	0,8

Källa: CAN. Bastalen framgår av föregående tabell.

a) Före 1999 inkluderades även andra hallucinogener (t ex meskalin och PCP).

b) Fr o m 1994 ingår även sömnmedel.

Tabell 66. Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2007.

År	Män					Kvinnor					Alla
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt	
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	27	21	11	1	15	19	12	5	0	8	11
2005	22	20	10	1	13	19	11	4	0	8	10
2006	28	20	9	1	13	17	11	4	0	7	10
2007	22	21	13	0	14	16	10	5	0	7	10

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 67. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2007. (Diagram 28)

År	Män					Kvinnor					Alla
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt	
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	9	2	1	0	3	5	1	0	0	1	2
2005	8	2	0	0	2	3	1	0	0	1	2
2006	9	2	0	0	2	4	1	0	0	1	2
2007	8	3	1	0	2	4	1	0	0	1	2

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 68. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna, efter kön och ålder. 2004–2007.

År	Män					Kvinnor					Alla
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt	
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	4	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
2005	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
2006	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
2007	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år.

Tabell 69. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 29)

Ålder	År 1979		År 1992		År 1998	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
–17	202	1	65	0	206	1
18–19	773	5	219	1	591	2
20–24	4 609	31	1 618	9	3 220	12
25–29	4 728	32	4 085	22	3 567	14
30–34	2 473	17	4 755	25	5 136	20
35–39	1 122	8	4 232	22	5 394	21
40–44	460	3	2 258	12	4 248	16
45–49	217	1	1 041	6	2 366	9
50–	212	1	689	4	1 197	5
Okänt	204	1	38	0	75	0
Totalt	15 000	100	19 000	100	26 000	100

Källa: Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001).

a) Med tungt narkotikamissbruk avses att ha injicerat den senaste 12-månadersperioden (oavsett frekvens) eller att ha använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (UNOs definition).

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Kriminalstatistik (tabellerna 70–79)

I tabell 70 redovisas antalet arbetstimmar som polisen totalt sett lagt ned på narkotikaärenden, omräknat till årsarbetskrafter. Som framgår av tabellen har beräkningsgrunderna för dessa siffror förändrats vid några tillfällen, vilket skedde senast 1997, varefter man utöver ren utredning även räknar in ledning, planering och förebyggning. Sedan 1985 ingår ej rikskriminalpolisens resurser.

Narkotikabrott reglerades enbart av Narkotikaförordningen (NF) fram till 1968 då Narkotikastrafflagen (NSL) infördes. T o m 30 juni 1983 användes båda lagrummen och därefter endast det senare. Efter 1969 minskade anmälningarna enligt NF successivt och kom inte att överstiga 171 stycken något år (redovisas sammanslaget med NSL i tabell 70).

Ökningen av anmälda smugglingsbrott 2001 i tabell 70 är åtminstone delvis artificiell och beror på tekniska förbättringar av inrapporteringen från Tullverket.

År 1997 slogs Malmöhus län samman med Kristianstads län till Skåne län och 1998 slogs Göteborg och Bohus län samman med Älvsborgs län och Skaraborgs län till Västra Götalands län. Motsvarande sammanslagningar har gjorts även för tidigare år i tabellerna 72 och 73.

I tabellerna 74–79 redovisas lagföringar med narkotikabrott som huvud- eller bibrott. I tabell 74 ingår även åtalsunderlåtelse för brott mot narkotikastrafflagen, men inte mot varusmugglingslagen (narkotika) eftersom detta inte redovisas i ursprungskällan. Dessa torde dock vara tämligen få eftersom antalet misstänkta för narkotikasmuggling är väsentligt färre jämfört med antalet misstänkta mot narkotikastrafflagen samtidigt som smugglingsbrotten i mindre omfattning torde leda till åtalsunderlåtelse.

Åldersuppgift kan fr o m år 2000 saknas för enstaka personer i tabell 74, varför delsummor och total inte helt överensstämmer.

I tabell 79 överstiger ibland summan av narkotiska preparat totalen p g a att flera typer av preparat kan ingå i en och samma dom. I totalen ingår även övriga narkotiska preparat, förutom dem som redovisas i tabellen.

Tabell 70. Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden ^{a)}, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2007.

År	Antal polisårs- arbetskrafter nedlagda på narkotika- ärenden ^{a)}	Anmälda narkotikabrott					
		VSL ^{b)}	VSL per 100 000 invånare	Index 1985= 100	NSL	NSL per 100 000 invånare	Index 1985= 100
1965	31	.	.	.	737	10	2
1966	44	.	.	.	1 051	13	3
1967	76	.	.	.	4 043	51	12
1968	117	.	.	.	7 959	101	23
1969	541	.	.	.	43 946	552	128
1970	512	.	.	.	15 803	196	45
1971	389	.	.	.	18 075	223	52
1972	272	.	.	.	19 047	235	55
1973	223	.	.	.	21 005	258	60
1974	223	1 227	15	79	18 926	232	54
1975	222	904	11	58	21 075	258	60
1976	230	963	12	63	17 871	218	51
1977	304	1 370	17	89	20 737	252	58
1978	309	1 103	13	68	20 647	249	58
1979	322	1 335	16	84	22 598	273	63
1980	335	2 554	31	163	59 421	715	166
1981	391	2 330	28	147	67 500	811	188
1982	440	2 045	25	132	68 502	822	191
1983	481	1 993	24	126	47 993	577	134
1984	523	1 887	23	121	38 223	458	106
1985	495	1 595	19	100	35 945	431	100
1986	538	1 507	18	95	38 004	454	105
1987	528	1 856	22	116	41 857	499	116
1988	482	1 644	19	100	28 976	343	80
1989	478	1 556	18	95	33 601	395	92
1990	466	1 498	18	95	26 496	309	72
1991	551	1 379	16	84	30 746	357	83
1992	560	1 500	17	89	29 182	337	78
1993	632	995	11	58	40 621	466	108
1994	670	816	9	47	30 785	351	81
1995	676	682	8	42	28 413	321	74
1996	721	632	7	37	30 817	349	81
1997	914	564	6	32	30 383	343	80
1998	901	451	5	26	31 845	359	83
1999	901	546	6	32	36 525	412	96
2000	869	381	4	21	32 443	366	85
2001	889	1 366	15	79	32 415	365	85
2002	964	1 478	17	89	38 018	425	99
2003	1 006	1 355	15	79	40 860	455	106
2004	1 053	874	10	53	45 093	502	116
2005	1 005	755	8	42	51 807	573	133
2006	1 284	910	10	53	66 857	736	171
2007	1 335	1 273	14	74	71 546	779	181

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992 och i synnerhet 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten.

b) Ökningen fr o m 2001 är åtminstone delvis artificiell och beror på förbättrad inrapportering av dataunderlagen från Tullverket.

Tabell 71. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2007. (Diagram 30)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggningslagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1985=100
	Totalt	Därav överlåtelse					
		Antal	%				
1970	5 023	.	.	639	5 662	70	90
1971	4 955	.	.	523	5 478	68	86
1972	5 245	.	.	444	5 689	70	89
1973	5 080	.	.	418	5 498	68	86
1974	4 677	.	.	611	5 288	65	82
1975	3 763	1 468	39	514	4 277	52	66
1976	3 923	1 297	33	529	4 452	54	69
1977	3 636	1 276	35	713	4 349	53	67
1978	3 778	1 299	34	753	4 531	55	70
1979	3 557	1 253	35	700	4 257	51	65
1980	5 936	2 228	38	1 180	7 116	86	109
1981	7 091	2 570	36	1 289	8 380	101	128
1982	7 496	2 590	35	1 243	8 739	105	133
1983	6 360	2 046	32	1 154	7 514	90	115
1984	5 595	2 033	36	1 136	6 731	81	103
1985	5 649	2 047	36	918	6 567	79	100
1986	5 530	1 949	35	896	6 426	77	98
1987	5 521	1 952	35	1 012	6 533	78	99
1988	5 678	1 911	34	1 019	6 697	79	101
1989	6 216	1 864	30	947	7 163	84	107
1990	6 668	1 862	28	1 008	7 676	90	114
1991	7 052	1 896	27	1 071	8 123	94	120
1992	7 077	1 855	26	897	7 974	92	117
1993	6 706	1 685	25	688	7 394	85	108
1994	7 984	1 860	23	620	8 604	98	125
1995	9 110	1 711	19	463	9 573	108	138
1996	8 782	1 719	20	496	9 278	105	133
1997	10 159	1 936	19	466	10 625	120	153
1998	11 049	1 964	18	441	11 490	130	165
1999	10 020	1 696	17	380	10 400	117	149
2000	11 966	1 665	14	579	12 545	141	180
2001	12 954	1 767	14	760	13 714	154	196
2002	14 376	1 958	14	924	15 300	171	217
2003	15 443	1 949	13	693	16 136	180	229
2004	16 482	2 094	13	558	17 040	189	240
2005	18 357	2 129	12	487	18 844	208	265
2006	20 080	2 261	11	459	20 539	225	286
2007	21 220	2 046	10	532	21 752	237	301

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2007.

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga län		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1977	112	16	58	8	529	74	14	2	713	100
1978	46	6	80	11	565	75	62	8	753	100
1979	37	5	66	9	516	74	81	12	700	100
1980	97	8	148	13	762	65	173	15	1180	100
1981	104	8	171	13	753	58	261	20	1289	100
1982	140	11	151	12	672	54	280	23	1243	100
1983	107	9	115	10	678	59	254	22	1154	100
1984	111	10	126	11	675	59	224	20	1136	100
1985	71	8	96	10	598	65	153	17	918	100
1986	69	8	106	12	578	65	143	16	896	100
1987	84	8	126	12	627	62	175	17	1012	100
1988	92	9	131	13	625	61	171	17	1019	100
1889	88	9	106	11	603	64	150	16	947	100
1990	62	6	123	12	663	66	160	16	1008	100
1991	89	8	116	11	720	67	146	14	1071	100
1992	77	9	107	12	609	68	104	12	897	100
1993	99	14	72	10	454	66	63	9	688	100
1994	110	18	68	11	383	62	59	10	620	100
1995	102	22	68	15	216	47	77	17	463	100
1996	112	23	35	7	299	60	50	10	496	100
1997	82	18	29	6	289	62	66	14	466	100
1998	64	15	44	10	262	59	71	16	441	100
1999	113	30	28	7	200	53	39	10	380	100
2000	143	25	72	12	283	49	81	14	579	100
2001	158	21	83	11	431	57	88	12	760	100
2002	198	21	100	11	520	56	106	11	924	100
2003	149	22	78	11	386	56	80	12	693	100
2004	140	25	50	9	287	51	81	15	558	100
2005	86	18	64	13	277	57	60	12	487	100
2006	101	22	70	15	236	51	52	11	459	100
2007	143	27	65	12	254	48	70	13	532	100

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2007.

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga län		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1977	1 204	33	522	14	557	15	1 353	37	3 636	100
1978	1 360	36	568	15	643	17	1 207	32	3 778	100
1979	1 255	35	581	16	503	14	1 218	34	3 557	100
1980	2 172	37	1 009	17	812	14	1 943	33	5 936	100
1981	2 551	36	1 035	15	1 028	14	2 477	35	7 091	100
1982	2 628	35	1 197	16	914	12	2 757	37	7 496	100
1983	2 417	38	1 063	17	774	12	2 106	33	6 360	100
1984	1 961	35	971	17	739	13	1 924	34	5 595	100
1985	1 910	34	1 151	20	856	15	1 732	31	5 649	100
1986	1 597	29	1 473	27	781	14	1 679	30	5 530	100
1987	1 407	25	1 221	22	934	17	1 959	35	5 521	100
1988	1 601	28	1 204	21	1 124	20	1 749	31	5 678	100
1889	1 964	32	1 222	20	1 224	20	1 806	29	6 216	100
1990	2 100	31	1 307	20	1 233	18	2 028	30	6 668	100
1991	2 307	33	1 442	20	1 307	19	1 996	28	7 052	100
1992	2 346	33	1 220	17	1 313	19	2 198	31	7 077	100
1993	2 404	36	1 184	18	1 213	18	1 905	28	6 706	100
1994	2 532	32	1 375	17	1 486	19	2 591	32	7 984	100
1995	2 700	30	1 533	17	1 790	20	3 087	34	9 110	100
1996	2 637	30	1 483	17	1 679	19	2 983	34	8 782	100
1997	3 061	30	1 729	17	1 679	17	3 690	36	10 159	100
1998	3 358	30	1 871	17	1 838	17	3 982	36	11 049	100
1999	3 108	31	1 675	17	1 610	16	3 627	36	10 020	100
2000	3 465	29	1 870	16	1 711	14	4 920	41	11 966	100
2001	3 413	26	2 464	19	2 028	16	5 049	39	12 954	100
2002	3 933	27	2 864	20	1 884	13	5 695	40	14 376	100
2003	4 512	29	3 042	20	1 974	13	5 915	38	15 443	100
2004	4 592	28	3 060	19	2 422	15	6 408	39	16 482	100
2005	5 050	28	3 205	17	2 694	15	7 408	40	18 357	100
2006	5 344	27	3 541	18	3 190	16	8 005	40	20 080	100
2007	5 948	28	3 607	17	3 289	15	8 376	39	21 220	100

Källa: Brå.

Tabell 74. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2006. (Diagram 31)

År	Ålder								Totalt ^{a)}		Andel kvinnor
	15–20		21–24		25–39		40–				
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	%
1975	1 415	35	1 295	32	1 202	30	127	3	4 039	100	15
1976	1 248	30	1 367	33	1 459	35	118	3	4 192	100	14
1977	1 175	26	1 482	33	1 714	38	177	4	4 548	100	15
1978	1 234	26	1 489	31	1 913	40	162	3	4 798	100	14
1979	1 098	25	1 405	32	1 754	40	154	3	4 411	100	16
1980	1 780	28	1 946	30	2 509	39	185	3	6 420	100	13
1981	2 206	27	2 296	28	3 433	42	261	3	8 196	100	14
1982	1 981	24	2 126	26	3 734	46	332	4	8 173	100	14
1983	1 493	21	1 775	25	3 506	50	300	4	7 074	100	14
1984	1 143	19	1 492	24	3 164	51	350	6	6 149	100	14
1985	917	15	1 289	21	3 399	56	462	8	6 067	100	15
1986	902	14	1 461	23	3 592	56	446	7	6 401	100	14
1987	752	12	1 346	22	3 628	58	482	8	6 208	100	14
1988	836	12	1 372	20	3 980	58	662	10	6 850	100	14
1989	809	12	1 343	19	4 174	60	688	10	7 014	100	13
1990	839	11	1 281	17	4 379	60	850	12	7 349	100	13
1991	755	10	1 192	16	4 647	61	1 018	13	7 612	100	13
1992	663	8	1 123	14	4 898	63	1 123	14	7 807	100	12
1993	603	8	881	12	4 407	61	1 338	19	7 229	100	14
1994	856	9	1 082	12	5 361	59	1 745	19	9 044	100	14
1995	977	10	1 196	12	6 029	59	2 048	20	10 250	100	15
1996	1 173	11	1 317	13	5 716	55	2 138	21	10 344	100	14
1997	1 736	15	1 749	15	5 707	50	2 167	19	11 359	100	14
1998	1 782	15	1 984	16	5 860	48	2 549	21	12 175	100	15
1999	1 922	15	2 042	16	5 721	46	2 785	22	12 470	100	14
2000	2 267	17	2 380	18	5 878	44	2 908	22	13 435	100	14
2001	2 654	19	2 695	19	5 719	40	3 070	22	14 138	100	14
2002	2 829	18	3 100	19	6 659	41	3 514	22	16 103	100	14
2003	2 854	17	3 317	19	7 037	41	3 943	23	17 151	100	14
2004	2 968	17	3 385	19	7 066	40	4 250	24	17 670	100	14
2005	3 456	18	3 744	20	7 211	38	4 759	25	19 170	100	15
2006	3 730	17	4 244	19	8 496	39	5 594	25	22 064	100	15

Källa: Brå.

a) Inkluderar även ett fåtal fall där åldern är okänd.

Tabell 75. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2006.

År	Endast en typ av medel		Flera typer av medel				Totalt
	Antal	Andel av totalen, %	Cs och cannabis	Cs och opiater	Cannabis och opiater	Övriga kombinationer	
1975	1 955	84	254	10	10	96	2 325
1976	1 930	81	309	22	32	82	2 375
1977	2 142	84	261	19	28	87	2 537
1978	2 211	86	185	22	41	110	2 569
1979	2 238	86	216	11	29	104	2 598
1980	3 684	87	327	21	48	140	4 220
1981	5 057	87	506	33	52	196	5 844
1982	5 256	86	584	30	50	169	6 089
1983	4 347	86	526	17	24	151	5 065
1984	3 960	86	474	14	27	131	4 606
1985	3 959	86	377	27	26	198	4 587
1986	4 319	87	413	23	18	186	4 959
1987	4 210	86	438	36	20	209	4 913
1988	4 179	84	490	27	48	227	4 971
1989	4 275	84	473	30	54	268	5 100
1990	4 575	84	480	24	79	284	5 442
1991	4 773	83	494	36	72	361	5 736
1992	5 156	81	550	54	107	468	6 335
1993	4 784	80	510	53	70	529	5 946
1994	5 475	77	787	83	111	664	7 120
1995	5 574	71	1 078	100	107	973	7 832
1996	5 567	68	1 156	120	153	1 234	8 230
1997	6 270	66	1 398	109	161	1 511	9 449
1998	6 558	65	1 634	113	148	1 691	10 144
1999	7 086	66	1 656	121	170	1 738	10 771
2000	7 285	64	1 724	109	172	2 036	11 326
2001	7 687	62	1 662	149	169	2 653	12 320
2002	8 779	63	1 852	151	174	2 935	13 891
2003	9 043	62	1 836	177	151	3 284	14 491
2004	9 318	63	2 081	181	191	3 003	14 774
2005	10 282	65	2 028	221	196	3 150	15 877
2006	11 743	67	2 102	282	235	3 257	17 619

Källa: Brå.

Tabell 76. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2006. (Diagram 31)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	43	3	457	34	520	39	308	23	9	1	1 337	100
1976	38	3	327	29	426	38	317	28	10	1	1 118	100
1977	49	4	327	26	505	40	377	30	14	1	1 272	100
1978	67	4	385	24	586	37	525	33	14	1	1 577	100
1979	58	4	388	24	598	37	558	34	20	1	1 622	100
1980	153	5	712	24	1 018	35	997	34	44	2	2 924	100
1981	261	6	1 018	23	1 393	32	1 665	38	34	1	4 371	100
1982	259	6	988	22	1 307	29	1 841	41	61	1	4 456	100
1983	151	4	699	20	1 043	29	1 622	45	69	2	3 584	100
1984	104	3	591	18	891	27	1 590	49	82	3	3 258	100
1985	65	2	437	16	699	25	1 505	54	105	4	2 811	100
1986	84	3	474	15	829	25	1 738	53	131	4	3 256	100
1987	68	2	395	12	774	24	1 697	54	233	7	3 167	100
1988	77	3	360	12	665	22	1 701	57	193	6	2 996	100
1989	100	3	356	10	676	19	1 853	53	483	14	3 468	100
1990	109	3	369	11	653	19	1 987	59	264	8	3 382	100
1991	96	3	315	9	567	17	2 023	60	355	11	3 356	100
1992	82	2	308	9	578	16	2 118	60	434	12	3 520	100
1993	68	3	253	9	355	13	1 585	59	412	15	2 673	100
1994	122	4	328	11	399	13	1 663	55	528	17	3 040	100
1995	167	5	336	10	434	13	1 833	55	569	17	3 339	100
1996	191	6	368	11	485	15	1 657	50	624	19	3 325	100
1997	275	7	569	14	636	16	1 844	46	699	17	4 023	100
1998	281	6	634	15	721	16	1 920	44	816	19	4 372	100
1999	359	8	747	16	806	17	1 901	40	933	20	4 746	100
2000	395	8	817	16	986	20	1 875	37	948	19	5 021	100
2001	427	8	948	19	1 035	20	1 693	33	951	19	5 054	100
2002	449	8	1 042	18	1 257	22	1 985	34	1 066	18	5 799	100
2003	415	7	1 042	18	1 284	22	1 849	32	1 222	21	5 812	100
2004	488	8	1 144	18	1 439	23	1 905	30	1 341	21	6 317	100
2005	540	8	1 453	21	1 568	23	2 005	29	1 380	20	6 946	100
2006	487	6	1 653	22	1 813	24	2 167	29	1 468	19	7 588	100

Källa: Brå.

Tabell 77. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2006. (Diagram 31)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	12	1	229	22	321	31	419	40	59	6	1 040	100
1976	10	1	261	19	443	32	605	44	55	4	1 374	100
1977	5	0	324	23	408	29	615	43	75	5	1 427	100
1978	8	1	107	13	195	24	447	54	66	8	823	100
1979	9	1	120	14	208	23	473	53	78	9	888	100
1980	11	1	165	15	304	27	558	50	76	7	1 114	100
1981	18	1	151	11	323	23	797	56	132	9	1 421	100
1982	19	1	183	10	388	22	1 017	57	176	10	1 783	100
1983	11	1	156	10	353	22	916	58	136	9	1 572	100
1984	6	0	120	8	294	20	881	59	192	13	1 493	100
1985	5	0	113	7	295	17	1 072	63	220	13	1 705	100
1986	2	0	84	5	322	19	1 076	63	225	13	1 709	100
1987	11	1	93	5	281	16	1 129	65	235	13	1 749	100
1988	8	0	91	5	256	13	1 239	65	307	16	1 901	100
1989	5	0	82	5	235	14	1 088	63	320	18	1 730	100
1990	3	0	57	3	218	12	1 223	66	346	19	1 847	100
1991	8	0	65	3	206	11	1 226	64	419	22	1 924	100
1992	10	0	81	4	226	10	1 404	64	458	21	2 179	100
1993	14	1	101	4	257	10	1 566	62	575	23	2 513	100
1994	23	1	132	4	342	10	2 017	61	797	24	3 311	100
1995	43	1	163	4	372	10	2 230	60	880	24	3 688	100
1996	69	2	216	5	402	10	2 230	56	1 048	26	3 965	100
1997	98	2	362	8	593	14	2 296	53	1 021	23	4 370	100
1998	90	2	382	8	661	14	2 341	50	1 208	26	4 682	100
1999	106	2	377	8	634	13	2 402	49	1 370	28	4 889	100
2000	125	3	431	9	713	15	2 290	47	1 269	26	4 828	100
2001	138	3	527	10	747	15	2 217	44	1 441	28	5 070	100
2002	162	3	554	10	874	15	2 505	44	1 571	28	5 666	100
2003	142	2	549	9	833	14	2 565	44	1 805	31	5 894	100
2004	174	3	579	9	978	15	2 688	42	2 006	31	6 425	100
2005	138	2	661	10	1 039	16	2 693	41	2 111	32	6 642	100
2006	119	2	706	9	1 116	15	3 042	40	2 596	34	7 579	100

Källa: Brå.

Tabell 78. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2006. (Diagram 31)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	1	1	13	17	34	44	28	36	1	1	77	100
1976	1	1	23	17	72	52	42	30	1	1	139	100
1977	3	2	19	12	67	43	65	42	2	1	156	100
1978	4	2	21	10	73	33	120	55	1	0	219	100
1979	0	0	13	8	53	31	104	60	3	2	173	100
1980	1	0	33	9	103	28	224	60	12	3	373	100
1981	2	1	14	4	72	20	267	72	14	4	369	100
1982	0	0	14	5	62	22	195	69	12	4	283	100
1983	4	2	9	4	53	22	170	70	6	2	242	100
1984	0	0	8	5	32	20	118	74	2	1	160	100
1985	2	1	2	1	23	11	174	82	10	5	211	100
1986	0	0	5	3	22	13	136	79	9	5	172	100
1987	0	0	13	5	34	13	192	75	16	6	255	100
1988	0	0	6	2	45	17	197	73	21	8	269	100
1989	0	0	5	2	51	15	261	79	15	5	332	100
1990	2	1	10	3	37	12	244	76	27	8	320	100
1991	3	1	18	4	73	16	329	71	40	9	463	100
1992	6	1	16	3	79	13	447	75	51	9	599	100
1993	2	0	24	4	60	10	420	71	88	15	594	100
1994	5	1	26	3	92	12	550	70	113	14	786	100
1995	8	1	30	4	86	12	508	68	115	15	747	100
1996	3	0	50	6	88	10	557	65	158	18	856	100
1997	20	2	55	7	134	16	510	61	119	14	838	100
1998	11	1	56	6	137	15	531	59	160	18	895	100
1999	2	0	63	7	171	18	526	55	190	20	952	100
2000	10	1	63	7	142	15	530	56	208	22	953	100
2001	13	1	70	7	162	16	534	54	203	21	982	100
2002	3	0	49	5	186	20	507	53	206	22	951	100
2003	3	0	51	5	150	16	503	54	225	24	932	100
2004	11	1	48	5	182	19	483	51	216	23	940	100
2005	4	0	53	6	159	17	473	50	250	27	939	100
2006	7	1	55	5	195	17	608	53	274	24	1 139	100

Källa: Brå.

Tabell 79. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel^{a)}. 1975–2006.

År	Medel						Samtliga domar och strafförelägganden	
	Cannabis		Centralstimulantia		Opiater			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1975	1 337	58	1 040	45	77	3	2 325	100
1976	1 118	47	1 374	58	139	6	2 375	100
1977	1 272	50	1 427	56	156	6	2 537	100
1978	1 577	61	823	32	219	9	2 569	100
1979	1 622	62	888	34	173	7	2 598	100
1980	2 924	69	1 114	26	373	9	4 220	100
1981	4 371	75	1 421	24	369	6	5 844	100
1982	4 456	73	1 783	29	283	5	6 089	100
1983	3 584	71	1 572	31	242	5	5 065	100
1984	3 258	71	1 493	32	160	3	4 606	100
1985	2 811	61	1 705	37	211	5	4 587	100
1986	3 256	66	1 709	34	172	3	4 959	100
1987	3 167	64	1 749	36	255	5	4 913	100
1988	2 996	60	1 901	38	269	5	4 971	100
1989	3 468	68	1 730	34	332	7	5 100	100
1990	3 382	62	1 847	34	320	6	5 442	100
1991	3 356	59	1 924	34	463	8	5 736	100
1992	3 520	56	2 179	34	599	9	6 335	100
1993	2 673	45	2 513	42	594	10	5 946	100
1994	3 040	43	3 311	47	786	11	7 120	100
1995	3 339	43	3 688	47	747	10	7 832	100
1996	3 325	40	3 965	48	856	10	8 230	100
1997	4 023	43	4 370	46	838	9	9 449	100
1998	4 372	43	4 682	46	895	9	10 144	100
1999	4 746	44	4 889	45	952	9	10 771	100
2000	5 021	44	4 828	43	953	8	11 326	100
2001	5 054	41	5 070	41	982	8	12 320	100
2002	5 799	42	5 666	41	951	7	13 891	100
2003	5 812	40	5 894	41	932	6	14 491	100
2004	6 317	43	6 425	43	940	6	14 774	100
2005	6 946	44	6 642	42	939	6	15 877	100
2006	7 588	43	7 579	43	1 139	6	17 619	100

Källa: Brå.

a) Flera preparat kan ingå i en lagföring. I totalen ingår även andra narkotikasorter än de i tabellen specificerade.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Missbrukare inom kriminalvården (tabellerna 80–82)

Uppgifter om antalet alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvården är hämtade från två typer av undersökningar. Den ena består av skattningar av antalet missbrukare intagna på anstalt respektive aktuella inom frivården (tabellerna 80 och 81). Skattningarna görs den 1 april och 1 oktober varje år och har karaktären av tvärsnittsstatistik (här redovisas endast aprilskattningen). Den andra undersökningen utgörs av tillströmningsstatistik, baserad på klienter som intagits i anstalt (tabell 82).

Som grav narkotikamissbrukare räknas den som injicerat narkotika en eller flera gånger under de senaste tolv månaderna i frihet eller använt narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen under motsvarande period. Narkotikamissbrukare är den som i övrigt använt narkotika.

Definitionen av narkotikamissbrukare var t o m 1978 att missbruket skulle ha pågått under längre tid eller ha varit förenat med uppenbara sociala eller personlighetsmässiga skadeverkningar. Missbrukare som under det senaste året inte använt narkotika skulle inte medräknas. Från och med 1979 räknas den som använt narkotika under de senaste två månaderna i frihet och fr o m 1997 de senaste tolv månaderna i frihet. Alkoholmissbruk föreligger om en person dricker alkohol i sådan omfattning att det medför fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar för individen eller dennes omgivning.

Vid tolkning av statistiken är det viktigt att hålla i minnet att den inte bara speglar missbrukssituationen och dess förändringar, utan också förändringar i lagstiftning och domstolspraxis för narkotikabrott och andra brott begångna av missbrukare. Under 1994 inleddes t ex försök med elektronisk intensivövervakning i hemmet ("fotboja") som alternativ till fängelse. Dessa utökades till att gälla hela landet 1997 och permanentades 1999. Detta ledde till en minskning av antalet intagna i anstalt. Samtidigt tycks fotbojan i mindre utsträckning använts som påföljd för narkotikamissbrukare eftersom deras antal i anstalterna varit i stort sett oförändrat samtidigt som de ökat i relativa tal.

Tabell 80. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april, 1966–2007.^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	19 503	572	3	.	.	.	.
1968	22 160	1 612	7	.	.	.	.
1969	22 613	2 032	9	.	.	.	.
1970	23 094	2 316	10	.	.	.	.
1971	22 856	2 584	11	.	.	.	.
1972	23 196	2 763	12	.	.	.	.
1973	23 295	2 679	12	.	.	.	.
1974	18 905	2 500	13	.	.	.	.
1975	16 821	2 357	14	.	.	.	.
1976	16 340	2 398	15	.	.	.	.
1977	16 226	2 794	17	.	.	.	.
1978	16 259	2 403	15	.	.	.	.
1979	16 168	2 397	15	.	.	.	.
1980	14 422	2 348	16	.	.	.	.
1981	15 451	3 344	22	6 992	45	1 915	12
1982	17 065	3 619	21	7 229	42	1 923	11
1983	17 698	3 695	21	7 244	41	1 904	11
1984	13 379	3 098	23	5 606	42	1 717	13
1985	11 589	2 926	25	4 779	41	1 613	14
1986	11 768	3 081	26	4 911	42	1 679	14
1987	12 185	3 141	26	4 949	41	1 674	14
1988	11 841	3 204	27	4 877	41	1 684	14
1989	12 289	3 471	28	5 144	42	1 884	15
1990	12 405	3 412	28	5 210	42	1 888	15
1991	12 711	3 453	27	5 319	42	1 853	15
1992	12 679	3 275	26	4 946	39	1 636	13
1993	11 705	3 268	28	4 277	37	1 583	14
1994	11 809	3 395	29	4 450	38	1 703	14
1995	12 583	3 572	28	4 838	38	1 742	14
1996	12 078	3 621	30	4 383	36	1 660	14
1997	11 248	4 077	36	4 400	39	1 799	16
1998	10 673	4 037	38	3 923	37	1 678	16
1999	11 024	4 391	40	3 973	36	1 770	16
2000	10 832	4 410	41	4 188	39	1 823	17
2001	10 245	4 438	43	3 773	37	1 723	17
2002	10 165	4 376	43	3 662	36	1 719	17
2003	11 229	4 986	44	4 060	36	1 864	17
2004	11 295	5 050	45	4 008	35	1 854	16
2005	11 294	5 190	46	4 031	36	1 991	18
2006	10 139	4 744	47	3 667	36	1 787	18
2007	11 085	5 028	45	4 000	36	1 905	17

Källa: Kriminalvården.

a) Definitionen av narkotikamissbruk är ändrad fr o m 1997 till att avse missbruk senaste tolv månaderna i frihet. Tidigare avsågs två månader.

b) År 1998 ingick ej Nyköping, 2001 ingick ej Halmstad samt Nacka/Haninge, 2002 ingick ej Nacka/Haninge och Göteborg Hisingen/förorter och 2006 ingick ej frivården i Göteborg.

Tabell 81. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april, 1966–2007.^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	4 863	450	9	.	.	.	.
1968	4 969	995	20	.	.	.	.
1969	5 177	1 226	24	.	.	.	.
1970	4 994	1 090	22	.	.	.	.
1971	4 695	1 084	23	.	.	.	.
1972	4 742	1 219	26	.	.	.	.
1973	4 963	1 393	28	.	.	.	.
1974	4 162	1 055	25	.	.	.	.
1975	3 333	849	25	.	.	.	.
1976	3 625	1 018	28	.	.	.	.
1977	3 493	1 188	34	.	.	.	.
1978	3 484	1 166	33	.	.	.	.
1979	3 924	1 084	28	.	.	.	.
1980	3 795	962	25	.	.	.	.
1981	4 116	1 168	28	.	.	.	.
1982	4 112	1 291	31	.	.	.	.
1983	4 280	1 487	35	1 538	36	625	15
1984	3 708	1 158	31	1 403	38	509	14
1985	3 617	1 336	37	1 417	39	550	15
1986	3 414	1 381	40	1 283	38	574	17
1987	3 792	1 509	40	1 516	40	608	16
1988	3 933	1 654	42	1 560	40	666	17
1989	3 944	1 653	42	1 579	40	620	16
1990	4 036	1 597	40	1 767	44	739	18
1991	3 803	1 586	42	1 533	40	667	18
1992	4 005	1 672	42	1 561	39	723	18
1993	4 290	1 742	41	1 627	38	791	18
1994	4 581	1 813	40	1 708	37	809	18
1995	4 408	1 773	40	1 788	41	856	19
1996	4 367	1 733	40	1 599	37	766	18
1997	3 616	1 589	44	1 183	33	611	17
1998	3 680	1 831	50	1 260	34	679	18
1999	3 537	1 652	47	1 215	34	638	18
2000	3 352	1 707	51	1 092	33	594	18
2001	3 744	1 953	52	1 244	33	743	20
2002	3 967	2 008	51	1 238	31	726	18
2003	3 941	2 138	54	982	25	566	14
2004	4 019	2 312	58	1 226	31	785	20
2005	4 484	2 452	55	1 192	27	768	17
2006	4 392	2 512	57	1 244	28	844	19
2007	4 384	2 579	59	1 276	29	875	20

Källa: Kriminalvården.

a) Definitionen av narkotikamissbruk är ändrad fr o m 1997 till att avse missbruk senaste tolv månaderna i frihet. Tidigare avsågs två månader.

b) År 1988 ingick ej kriminalvårdsanstalten Roxtuna, 2001 ingick ej Beateberg, Smälteryd samt Täby, 2002 ingick ej Hinseberg samt Sörbyn, 2003 ingick ej Hinseberg, Halmstad öppna samt Luleå, 2004 ingick ej Asptuna, Brinkeberg, Smälteryd, Tillberga, Viskan samt Östragård och 2005 ingick ej Johannesberg samt Västervik Norra och 2006 ingick ej Viskan, Asptuna och Beateberg.

Tabell 82. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2007.^{a)}

År	Grava narkotika- missbrukare		Narkotika- missbrukare		Ej narkotika- missbrukare		Alla in- rapporterade	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1988/89	2 697	18	1 638	11	10 678	71	15 013	100
1989/90	2 610	17	1 577	11	10 806	72	14 993	100
1990/91	2 886	20	1 539	11	9 724	69	14 149	100
1991/92	2 979	22	1 507	11	9 024	67	13 510	100
1992/93	3 038	22	1 395	10	9 293	68	13 726	100
1994	3 043	22	1 279	9	9 698	69	14 020	100
1995	3 027	22	1 312	10	9 455	69	13 794	100
1996	2 977	25	1 259	11	7 562	64	11 798	100
1997	3 056	34	1 217	13	4 839	53	9 112	100
1998	3 717	39	1 272	13	4 508	47	9 497	100
1999	3 679	40	1 239	13	4 382	47	9 300	100
2000	3 942	43	1 122	12	4 108	45	9 172	100
2001	4 209	45	1 398	15	3 710	40	9 317	100
2002	4 588	45	1 676	16	3 909	38	10 173	100
2003	4 552	42	1 835	17	4 334	40	10 721	100
2004	4 727	42	1 887	17	4 729	42	11 343	100
2005	5 198	49	1 430	13	4 028	38	10 656	100
2006	4 756	46	1 599	15	4 073	39	10 428	100
2007	4 628	47	1 429	15	3 772	38	9 829	100

Källa: Kriminalvården.

a) Definitionen av narkotikamissbruk är ändrad fr o m 1997 till att avse missbruk senaste tolv månaderna i frihet. Tidigare avsågs två månader.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Sjuklighet och dödlighet (tabellerna 83–89)

I tabellerna 83–84 och 88–89 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet. Eftersom EpC 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker – ICD-10 – minskar jämförbarheten med tidigare år även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare. (Se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna.) Som framgår av tabell 88 har klassifikationssystemet även ändrats tidigare.

I tabell 83 redovisas bl a antalet unika individer som vårdats med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos någon gång sedan 1987. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras.

Tabell 85 visar antalet narkotikamissbrukare smittade av hepatit (gulst). Av de hepatitformer som förekommer är numera hepatit C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna och sådan diagnostik blev möjlig först 1990.

Tabellerna 86–87 visar utvecklingen av kliniskt anmälda HIV-positiva personer med intravenöst missbruk. Länsindelningen i tabell 87 utgörs av landstingens gränser, vilka i stort överensstämmer med länsgränserna. De nya länsindelningarna tillämpas inte i tabellen så de redovisade siffrorna är jämförbara under hela perioden. Siffrorna baseras på i vilket län smittan upptäcktes, inte den nuvarande boendeorten för den smittade.

Av tabell 88 framgår utvecklingen av narkotikarelaterad dödlighet enligt Socialstyrelsens index och i tabell 89 redovisas som en jämförelse EMCDDAs urval av diagnoser, som rekommenderas för europeiska jämförelser (DRD-standard version 3.1). Denna standard tar mera fasta på underliggande diagnoser, och diagnoserna framgår av slutrapporten från Project CT02.P1.05. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från EUs rekommendationer. I Sverige inkluderas inte förgiftningar med Dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta läkemedel med sin höga toxicitet leder till många dödsfall, samtidigt som det knappt används i andra europeiska länder.

I tabell 88 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medel-folkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation.

Tabell 83. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2007.^{a)} (Diagram 33)

År	Narkotikarelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Första-gångsvårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	5 315	67	2 601	33	7 916	100	0,5	4 513	4 513
1988	5 796	67	2 915	33	8 711	100	0,5	4 998	3 553
1989	5 965	66	3 057	34	9 022	100	0,5	5 169	3 189
1990	6 528	67	3 185	33	9 713	100	0,6	5 515	3 184
1991	6 884	68	3 240	32	10 124	100	0,6	5 838	3 158
1992	7 090	68	3 274	32	10 364	100	0,6	5 808	2 939
1993	7 684	69	3 518	31	11 202	100	0,7	6 203	3 003
1994	8 396	69	3 819	31	12 215	100	0,7	6 786	3 264
1995	8 992	69	4 000	31	12 992	100	0,8	7 021	3 248
1996	9 230	69	4 072	31	13 302	100	0,8	7 392	3 379
1997	9 401	65	4 995	35	14 396	100	0,9	8 561	4 510
1998	9 147	64	5 253	36	14 400	100	0,9	8 619	4 352
1999	9 143	64	5 146	36	14 289	100	0,9	8 577	4 236
2000	9 555	64	5 348	36	14 903	100	1,0	8 894	4 341
2001	9 973	64	5 673	36	15 646	100	1,1	9 145	4 459
2002	9 586	64	5 405	36	14 991	100	1,0	8 885	4 317
2003	9 431	64	5 216	36	14 647	100	1,0	8 525	3 997
2004	9 547	65	5 139	35	14 686	100	1,0	8 560	3 988
2005	9 776	65	5 245	35	15 021	100	1,0	8 564	3 929
2006	10 076	66	5 082	34	15 158	100	1,0	8 961	3 966
2007	10 922	66	5 638	34	16 560	100	1,1	9 598	4 312

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om första-gångsvårdade.

Tabell 84. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2007.^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	2 924	37	1 324	17	1 080	14	2 588	33	7 916	100
1988	3 389	39	1 395	16	1 149	13	2 778	32	8 711	100
1989	3 354	37	1 480	16	1 180	13	3 008	33	9 022	100
1990	3 594	37	1 632	17	1 226	13	3 261	34	9 713	100
1991	3 732	37	1 705	17	1 272	13	3 415	34	10 124	100
1992	3 867	37	1 554	15	1 372	13	3 571	34	10 364	100
1993	4 066	36	2 003	18	1 585	14	3 550	32	11 204	100
1994	4 522	37	2 030	17	1 780	15	3 883	32	12 215	100
1995	5 045	39	2 103	16	1 807	14	4 037	31	12 992	100
1996	5 055	38	2 162	16	1 824	14	4 265	32	13 306	100
1997	4 948	34	2 435	17	2 046	14	4 967	35	14 396	100
1998	4 371	30	2 529	18	2 101	15	5 399	37	14 400	100
1999	4 662	33	2 434	17	1 989	14	5 204	36	14 289	100
2000	5 154	35	2 282	15	2 038	14	5 429	36	14 903	100
2001	5 470	35	2 519	16	1 906	12	5 751	37	15 646	100
2002	5 104	34	2 364	16	1 795	12	5 729	38	14 992	100
2003	5 025	34	2 353	16	1 833	13	5 436	37	14 647	100
2004	5 167	35	2 374	16	1 737	12	5 408	37	14 686	100
2005	5 004	33	2 709	18	1 694	11	5 614	37	15 021	100
2006	4 869	32	2 886	19	1 958	13	5 445	36	15 158	100
2007	5 400	33	3 045	18	2 019	12	6 096	37	16 560	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med perioden före 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10).

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 85. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2007.

År	Hepatit B			NonAnonB			Hepatit C ^{a)}			Totalt
	Totalt		Därav IV-missb	Totalt		Därav IV-missb	Totalt		Därav IV-missb	
	Antal	%		Antal	%	Antal	%			
1969	.	.	.	.	.	.	.	.	1 233
1970	.	.	.	.	.	.	.	.	1 098
1971	.	.	.	.	.	.	.	.	1 579
1972	.	.	.	.	.	.	.	.	1 553
1973	.	.	.	.	.	.	.	.	937
1974	.	.	.	.	.	.	.	.	691
1975	.	.	.	.	.	.	.	.	961
1976	.	.	.	.	.	.	.	.	1 771
1977	.	.	.	.	.	.	.	.	1 056
1978	.	.	.	.	.	.	.	.	674
1979	.	.	.	.	.	.	.	.	621
1980	418	.	.	207	.	.	.	.	625
1981	414	.	.	179	.	.	.	.	593
1982	471	.	.	179	.	.	.	.	650
1983	405	.	.	218	.	.	.	.	623
1984	422	.	.	174	.	.	.	.	596
1985	516	.	.	152	.	.	.	.	668
1986	380	.	.	126	.	.	.	.	506
1987	308	.	.	113	.	.	.	.	421
1988	225	.	.	78	.	.	.	.	303
1989	263	.	.	102	.	.	.	.	365
1990	257	93	36	122	62	51	459	289	63	838
1991	254	94	37	145	2 359	1 608	68	2 758
1992	207	64	31	286	175	61	4 537	3 200	71	5 030
1993	211	86	41	17	0	–	4 028	2 674	66	4 256
1994	264	145	55	.	.	.	3 726	2 563	69	3 990
1995	294	151	51	.	.	.	2 872	1 828	64	3 166
1996	185	89	48	.	.	.	2 613	1 663	64	2 798
1997	154	61	40	.	.	.	2 358	1 545	66	2 512
1998	136	48	35	.	.	.	2 593	1 616	62	2 729
1999	214	90	42	.	.	.	2 330	1 495	64	2 544
2000	225	111	49	.	.	.	1 995	1 341	67	2 220
2001	215	119	55	.	.	.	1 970	1 269	64	2 185
2002	289	166	57	.	.	.	2 052	1 295	63	2 341
2003	372	216	58	.	.	.	1 917	1 192	62	2 289
2004	258	113	44	.	.	.	1 864	1 194	64	2 122
2005	217	83	38	.	.	.	1 710	1 063	62	1 927
2006	162	63	39	.	.	.	1 648	932	57	1 810
2007	201	62	31	.	.	.	1 854	992	54	2 055

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

a) Den kraftiga ökningen fr o m 1991 beror på att hepatit C-diagnostik blev möjlig först 1990. En stor andel utgörs av narkomaner som burit på antikroppar mot hepatit C-virus under lång tid.

Tabell 86. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2007. (Diagram 34)

År	Intravenöst HIV-smittade			Samtliga HIV-smittade	Andel intravenöst smittade %
	Män	Kvinnor	Totalt		
1983	0	0	0	6	–
1984	0	0	0	10	–
1985	88	54	142	315	45
1986	151	53	204	964	21
1987	78	20	98	396	25
1988	28	17	45	304	15
1989	32	13	45	305	15
1990	33	11	44	335	13
1991	19	11	30	327	9
1992	16	11	27	349	8
1993	16	10	26	388	7
1994	23	6	29	258	11
1995	13	6	19	248	8
1996	15	7	22	224	10
1997	17	10	27	240	11
1998	14	3	17	249	7
1999	13	3	16	211	8
2000	14	2	16	242	7
2001	27	11	38	270	14
2002	22	10	32	282	11
2003	23	4	27	379	7
2004	24	3	27	427	6
2005	22	3	25	392	6
2006	29	6	35	390	9
2007	44	17	61	541	11

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 87. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2007.

År	Stockholms län	f d Göteborgs och Bohus län	f d Malmöhus län	Övriga län	Riket totalt
1985	119	1	0	21	141
1986	168	4	4	28	204
1987	63	4	10	21	98
1988	36	1	3	5	45
1989	25	2	9	9	45
1990	33	2	2	7	44
1991	20	0	5	5	30
1992	18	3	2	4	27
1993	18	2	1	5	26
1994	20	1	6	3	30
1995	8	0	2	9	19
1996	12	1	2	7	22
1997	17	1	2	5	25
1998	11	0	2	3	16
1999	10	1	2	2	15
2000	11	2	3	1	17
2001	25	0	0	11	36
2002	17	1	0	11	29
2003	19	2	1	5	27
2004	16	1	4	6	27
2005	18	3	1	3	25
2006	28	1	0	6	35
2007	49	2	1	9	61

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 88. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (bilaga 1). Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2006^{a)} (Diagram 30 och 35)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index per inv. 1985=100
	-19	20-29	30-39	40-49	50-	Antal	Standardiserade dödstal	Antal	Standardiserade dödstal		
1969	3	5	5	11	13	21	0,5	16	0,4	37	26
1970	2	5	3	5	14	20	0,5	9	0,3	29	20
1971	1	15	10	10	8	29	0,8	15	0,5	44	30
1972	5	13	8	11	6	27	0,8	16	0,4	43	29
1973	0	8	10	9	7	27	0,8	7	0,2	34	23
1974	3	10	4	1	5	19	0,5	4	0,1	23	16
1975	3	17	2	4	5	19	0,5	12	0,4	31	21
1976	4	28	2	2	3	28	0,6	11	0,2	39	26
1977	2	19	8	6	8	34	0,9	9	0,3	43	29
1978	4	39	14	6	9	54	1,3	18	0,5	72	48
1979	2	40	23	7	7	62	1,4	17	0,4	79	53
1980	1	35	22	5	11	58	1,4	16	0,4	74	50
1981	4	27	31	9	14	58	1,4	27	0,7	85	57
1982	0	40	25	10	29	64	1,6	40	1,0	104	70
1983	2	28	34	16	23	67	1,7	36	1,0	103	69
1984	3	35	37	19	46	95	2,8	45	1,3	140	93
1985	1	26	48	24	51	104	2,9	46	1,5	150	100
1986	3	32	40	32	31	81	2,2	57	1,5	138	92
1987	1	50	68	17	40	127	3,0	49	1,2	176	117
1988	2	47	53	34	46	122	2,9	60	1,4	182	120
1989	1	32	59	27	43	111	2,6	51	1,1	162	106
1990	1	52	54	39	53	151	3,5	48	1,1	199	129
1991	3	35	67	32	49	146	3,4	40	0,9	186	120
1992	1	35	85	48	69	169	4,0	69	1,5	238	153
1993	2	36	88	60	68	182	4,2	72	1,7	254	162
1994	6	50	95	62	68	205	4,6	76	1,6	281	178
1995	2	46	76	78	94	211	4,8	85	1,9	296	187
1996	9	49	95	91	98	237	5,4	105	2,4	342	215
1997	4	44	109	93	85	261	5,9	74	1,7	335	211
1998	5	53	90	94	99	264	5,9	77	1,7	341	214
1999	2	70	108	85	88	269	6,0	84	1,9	353	222
2000	13	100	108	88	94	320	7,2	83	1,9	403	253
2001	11	89	101	102	100	315	7,0	88	1,9	403	252
2002	9	77	95	103	107	313	7,0	78	1,8	391	244
2003	12	69	68	107	129	287	6,4	98	2,2	385	239
2004	11	90	60	79	122	289	6,5	73	1,6	362	224
2005	10	76	70	78	106	258	5,7	82	1,8	340	209
2006	4	60	45	91	110	243	5,4	67	1,4	310	190

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa år.

Tabell 89. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.1 – se tabellkommentarerna), fördelat på län. 1987–2006.^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	41	59	7	10	8	11	14	20	70	100
1988	30	55	7	13	1	2	17	31	55	100
1989	32	57	5	9	6	11	13	23	56	100
1990	36	58	4	6	10	16	12	19	62	100
1991	35	56	7	11	4	6	16	26	62	100
1992	33	50	7	11	5	8	21	32	66	100
1993	45	54	5	6	9	11	24	29	83	100
1994	49	57	6	7	11	13	20	23	86	100
1995	46	66	5	7	7	10	12	17	70	100
1996	68	56	7	6	22	18	25	20	122	100
1997	58	44	10	8	30	23	35	26	133	100
1998	55	40	10	7	37	27	36	26	138	100
1999	72	47	12	8	30	20	39	25	153	100
2000	62	32	21	11	64	34	44	23	191	100
2001	61	38	18	11	36	22	47	29	162	100
2002	58	36	20	13	33	21	49	31	160	100
2003	50	33	19	13	30	20	53	35	152	100
2004	34	25	20	15	30	22	51	38	135	100
2005	45	27	29	17	36	21	58	35	168	100
2006	44	28	26	17	38	24	49	31	157	100

Källor: Dödsorsaksregistret och Statens folkhälsoinstitut.

a) Fram till och med 2003 beräknades dödsfallen enligt DRD-standard version 3.0.

Tabellkommentarer: Sniffningsutvecklingen (tabellerna 90–92)

Tabell 90 redovisar andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som sniffat någon gång. År 1973 ändrades frågeställningen men detta bedöms inte ha påverkat resultaten i någon nämnvärd omfattning. En ny förändring av frågan skedde 1983 varvid hälften av eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya formuleringen. För att göra det möjligt att jämföra utvecklingen före och efter detta år redovisas därför två värden i tabellen. Som framgår ökade andelen positiva svar med den nya frågeställningen. Sedan 1983 svarar eleverna på frågan ”Har du sniffat någon gång?” och liksom tidigare ges inga exempel på vad som avses med sniffning.

Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiverades av att resultatet detta år även skulle redovisas på länsnivå. Frågan ”Händer det fortfarande att du sniffar?” infördes 1986.

Tabell 92 redovisar andelen mönstrande som sniffat någon gång för åren 1970–1980 samt från 1998 och framåt, då frågan återinfördes i formuläret. Uppgifter om frekvens saknas för åren 1978–1980. I tabellen redovisas även andelen som sniffat under de senaste två åren för perioden 1975–1999. Tekniska problem medförde stora bortfall åren 1985 och 1987. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten. Fr o m 1992 viktades resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall.

År 1995 moderniserades exemplen på sniffningsmedel i mönstringsundersökningen, vilket medför svårigheter att tolka siffrorna. Ökningen 1995 får till stor del tillskrivas att exemplen på sniffningsmedel uppdaterades från ”thinner, tri, solution” till ”lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande”. Den tidigare formuleringen, med sniffningsmedel som knappast används längre, bidrog till att värdena sedan en tid varit underskattande. Som vidare framgår sjönk andelen till knappt 3% 1998–1999. Införandet av en livstidsprevalensfråga 1998 har troligen bidragit till detta, vilket i sin tur indikerar att många som tidigare rapporterat sniffning under de senaste två åren ansett att ”sniffat någon gång” varit ett mera relevant svar.

Tabell 90. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2008. (Diagram 37)

År	Antal	Har sniffat		Sniffar fortfarande	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	27	17	.	.
1972	6 085	18	13	.	.
1973	5 594	13	12	.	.
1974	4 634	13	11	.	.
1975	4 217	11	10	.	.
1976	4 136	10	7	.	.
1977	6 034	7	6	.	.
1978	9 543	7	6	.	.
1979	9 359	5	4	.	.
1980	9 941	5	5	.	.
1981	9 496	5	4	.	.
1982	5 146	5	3	.	.
1983 ^{a)}	3 262	5	2	.	.
1984	32 819	9	6	.	.
1985	1 502	9	6	.	.
1986	5 820	7	4	1	1
1987	5 778	7	5	1	1
1988	5 430	8	5	2	1
1989	5 714	5	5	1	1
1990	5 977	6	4	2	1
1991	5 883	6	4	1	1
1992	5 851	7	4	1	1
1993	5 913	9	5	2	1
1994	5 868	8	6	2	1
1995	5 577	12	7	3	1
1996	6 027	11	7	2	2
1997	5 683	10	7	3	2
1998	5 455	10	6	3	2
1999	5 198	13	10	3	3
2000	5 290	11	8	3	2
2001	5 569	8	8	2	2
2002	5 349	9	7	2	2
2003	5 226	8	6	2	2
2004	5 414	8	6	2	2
2005	5 373	7	8	2	3
2006	4 890	7	6	2	2
2007 ^{b)}	5 302	4	4	.	.
2008	4 884	5	4	.	.

Källa: CAN.

a) Hälften av eleverna besvarade den gamla frågeformuleringen och hälften den nya.

b) 2007 ändrades frågans svarsalternativ vilket möjligen kan påverka jämförbarheten med tidigare år.

Tabell 91. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 2004–2008. (Diagram 37)

Gy 2	År	Antal	Har sniffat		Sniffar fortfarande	
			Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
	2004	4 494	6	5	1	1
	2005	4 542	8	5	2	0
	2006	3 772	8	5	2	0
	2007 ^{a)}	4 303	5	4	.	.
	2008	3 983	5	5	.	.

Källa: CAN.

a) 2007 ändrades frågans svarsalternativ vilket möjligen kan påverka jämförbarheten med tidigare år.

Tabell 92. Andelen mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren^{a)}. Procent. 1970/71–2006. (Diagram 37)

År	Antal tillfrågade	Sniffat någon gång			Sniffat senaste två åren		
		En gång	Flera gånger	Totalt	En gång	Flera gånger	Totalt
1970/71	53 392	9,3	10,6	19,9	.	.	.
1971/72	55 469	9,3	11,5	20,8	.	.	.
1972/73	57 992	9,7	13,3	23,0	.	.	.
1974	54 328	9,4	14,2	23,6	.	.	.
1975	54 711	9,4	12,8	22,2	1,6	2,5	4,1
1976	52 361	7,6	10,3	17,9	1,3	1,7	3,0
1977	52 129	7,1	9,3	16,4	1,3	1,7	3,0
1978	47 659	..	..	15,1	1,2	1,8	3,0
1979	49 658	..	..	12,4	1,1	1,5	2,6
1980	49 902	..	..	10,5	1,0	1,2	2,2
1981	54 363	.	.	.	..	..	2,8
1982	51 932	.	.	.	1,3	1,7	3,0
1983	52 011	.	.	.	1,1	1,3	2,4
1984	49 358	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1985	35 278	.	.	.	0,9	1,1	2,0
1986	46 646	.	.	.	1,0	1,1	2,1
1987	26 954	.	.	.	1,0	1,4	2,4
1988	41 125	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1992	27 839	.	.	.	0,8	1,0	1,8
1993	33 956	.	.	.	1,1	1,1	2,2
1994	39 519	.	.	.	1,2	1,4	2,7
1995	44 878	.	.	.	2,7	2,7	5,4
1996	47 544	.	.	.	2,6	2,8	5,4
1997	38 878	.	.	.	2,1	2,4	4,5
1998	44 437	3,9	3,7	7,7	1,4	1,2	2,6
1999	42 751	3,4	3,5	6,9	1,2	1,2	2,4
2000	37 566	3,7	3,0	6,7	.	.	.
2001	39 276	3,1	2,4	5,5	.	.	.
2002	39 742	3,1	2,5	5,6	.	.	.
2003	40 369	3,1	2,5	5,6	.	.	.
2004	42 469	3,1	2,2	5,3	.	.	.
2005	41 901	2,9	2,1	5,0	.	.	.
2006	36 802	2,8	1,8	4,7	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1970–1971 ingick ej "solution" i frågan. Fr o m 1995 lyder exemplen "lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande" varför frekvenserna inte är fullt jämförbara med tidigare år.

Tabellkommentarer: Dopningsutvecklingen (tabellerna 93–100)

Tabell 93 beskriver polisens och tullens beslag av de typer av dopningsmedel som omfattas av dopningslagen. Åren 1993–1997 inhämtades uppgifterna från respektive myndighet och då redovisade polisen antalet beslagstillfällen medan tullen redovisade antalet beslag. Denna period skiljde sig redovisningssätten också eftersom polisen redovisade injektionsvätska i milliliter medan tullen uppgav antal ampuller, vilka normalt – men inte alltid – innehåller en milliliter. Ampullantalen har för tullens del räknats om till milliliter, och är således något underskattande.

Fr o m 1998 inhämtas alla beslagsuppgifter från Rikspolisstyrelsens BAR-register. I detta register redovisas antal beslag samt mängd vätska i liter för både tull och polis, varför summeringar av beslagen kan göras från detta år. Fr o m 2004 kan jämförbarheten med tidigare år vara något försämrad p g a omläggningar av datasystemen hos tullen och polisen.

Dopningslagstiftningen skärptes 1999 vilket kan ha lett till ökade insatser från rättsväsendets sida, med åtföljande beslagsökningar. Detta kan även påverka innehållet i tabellerna 94–95 som redovisar olika rättsstatistiska uppgifter. I lagföringarna (fällande domar, godkända strafförelägganden samt åtalsunderlåtelse) i tabell 94 ingår såväl bibrott som huvudbrott.

År 2004 ändrades frågan och svarsalternativen om erfarenhet av anabola androgena steroider i skolundersökningsenkäten. Ändringen kan ha bidragit till ökningen av antalet elever som uppger att de använt AAS detta år (tabell 96).

Vad gäller tillväxthormon har frågornas utformning varierat, vilket framgår av fotnoterna. I inget fall när det klargjorts att tillväxthormon måste injiceras överstiger den uppgivna erfarenheten 0,5%. År 2000 och 2004 utgick frågorna om detta preparat ur mönstrings- respektive skolundersökningarna. Sedan 1992 har resultaten i mönstringsundersökningen rutinmässigt viktats för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall (tabell 98).

Tabell 93. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2007. (Diagram 39)

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter	Antal beslag	Antal tabl	Liter ^{b)}	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter ^{b)}
1993	295	126 000	1	75	174 259	0	370	300 259	1
1994	236	144 000	3	104	232 015	14	340	376 015	17
1995	140	103 200	6	77	108 436	6	217	211 636	12
1996	170	70 000	9	122	34 054	16	292	104 054	24
1997	200	75 600	12	165	51 573	23	365	127 173	35
1998	355	13 750	2	89	76 794	9	444	90 544	11
1999	329	35 458	6	110	125 862	13	439	161 320	19
2000	466	22 993	4	127	72 753	27	593	95 746	31
2001	555	35 677	4	171	208 281	14	726	243 958	18
2002	766	68 031	6	129	358 646	25	895	426 677	31
2003	784	53 193	6	198	566 111	50	982	619 304	56
2004	884	128 667	14	195	270 584	14	1 079	399 251	28
2005	1 010	75 115	5	207	96 956	8	1 217	172 071	13
2006	1 129	235 044	24	204	42 326	5	1 333	277 370	29
2007	1 314	87 448	50	222	147 104	24	1 536	234 552	74

Källa: 1993–1997 Rikspolisstyrelsen samt Generaltullstyrelsens Tullmälsjournal, 1998–2004 Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) 1993–1997 är antalet beslag något underskattande eftersom polisen då redovisade beslagstillfällen och inte antalet beslag.

b) För tullens del kan den flytande mängden vara något högre än redovisat 1993–1996 p g a delvis anorlunda redovisningsmetod dessa år.

Tabell 94. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda brott (huvud- och bibrott) mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2007. (Diagram 39)

År	Anmälda brott		Misstänkta personer		Lagförda brott	
	Dopningslagen	Antal brott per 100 000 invånare	Dopningslagen	Därav kvinnor (%)	Dopningslagen	Därav huvudbrott (%)
1993	564	6	229	3	230	52
1994	412	5	197	2	214	43
1995	288	3	178	4	196	52
1996	320	4	181	2	196	48
1997	340	4	176	1	183	38
1998	273	3	189	1	201	43
1999	416	5	172	2	198	39
2000	438	5	264	3	238	43
2001	482	5	318	2	313	33
2002	640	7	393	3	343	35
2003	634	7	425	2	408	31
2004	925	10	480	2	462	29
2005	851	9	652	3	566	34
2006	1 053	12	666	2	588	31
2007	1 422	15	719	2	676	32

Källa: Brå.

Tabell 95. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2007. (Diagram 40)

År	15–19		20–29		30–39		40–		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1993	53	23	127	55	34	15	15	7	229	100
1994	35	18	112	57	39	20	11	6	197	100
1995	38	21	93	52	37	21	10	6	178	100
1996	32	18	101	56	36	20	12	7	181	100
1997	35	20	95	54	32	18	14	8	176	100
1998	31	16	109	58	39	21	10	5	189	100
1999	17	10	121	70	27	16	7	4	172	100
2000	41	16	165	63	46	17	12	5	264	100
2001	49	15	203	64	57	18	9	3	318	100
2002	63	16	244	62	63	16	23	6	393	100
2003	48	11	296	70	58	14	23	5	425	100
2004	75	16	301	63	83	17	21	4	480	100
2005	75	12	405	62	133	20	39	6	652	100
2006	77	12	397	60	146	22	46	7	666	100
2007	92	13	437	61	146	20	44	6	719	100

Källa: Brå.

Tabell 96. Andel elever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2008.

Ak 9	Antal	Anabola steroider ^{a)}		Tillväxthormon ^{b)}	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1993	5 913	1	0	1	0
1994	5 868	1	0	0	–
1995	5 577	0	0	0	0
1996	6 027	1	0	0	0
1997	5 683	1	0	0	0
1998	5 455	1	0	0	0
1999	5 198	1	0	0	0
2000	5 290	1	0	0	0
2001	5 569	1	0	0	0
2002	5 349	1	0	0	0
2003	5 243	1	0	0	0
2004	5 414	2	1	.	.
2005	5 373	2	1	.	.
2006	4 890	1	1	.	.
2007	5 302	2	1	.	.
2008	4 884	2	1	.	.

Källa: CAN.

a) Frågeställningen ändrades 2004.

b) 1995–2003 redovisades enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 97. Andel elever i gymnasiets årskurs 2 som använt anabola steroider. 2004–2008.

Gy 2	Antal	Anabola steroider	
		Pojkar	Flickor
2004	4 494	2	0
2005	4 542	2	1
2006	3 772	1	0
2007	4 303	2	1
2008	3 983	1	0

Källa: CAN.

Tabell 98. Andel mönstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2006.

År	Antal	Anabola steroider			Tillväxthormon ^{a)}		
		En gång	Flera ggr	Totalt	En gång	Flera ggr	Totalt
1994	39 519	0,6	0,7	1,4	0,3	0,4	0,7
1995	44 878	0,7	0,5	1,2	0,2	0,2	0,4
1996	47 544	0,6	0,6	1,1	0,2	0,2	0,4
1997	38 878	0,6	0,5	1,0	0,2	0,2	0,4
1998	44 437	0,5	0,5	1,0	0,2	0,3	0,4
1999	42 751	0,5	0,5	1,0	0,2	0,3	0,4
2000	37 566	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2001	39 276	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2002	39 742	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2003	40 369	0,4	0,5	0,9	.	.	.
2004	42 469	0,4	0,5	0,9	.	.	.
2005	41 901	0,3	0,3	0,7	.	.	.
2006	36 802	0,3	0,3	0,6	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1995–1999 efterfrågades injektionsbruk explicit.

Tabell 99. Andelen 16–24-åringar^{a)} som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24
1993	1	–	1	1	0	0	–	0	–	–
1994	2	1	1	1	1	–	–	–	–	–
1996	0	0	0	0	1	0	–	0	0	0
1998	0	–	–	0	0	0	–	–	–	1
2003	1	0	1	0	1	.	.	.	.	.

Källor: SKOP (1993), TEMO (1994–1998) och ARS (2003).
a) År 1993 16–25 år.

Tabell 100. Andelen 15–75-åringar^{a)} som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon ^{b)}				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	15–29	30–49	50–75	Män	Kvin	15–29	30–49	50–75
1993	0	–	–	0	–	–	–	–	–	–
1994	1	–	1	0	–	–	–	–	–	–
1996	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–
2000	0	–	0	0	–	–	–	–	–	–

Källa: TEMO.
a) År 2000 16–75 år.
b) Fr o m 1996 frågas efter tillväxthormon i injektionsform, tidigare Genotropin.

Tabellkommentarer: Tobaksutvecklingen; (tabellerna 101–105)

I tabell 101 beskrivs försäljningen av tobaksvaror i Sverige sedan 1970. I synnerhet vad det gäller senare år rekommenderas en viss försiktighet vid tolkningen av försäljningsnivåerna, dessa kan ha påverkats bland annat av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet. Vidare omfattar statistiken inte samtliga de lågprismärken som tillkommit under senare år. Av tabellen framgår dessutom Tullverkets beslag av cigaretter.

Utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9 redovisas i tabell 102. Försiktighet är påkallad vid tolkningen av utvecklingen av andelen rökare och snusare då ändringar av frågorna har gjorts 1983 respektive 1997. Dessa år användes både de gamla och nya frågeformuleringarna och det framgår att den första ändringen gav en sänkning av nivåerna medan den andra innebar en uppgång.

De lägre siffrorna för andelen rökare 1983–1997 berodde alltså på att frågeställningen då i högre grad mätte dagligrökning. Uppgifterna gällande dem som röker dagligen/så gott som dagligen som också redovisas i tabell 102 har dock inte påverkats av detta.

Tabell 104 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt SCBs ULF-undersökningar. I äldre utgåvor av *Drogutvecklingen i Sverige* specialredovisades åldersgruppen 18–70 år, men numera används de åldersintervall som SCB normalt använder. Från och med 2007 ska intervju via telefon användas som huvudsaklig metod i stället för, som tidigare, besöksintervjuer. År 2006 var ett övergångsår där 50% av intervjuerna gjordes via besök och 50% via telefon.

I tabell 105 redovisas siffror från Statens folkhälsoinstituts årliga enkätundersökning. 2004 ingick inte 16–17-åringar i urvalet och jämförelser över tid, speciellt för åldersgruppen 16–29 år, bör inte göras utan reflektion.

Tabell 101. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2007. (Diagram 41)

År	Försäljning			Beslag, miljoner cigaretter
	Cigaretter (st)	Annan rök-tobak (g)	Snus (g)	
1970	1 610	349	395	2
1971	1 550	322	410	2
1972	1 750	298	414	3
1973	1 440	296	420	3
1974	1 710	283	435	3
1975	1 800	270	453	4
1976	1 840	258	489	4
1977	1 730	234	512	3
1978	1 780	219	522	3
1979	1 800	209	535	3
1980	1 780	211	548	3
1981	1 710	204	559	2
1982	1 790	229	582	2
1983	1 700	252	594	1
1984	1 690	285	636	1
1985	1 630	271	667	1
1986	1 630	256	681	1
1987	1 610	237	681	1
1988	1 620	225	663	1
1989	1 570	224	660	2
1990	1 510	225	659	2
1991	1 490	219	685	3
1992	1 550	230	708	4
1993	1 230	204	709	6
1994	1 220	203	734	5
1995	1 130	197	755	6
1996	1 150	197	785	17
1997	830	191	741	39
1998	800	168	743	46
1999	960	143	789	32
2000	980	139	861	45
2001	1 000	134	889	48
2002	1 030	130	924	27
2003	980	120	920	74
2004	930	129	908	23
2005	930	136	880	17
2006	890	113	950	10
2007	810	92	795	32

Källor: Swedish Match, Statistikbyrån VECA och Tullverket.

Tabell 102. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2008. (Diagram 42)

År	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	41	47	.	.	.	.
1972	6 085	.	.	.	.	.	.
1973	5 594	.	.	.	.	.	.
1974	4 634	31	45	.	.	25	4
1975	4 217	32	45	.	.	26	5
1976	4 136	27	40	.	.	29	5
1977	6 034	25	40	.	.	30	8
1978	9 543	25	38	.	.	29	7
1979	9 359	21	34	.	.	29	6
1980	9 941	21	33	.	.	30	8
1981	9 496	23	35	.	.	30	7
1982	5 146	25	32	.	.	30	7
1983 ^{a)}	3 262	19 15	30 22	11	18	29 21	7 2
1984	32 819	16	22	11	16	24	1
1985	1 502	16	21	11	14	21	2
1986	5 820	17	22	12	15	24	2
1987	5 778	17	24	10	15	25	2
1988	5 430	17	24	10	15	22	2
1989	5 714	23	30	12	17	20	3
1990	5 977	20	31	13	19	20	2
1991	5 883	19	27	13	18	16	1
1992	5 851	22	27	16	18	19	0
1993	5 913	20	26	14	18	17	0
1994	5 868	17	29	12	20	19	1
1995	5 577	19	27	13	17	19	1
1996	6 027	19	25	12	17	17	1
1997 ^{a)}	5 683	17 28	25 37	11	17	17 21	1 3
1998	5 455	28	34	11	14	20	2
1999	5 198	30	36	10	18	23	3
2000	5 290	29	36	10	15	26	4
2001	5 569	30	36	10	16	27	5
2002	5 349	25	34	9	15	25	5
2003	5 226	20	30	7	13	24	6
2004	5 414	18	30	6	13	21	8
2005	5 373	19	30	5	13	20	6
2006	4 890	19	26	6	10	20	7
2007	5 302	20	30	6	10	17	5
2008	4 884	22	28	8	11	16	4

Källa: CAN.

a) När nya frågor infördes 1983 och 1997 fick hälften av eleverna besvara de gamla och hälften de nya.

Tabell 103. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker eller snusar. 2004–2008. (Diagram 42)

Gy 2	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
2004	4 494	32	38	10	17	32	9
2005	4 542	31	41	9	19	30	11
2006	3 772	33	40	9	17	31	11
2007	4 303	35	40	10	14	27	10
2008	3 983	34	41	12	18	25	9

Källa: CAN.

Tabell 104. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2006. (Diagram 43)

År	Män					Totalt	Kvinnor					Totalt
	Ålder						Ålder					
	16–24	25–44	45–64	65–74	75–84		16–24	25–44	45–64	65–74	75–84	
1980	28	43	37	32	25	36	37	40	24	14	4	29
1981	25	38	35	33	28	34	36	35	25	12	6	27
1982	24	40	35	30	24	34	32	38	27	12	3	28
1983	22	38	34	25	25	32	29	37	25	10	8	26
1984	22	38	38	28	23	33	31	37	29	14	5	28
1985	23	33	34	25	21	30	30	37	27	13	6	27
1986	17	34	34	22	21	29	26	37	24	16	7	27
1987	17	32	35	28	22	29	27	35	28	13	7	26
1988	17	32	31	27	18	28	28	36	27	13	6	26
1989	16	29	30	20	21	26	26	35	27	16	7	26
1990	14	29	32	25	15	26	22	34	28	17	7	26
1991	17	30	29	25	12	26	23	31	28	14	5	24
1992	14	28	31	23	17	25	21	34	30	18	9	27
1993	14	25	30	19	14	23	19	28	28	18	6	23
1994	15	21	29	16	15	22	20	29	28	13	7	24
1995	14	22	28	21	15	22	21	29	27	15	7	24
1996	16	21	27	18	13	21	23	27	27	17	9	23
1997	12	16	19	16	14	17	19	25	27	16	7	22
1998	10	15	22	18	13	17	18	23	28	14	7	21
1999	14	17	26	15	11	19	18	20	25	14	6	19
2000	13	15	21	16	12	17	19	23	26	15	9	21
2001	14	17	23	19	4	18	19	20	26	13	7	20
2002	10	14	23	14	11	16	18	20	23	16	9	19
2003	10	15	23	18	8	17	16	18	24	13	9	18
2004	11	12	23	10	6	15	14	18	22	14	8	18
2005	8	12	20	13	9	14	12	18	23	17	10	18
2006 ^{a)}	10	12	17	14	7	13	14	17	22	13	4	17

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

a) Övergångsår för metodbyte, 50% var intervju via besök och 50% via telefon.

Tabell 105. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2007.

År	Män					Kvinnor				
	Ålder				Totalt	Ålder				Totalt
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84	
2004 ^{a)}	25	29	21	8	22	4	5	3	1	3
2005	22	29	24	9	22	3	4	3	2	3
2006	24	25	21	10	20	4	6	3	2	4
2007	22	21	19	9	19	5	4	4	1	4

Källa: Statens folkhälsoinstitut.
a) 18–84 år

ICD-koder

Från och med 1997 övergick man inom sjukvården till att klassificera sjukdomar och dödsfall enligt den tionde internationella diagnos- och dödsorsaksklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)*. Även om klassifikation är bättre än de föregående, i så måtto att den bättre beskriver sjukdomar och dödsfall i enlighet med dagens kunskaper, så kan det vara problematiskt med översättningar från tidigare versioner. Detta för med sig att man måste vara försiktig med tolkningar där tidsserierna passerar över årtalen då nya revisioner införts; 1958, 1969, 1987 och 1997, vilket gäller ett antal tabeller i rapporten.

I många fall, där det varit fråga om enstaka koder så redovisas dessa i tabellerna. I andra fall gäller redovisningen ett index som inte på ett enkelt sätt låter sig redovisas i tabellrubriken. I det följande beskrivs därför dessa index enligt ICD-10. För en närmare beskrivning av koderna i den 9:e revisionen hänvisas till *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 99*.

EpCs index över alkoholrelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70	Leversjukdom orsakad av alkohol
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51	Toxisk effekt av alkohol
Y90	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y91	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom intoxikationsgrad
Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk

Källa: Statistik över alkohol- och narkotikadiagnoser i slutenvård – Avslutade vårdtillfällen och patienter utskrivna från slutenvård med alkohol- eller narkotikadiagnoser under perioden 1987–2004. Socialstyrelsen, EpC. http://www.sos.se/epc/par/Alkohol_Narkotika/Html-tabell/frame.html

Bilaga 1

EpCs index över alkoholrelaterade dödsorsaker

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70.0–70.9	Leversjukdom orsakad av alkohol
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51.0–51.9	Toxisk effekt av alkohol
Y90.1–Y90.9	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y91.1–Y91.9	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad
Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk

Källa: Dödsorsaker 2003 – Socialstyrelsen, EpC.

EpCs index över narkotikarelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk

Källa: Sjukdomar i slutenvård 1987–2001 – Socialstyrelsen, EpC.

EpCs index över narkotikarelaterade dödsorsaker

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40.0–T40.3, T40.5–T40.9	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk

Källa: Dödsorsaker 2003 – Socialstyrelsen, EpC.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2000:7

Utkom från trycket
den 20 november 2000

Omtryck

beslutade den 10 oktober 2000.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika¹ att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika² skall ändras enligt nedanstående.

Föreskrifterna kommer därför att ha följande lydelse från och med den dag då dessa föreskrifter träder i kraft.

1 § Med narkotika förstås

a) ämnen och droger, som är upptagna i förteckningarna I, II och III, förekommande stereoisomerer (med undantag av dextrometorfan, dextrorfan och fenylpropanolamin), estrar och etrar av dessa ämnen, samt förekommande salter av nämnda ämnen, isomerer, estrar och etrar, oavsett om varorna utgör naturprodukter eller är syntetiskt framställda;

b) ämnen som är upptagna i förteckningarna IV och V, samt förekommande salter av dessa ämnen;

c) beredningar, med nedan nämnda undantag, som innehåller eller är framställda av under a) nämnda varor;

d) beredningar som innehåller under b) nämnda ämnen enbart eller i blandning med varandra;

e) läkemedel godkända för försäljning, som innehåller under b) nämnda ämnen, klassificeras som narkotika endast i den mån Läkemedelsverket så beslutat.

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

¹ Förordningen senast ändrad 2000:694.

² Ändrad genom LVFS 1997:15, 1998:3, 1998:12, 1999:6.

c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;

d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;

e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;

f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention³ ingår i beredningarna.

3 § De svenska förteckningarna inbegriper fem förteckningar med följande principiella innebörd:

Förteckning I, narkotika som normalt inte har medicinsk användning.

Förteckning II–IV, narkotika med medicinsk användning och som vid varje införsel eller utförsel kräver ett import/exportcertifikat.

Förteckning V, narkotika enligt svensk lag men som inte omfattas av internationella konventioner. Narkotika enligt förteckning V kräver inte import/exportcertifikat.

Den internationella förteckningen hänvisar till att ämnet finns upptaget i 1961 års allmänna narkotikakonvention (N I–IV)⁴ respektive 1971 års psykotropkonvention (P I–IV) inklusive tillägg.

NARKOTIKAFÖRTECKNINGAR

Under rubriken certifikat anges om införsel/utförsel kräver tillstånd i varje enskilt fall, J, eller att tillstånd i varje enskilt fall inte krävs, N.

Nomenklaturen i förteckningarna är i huvudsak INN-namn, men med svensk språkform.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
| Acetorfin	II	N I+IV	J
| Acetyl-alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Acetyldihydrokodein	II	N II	J
| Acetylmotadol	II	N I	J
| Alfaacetylmotadol	II	N I	J
| Alfameprodin	II	N I	J
| Alfametadol	II	N I	J
| Alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Alfa-metyltiofentanyl	II	N I+IV	J

³ Convention on Psychotropic Substances, 1971.

⁴ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Alfaprodin	II	N I	J
Alfentanil	II	N I	J
Allobarbital	IV	P IV	J
Allylprodin	II	N I	J
Alprazolam	IV	P IV	J
Amfepramon	II	P IV	J
Amfetamin	II	P II	J
Aminorex	IV	P IV	J
Amobarbital	IV	P III	J
Anileridin	II	N I	J
Aprobarbital	V	–	N
Barbital	IV	P IV	J
Bensetidid	II	N I	J
Bensfetamin	II	P IV	J
Bensylmorfin	II	N I	J
Besitramid	II	N I	J
Betacetylmetadol	II	N I	J
Beta-hydroxifentanyl	II	N I+IV	J
Beta-hydroxi-3-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Betameprodin	II	N I	J
Betametadol	II	N I	J
Betaprodin	II	N I	J
Brallobarbital	V	–	N
Brolamfetamin DOB, brom-STP	I	P I	J
Bromazepam	IV	P IV	J
Brotizolam	IV	P IV	J
Buprenorfin	IV	P III	J
Butalbital (butalbarbital)	IV	P III	J
Butobarbital	IV	P IV	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Cyklobarbital	IV	P III	J
Delorazepam	IV	P IV	J
Desomorfin	II	N I+IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
DET, <i>N,N</i> -dietyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
Dexamfetamin	II	P II	J
Dextromoramid	II	N I	J
Dextropropoxifen	III	N II	J
Diampromid	II	N I	J
Diazepam	IV	P IV	J
Dietyltiambuten	II	N I	J
Difenoxin	II	N I	J
Difenoxylat	II	N I	J
Dihydroetorfin	II	N I	J
Dihydrokodein	II	N II	J
Dihydromorfin	II	N I	J
Dikaliumklorazepat	V	–	N
Dimenoxadol	II	N I	J
Dimefeptanol	II	N I	J
Dimetyltiambuten	II	N I	J
Dioxafetylbutyrat	II	N I	J
Dipipanon	II	N I	J
DMA, 2,5-dimetoxiamfetamin	I	P I	J
DMHP, 3-(1,2-dimetylheptyl)-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6 <i>H</i> -dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	P I	J
DMT, <i>N,N</i> -dimetyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
DOET, 2,5-dimetoxi-4-etylamfetamin	I	P I	J
DOM, STP, 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metyl-fenyl)-propan	I	P I	J
Drotebanol	II	N I	J
Ekgonin, samt dess estrar och derivat som kan omvandlas till ekgonin eller kokain	II	N I	J
Estazolam	IV	P IV	J
Eticyklidin, PCE	I	P I	J
Etilamfetamin, etylamfetamin	II	P IV	J
Etinamat	IV	P IV	J
Etklorvynol	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Etonitazen	II	N I	J
Etorfin	II	N I+IV	J
Etoxidin	II	N I	J
Etryptamin	I	P I	J
Etylloflazepat	IV	P IV	J
Etylmetyltiambuten	II	N I	J
Etylmorfin	III	N II	J
Fenadoxon	II	N I	J
Fenampromid	II	N I	J
Fenazocin	II	N I	J
Fencyklidin, PCP	II	P II	J
Fendimetrazin	II	P IV	J
Fenetyllin	II	P II	J
Fenkamfamin	II	P IV	J
Fenmetrazin	II	P II	J
Fenobarbital	IV	P IV	J
Fenomorfan	II	N I	J
Fenoperidin	II	N I	J
Fenproporex	II	P IV	J
Fentanyl	II	N I	J
Fentermin	II	P IV	J
1-Fenyl-2-butylamin	II	–	J
[1-fenyl-1-piperidyl-(2)-metyl]acetat	II	–	J
Fludiazepam	IV	P IV	J
Flunitrazepam	IV	P III	J
Flurazepam	IV	P IV	J
Folkodin	III	N II	J
Furetidin	II	N I	J
Gammahydroxibutyrat, GHB	II	–	J
Glutetimid	IV	P III	J
Halazepam	IV	P IV	J
Haloxazolam	IV	P IV	J
Heptabarbital	V	–	N
Heroin	I	N I+IV	J
Hexapropymat	V	–	N
Hexobarbital	V	–	N
Hydrokodon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Hydromorfinol	II	N I	J
Hydromorfon	II	N I	J
Hydroxipetidin	II	N I	J
Hydroxitetrahydrocannabinoler	I	PI	J
Ibogain	I	–	J
Isometadon	II	N I	J
Kamazepam	IV	P IV	J
Karfentanil	II	–	J
Karisoprodol	IV	–	J
Kat (de ovanjordiska delarna av <i>Catha edulis</i>)	I	–	J
Katin	II	P III	J
Katinon	I	P I	J
Ketazolam	IV	P IV	J
Ketobemidon	II	N I+IV	J
Klobazam	IV	P IV	J
Klometiazol	V	–	N
Klonazepam	IV	P IV	J
Klonitazen	II	N I	J
Kloralhydrat	V	–	N
Kloralodol	V	–	N
Klorazepat	IV	P IV	J
Klordiazepoxid	IV	P IV	J
Klotiazepam	IV	P IV	J
Kloxazolam	IV	P IV	J
Kodein	III	N II	J
Kodoxim	II	N I	J
Kokablad	II	N I	J
Kokain	II	N I	J
Lefetamin, SPA	II	P IV	J
Levamfetamin	II	P II	J
Levofenacylmorfan	II	N I	J
Levometamfetamin	II	P II	J
Levometorfan	II	N I	J
Levomoramid	II	N I	J
Levonantradol	II	–	J
Levorfanol	II	N I	J
Loprazolam	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Lorazepam	IV	P IV	J
Lormetazepam	IV	P IV	J
Lysergid, LSD, LSD-25	I	P I	J
Mazindol	II	P IV	J
MDA, 2-amino-1-(3,4-metylendioxifenyl)-propan	I	P I	J
MDMA, 3,4-metylendioximetamfetamin	I	P I	J
Medazepam	IV	P IV	J
Mefenorex	II	P IV	J
Meklokalon	II	P II	J
Meprobatat	IV	P IV	J
Meskalin	I	P I	J
Mesokarb	IV	P IV	J
Metamfetamin	II	P II	J
Metamfetamin racemat	II	P II	J
Metazocin	II	N I	J
Metadon	II	N I	J
Metadonintermediat	II	N I	J
Metakvalon	II	P II	J
Metkatinon	I	P I	J
Metoheital	V	–	N
Metopon	II	N I	J
4-Metylaminoorex	I	P I	J
Metyldesorfin	II	N I	J
Metyldihydromorfin	II	N I	J
Metylfenidat	II	P II	J
Metylfenobarbital	IV	P IV	J
3-Metylfentanyl	II	N I+IV	J
4-Metyltioamfetamin (4-MTA)	I	–	J
3-Metyltiofentanyl	II	N I+IV	J
Metylpentynol	V	–	N
Metyprolon	IV	P IV	J
Midazolam	IV	P IV	J
MMDA, 5-metoxi-3,4-metylendioxiamfetamin	I	PI	J
Modafinil	IV	–	J
Moramidintermediat	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Morferidin	II	N I	J
Morfin	II	N I	J
Morfinmetylbromid och andra femvärda kväve-morfinderivat, speciellt inkluderande morfin-N-oxiderivat, däribland Kodein-N-oxid	II	N I	J
Morfin-N-oxid	II	N I	J
MPPP, 1-metyl-4-fenyl-4-piperidinolpropionat	I	N I+IV	J
Myrofin	II	N I	J
N-(1-fenetyl-4-(3-metylpiperidyl))propionanilid	I	–	J
N-etyl MDA	I	P I	J
N-hydroxiamfetamin	I	–	J
N-hydroxi MDA	I	P I	J
Nabilon	II	–	J
Nikokodin	III	N II	J
Nikodikodin	III	N II	J
Nikomorfin	II	N I	J
Nimetazepam	IV	P IV	J
Nitrazepam	IV	P IV	J
Noracymetadol	II	N I	J
Nordazepam	IV	P IV	J
Norkodein	III	N II	J
Norlevorfanol	II	N I	J
Normetadon	II	N I	J
Normorfin	II	N I	J
Norpipanon	II	N I	J
Opium	II	N I	J
Oxazepam	IV	P IV	J
Oxazolam	IV	P IV	J
Oxykodon	II	N I	J
Oximorfon	II	N I	J
Para-fluorfentanyl	I	N I+IV	J
Parahexyl, 3-hexyl-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6H-dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	PI	J
Pentobarbital	IV	P III	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Pemolin	II	P I	J
Pentazocin	III	P III	J
PEPAP	I	N I+IV	J
Petidin	II	N I	J
Petidinintermediat A	II	N I	J
Petidinintermediat B	II	N I	J
Petidinintermediat C	II	N I	J
Piminodin	II	N I	J
Pinazepam	IV	P IV	J
Pipradol	II	P IV	J
Piritramid	II	N I	J
PMA, parametoxiamfetamin	I	PI	J
Prazepam	IV	P IV	J
Proheptazin	II	N I	J
Properidin	II	N I	J
Propiram	III	N II	J
Propylhexedrin	II	–	J
Psilocin, 3-[2-(Dimetylamino)etyl]indol-(4)-ol	I	P I	J
Psilocybe cubensis	I	–	J
Psilocybe semilanceata (toppslätskivling)	I	–	J
Psilocybin	I	P I	J
Pyrityldion	V	–	N
Pyrovaleron	II	P IV	J
Racemetorfan	II	N I	J
Racemoramid	II	N I	J
Racemorfan	II	N I	J
Remifentanil	II	–	J
Rolicyklidin, PHP, PCPY	I	P I	J
Sekbutabarital	IV	P IV	J
Sekobarbital	II	P II	J
Sufentanil	II	N I	J
Svampar som innehåller ämnena psilocybin eller psilocin, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts	I	–	J
Tebakon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Tebain	II	N I	J
Temazepam	IV	P IV	J
Tenamfetamin, MDA	I	P I	J
Tenocyklidin, TCP 1-(1-(2-tienyl)cyklohexyl)-piperidin	I	P I	J
Tetrahydrocannabinoler ⁶	I	P I	J
Tetrazepam	IV	P IV	J
Tilidin	II	N I	J
Tiofentanyl	I	N I+IV	J
TMA, 3,4,5-trimetoxiamfetamin	I	P I	J
Triazolam	IV	P IV	J
Trimeperidin	II	N I	J
Tybamat	V	–	N
Vallmohalm, koncentrat av	II	N I	J
Vinbarbital	V	–	N
Vinylbital	IV	P IV	J
Zipeprol	IV	P II	J
Zolpidem	V	–	N
Zopiklon	V	–	N

Denna författning träder i kraft omedelbart.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

⁶ Med tetrahydrocannabinoler avses i "List of Psychotropic substances under international control" (utgiven av International Narcotics Control Board) upptagna isomerer och stereo-kemiska varianter.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2001:4Utkom från trycket
den 25 april 2001

beslutade den 23 mars 2001

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ skall ändras enligt nedanstående:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Flunitrazepam	II	P III	J

Denna författning träder i kraft den 1 maj 2001.

Övergångsbestämmelser

För recept och rekvisitioner förordnade före den 1 maj 2001 gäller tidigare bestämmelser för upprepade uttag. Förordnade recept och rekvisitioner efter denna tidpunkt, dock senast den 1 augusti 2001, är giltiga utan de nya kraven under den tid som angivits på receptet/rekvisitionen, dock längst till den 1 augusti 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2000:7



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2002:4

Utkom från trycket
den 26 juni 2002

beslutade den 13 juni 2002.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen om kontroll av narkotika i fråga om 3 §¹ verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika att substanserna 2-CB och PMMA skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2-CB, 4-bromo-2,5-dimetoxifenetylamin	I	P II	J
PMMA, 4-metoxi-N-metylamfetamin	I	-	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2001:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:2

Utkom från trycket
den 13 januari 2004

beslutade den 17 december 2003.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen amineptin skall tas upp i förteckningarna och att förteckningarna för substansen zolpidem samt not 5 ändras enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Amineptin	II	P II	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Zolpidem	IV	P IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats och oavsett under vilka benämningar de förekommer. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat. Med cannabis skall dock inte förstås hampa som 1. är av sort som kan berättiga till stöd enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 av den 17 maj 1999 om upprättandet av ett stödssystem för producenter av vissa jordbruksgrödor och rådets förordning (EG) nr 1673/2000 av den 27 juli 2000 om den gemensamma organisationen av marknaderna för lin och hampa som odlas för fiberproduktion och 2. odlas efter det att ansökan om arealstöd för sådan odling enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 givits in till behörig myndighet.

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2002:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:3Utkom från trycket
den 16 mars 2004

beslutade den 24 februari 2004.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substanserna 2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2), 2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7), 4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I) och 2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2) skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2)	I	–	J
2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7)	I	–	J
4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I)	I	–	J
2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2)	I	–	J

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Pernilla Lötberg

¹ Senast ändrad LVFS 2004:2.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2005:5

Utkom från trycket
den 30 juni 2005

beslutade den 22 juni 2005.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen ketamin skall tas upp i förteckningarna.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Ketamin	IV	–	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2005.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2004:3.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2007:10

Utkom från trycket
den 30 augusti 2007

beslutade den 14 augusti 2007.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substanserna DOI och DOC skall tas upp i förteckningarna.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
DOI, 4-jod-2,5-dimetoxi-amfetamin	I	–	J
DOC, 4-klor-2,5-dimetoxi-amfetamin	I	–	J

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Bo Lindström

¹ Senast ändrad genom LVFS 2005:5.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

beslutade den 19 december 2007.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹

dels att 2 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) ska ha följande lydelse,

dels att substanserna Bromo-Dragonfly (brombensodifuranilisopropylamin), oripavine och tramadol ska tas upp i förteckningarna enligt följande:

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;

d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;

e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;

f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention ingår i beredningarna.

g) beredningar av tramadol som innehåller högst 400 mg tramadol per avdelad dos i blandning med en eller flera andra ingredienser eller som innehåller högst 10 procent tramadol om beredningarna inte är avdelade i doser.

¹ Senast ändrad genom LVFS 2007:10.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
------	--------------------	----------------------------	--------------------

Bromazepam	IV	P IV	J
Bromo-Dragonfly, brombensodifuranyl-isopropylamin	I	–	J
Brotizolam	IV	P IV	J

Opium	II	N I	J
Oripavine	II	N I	J
Oxazepam	IV	P IV	J

TMA-2, 2,4,5-trimetoxiamfetamin	I	–	J
Tramadol	III	–	J
Triazolam	IV	P IV	J

Denna författning träder i kraft fyra veckor efter den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läke-medelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Joakim Brandberg



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2008:8

Utkom från trycket
den 5 september 2008

beslutade den 28 augusti 2008.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹

dels att 2 § ska ha följande lydelse,

dels att substansen dextrometorfan ska tas upp i förteckningarna enligt följande:

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;

d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;

e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;

f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention ingår i beredningarna;

g) beredningar av tramadol som innehåller högst 400 mg tramadol per avdelad dos i blandning med en eller flera andra ingredienser eller som innehåller högst 10 procent tramadol om beredningarna inte är avdelade i doser;

¹ Senast ändrad genom LVFS 2007:14.

h) beredningar av dextrometorfan i form av lösningar som inte innehåller mer dextrometorfan än 3 mg/ml.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
------	--------------------	----------------------------	--------------------

Dexamfetamin	II	P II	J
Dextrometorfan (DXM)	V	–	N
Dextromoramid	II	N I	J

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

MATS LARSON

Joakim Brandberg



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2008:10

Utkom från trycket
den 15 september 2008

beslutade den 8 september 2008.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen fenazepam ska tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
------	--------------------	----------------------------	--------------------

Fenampromid	II	N I	J
Fenazepam	IV	–	J
Fenazocin	II	N I	J

Denna författning träder i kraft den 15 september 2008.

Läkemedelsverket

MATS LARSON

Joakim Brandberg

¹ Senast ändrad genom LVFS 2008:8.

Tidigare rapporter

- Nr 73** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2003
- Nr 74** Mönstrandens drogvanor 2002
- Nr 75** Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar
- Nr 76** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser under hösten 2003
- Nr 77** Skolelevers drogvanor 2003
- Nr 78** Mönstrandens drogvanor 2003
- Nr 79** Uppföljning och utvärdering av insatserna mot svartspit
- Nr 80** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2003
- Nr 81** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser under våren 2004
- Nr 82** Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004
- Nr 83** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser under hösten 2004
- Nr 84** Skolelevers drogvanor 2004
- Nr 85** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2004
- Nr 86** Mönstrandens drogvanor 2004
- Nr 87** Drogvanor i gymnasiet år 2, 2004
- Nr 88** Alkohol- och narkotikamissbruk bland invandrare
- Nr 89** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2005
- Nr 90** Skolelevers drogvanor 2005
- Nr 91** Drogutvecklingen i Sverige 2005
- Nr 92** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser under hösten 2005
- Nr 93** Drug Trends in Sweden 2005
- Nr 94** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2005
- Nr 95** Mönstrandens drogvanor 2005
- Nr 96** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 97** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 98** Drogutvecklingen i Sverige 2006
- Nr 99** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2006
- Nr 100** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg
sommarhalvåret 2006
- Nr 101** Kartläggning av narkotikapolitiska handlingsplaner i kommuner och stadsdelar
- Nr 102** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2006
- Nr 103** Skolelevers drogvanor 2006
- Nr 104** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 105** Mönstrandens drogvanor 2006
- Nr 106** CANs rapporteringssystem om droger (CRD).
Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 107** Drogutvecklingen i Sverige 2007
- Nr 108** Skolelevers drogvanor 2007
- Nr 109** Kokain – ett uppmärksammat problem
- Nr 110** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2007
- Nr 111** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2007–2008
- Nr 112** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2007

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



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
Box 70412, 107 25 Stockholm, Klara Norra Kyrkogata 34,
Tel 08-412 46 00 Fax 08-10 46 41, e-post can@can.se, www.can.se