

CAN Rapport 117

Drogutvecklingen i Sverige 2009

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: Elanders, 2009
Omslag: Löwenberg Media
ISSN 0283-1198
ISBN 978-91-7278-222-8 (tryck)
URN:NBN:se:can-2009-5 (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 2009



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 117

Stockholm 2009

Förord

Alltsedan 1970-talets början har CAN producerat årliga rapporter som beskriver drogutvecklingen i Sverige. Publikationerna, som bygger på en lång rad olika uppgifter av huvudsakligen statistisk karaktär, är de mest heltäckande sammanställningarna över drogutvecklingen i landet. Det huvudsakliga syftet är att beskriva konsumtionstrenderna för alkohol, narkotika, sniffning, dopning och tobak.

Arbetet med *Drogutvecklingen i Sverige 2009* har fördelats på två redaktörer. Siri Nyström har ansvarat för kapitlet om Könrelaterade skillnader i drogvanor liksom kapitlen gällande Alkohol-, Sniffnings- och Tobaksutvecklingen medan Ulf Guttormsson ansvarat för Narkotika- och Dopningsutvecklingen samt kapitlet rörande Metodproblem och tillförlitlighet.

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

I rapporten redovisas – förutom statistik framtagen av CAN – uppgifter inhämtade från ett flertal myndigheter, institutioner, organisationer och företag, bl a Brottsförebyggande rådet, ECNN (Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk), Kriminalvården, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, SIKA (Statens institut för kommunikationsanalys), SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Swedish Match, Systembolaget, Tullverket, Vägverket och WHO (World Health Organization).

Stockholm i december 2009

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

Sammanfattning.....	21
Summary.....	35
Alkoholutvecklingen.....	51
Inledning	51
Alkoholpolitik	52
Försäljningsutvecklingen.....	54
Konsumtionsutvecklingen	62
Skadeutvecklingen.....	76
Internationella aspekter.....	87
Referenser	96
Narkotikautvecklingen.....	99
Inledning	99
Narkotikapolitik.....	100
Narkotikamarknaden.....	102
Utvecklingen av narkotikaanvändningen.....	111
Utvecklingen av tungt missbruk	117
Vård, sjuklighet och dödlighet	127
Narkotikasituationen internationellt	134
Referenser	138
Sniftningsutvecklingen.....	141
Inledning	141
Missbrukets omfattning	142
Internationell jämförelse av ungdomars sniftningserfarenhet	146
Referenser	149
Dopningsutvecklingen.....	151
Inledning	151
Beslags- och kriminalstatistik.....	152
Utvecklingen av dopningserfarenheten.....	154
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten	158
Referenser	160

Tobaksutvecklingen	161
Inledning	161
Försäljningsutvecklingen	163
Konsumtionsvaneundersökningar	166
Konsekvenser av tobakskonsumtion	173
Internationell jämförelse av rökvanor	174
Referenser	178
Könsrelaterade skillnader i drogvänor	181
Inledning	181
Män och kvinnor i statistiken	181
Betydelsen av ett könsperspektiv	189
Sammanfattning	192
Referenser	193
Metodproblem och tillförlitlighet	195
Inledning	195
Metodproblem vid frågeundersökningar	196
Beskrivningar av de redovisade undersökningarna	200
Indikatorer på bruk och missbruk	206
Referenser	208
Tabeller	209
Bilaga 1: ICD-koder	329

Diagram

Alkoholutvecklingen

1. Alkohol försäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1861–2008.	55
2. Alkohol försäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1946–2008.	56
3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2008.	58
4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2008.	60
5. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2008.	61
6. Beräknad genomsnittlig årskonsumtion i liter alkohol 100% i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 efter kön. (1977–1989 avser skattade värden.) 1977–2009.	64
7. Självrapporterad alkoholkonsumtion i liter alkohol 100% bland 18–75-åringar (1990–2002) samt bland 16–80-åringar (2003–2006), fördelat på kön.	65
8. Självrapporterad uppräknad alkoholkonsumtion i liter alkohol 100% bland 16–80-åringar fördelat på ålder och kön. 2006.	66
9. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden. 1972–2009.	68
10. Andelen 16–84-åringar med riskabla alkoholvanor efter kön och ålder. 2008.	69
11. Beräknad årskonsumtion i liter alkohol 100% av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit bland elever i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2. 2009.	71
12. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2008.	82
13. Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, efter ålder. Procent. 1987–2008.	83
14. Antal alkoholrelaterade dödsfall fördelat på ålder (underliggande eller bidragande dödsorsak). 1969–2007.	84
15. Antal alkoholrelaterade dödsfall fördelat på kön (underliggande eller bidragande dödsorsak). Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2007.	85

16.	Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.	88
17.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver fördelat på dryckessorter. 2005.	90
18.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003	91
19.	Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1955–2001.....	92
20.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna. 1995–2007.....	95

Narkotikautvecklingen

21.	Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2008.	104
22.	Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2008 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2008.	105
23.	Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2008.	106
24.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång provat narkotika. 1971–2009.	112
25.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna. 1971–2009.	113
26.	Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste året, efter kön och ålder. 2008.....	114
27.	Uppskattat antal personer med tungt missbruk 1979–1998 samt uppskattat antal personer med problematiskt missbruk 1998–2004.....	119
28.	Utvecklingen av antalet narkotikabeslag (tull och polis), antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet vårdade med narkotikadiagnos samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1987–2008.	121
29.	Personer vårdade i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) fördelat på ålder. Procent. 1987–2008.	122
30.	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.	125
31.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2008.	130
32.	Antal kliniskt anmälda fall av hepatit C-positiva per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1990–2008.....	131

- 33. Antal narkotikarelaterade dödsfall fördelat på åldersgrupper (underliggande eller bidragande dödsorsaker). 1969–2007. 133
- 34. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995–2007. 137

Snifningsutvecklingen

- 35. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2009. 142
- 36. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som sniffat någon gång. 1995–2007. 148

Dopningsutvecklingen

- 37. Antal beslag av dopningspreparat av tull och polis samt antal personer lagförda för dopningsbrott. 1993–2008. 152
- 38. Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2008. 154

Tobaksutvecklingen

- 39. Försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2008. 163
- 40. Den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter. 2003–2007. 165
- 41. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2009. 167
- 42. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år), fördelat på kön. 1980–2007. 169
- 43. Antalet rökningssrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–2000. 174
- 44. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007. 176

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

- 45. Andelen 16–84-åringar som röker dagligen, snusar dagligen, har riskabla alkoholvanor samt har använt cannabis de senaste 12 månaderna, fördelat på kön. 2008. 182

Graphs

Trends in alcohol use

1. Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant aged 15 or over, by type of beverage. 1861–2008.	55
2. Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant aged 15 or over, by type of beverage. 1946–2008.	56
3. Number of establishments licensed to serve alcoholic beverages to the public, and number of clubs and private societies licensed to serve members. 1977–2008.	58
4. Estimated total alcohol consumption (litres of pure alcohol) in Sweden per inhabitant aged 15 or over, by recorded consumption, unrecorded legal consumption and unrecorded illegal consumption. 1989–2008.	60
5. Estimated proportions of recorded and unrecorded alcohol consumption, by type of beverage. 2008.	61
6. Estimated average annual alcohol consumption (litres of pure alcohol) among students in year 9 of primary school (age ≈ 16) and students in year 2 of secondary school (age ≈ 18), by gender. (Data for 1977–1989 are rough estimates). 1977–2009.	64
7. Self-reported alcohol consumption (litres of pure alcohol) among 18–75-year-olds (1990–2002) and 16–80-year-olds (2003–2006), by gender.	65
8. Adjusted self-reported alcohol consumption (in litres of pure alcohol) among 16–80 year-olds, by age and gender. 2006.	66
9. Proportion of boys and girls in year 9 of comprehensive school (age ≈ 16) and pupils in year 2 of upper-secondary school (age ≈ 18) engaging in binge drinking at least once a month. 1972–2009.	68
10. Proportion of 16–84-year-olds with risky drinking habits, by age and gender. 2008.	69
11. Estimated annual consumption (litres of pure alcohol) of medium-strength beer, strong beer, pre-mixed beverages, wine and spirits among students in year 9 of primary school (age ≈ 16) and students in year 2 of secondary school (age ≈ 18). 2009.	71
12. Number of hospital discharges, number of persons treated and number of persons treated for the first time since 1987 for alcohol related primary or secondary diagnosis, in-patient care. 1987–2008.	82
13. Number of number of persons treated for alcohol related primary or secondary diagnosis, in-patient care, by age. 1987–2008.	83
14. Alcohol related deaths, underlying or contributory cause of death, by age. 1969–2007.	84

15.	Number of alcohol related deaths, underlying or contributing cause of death, by gender. Age-standardised mortality rates per 100,000 inhabitants. 1969–2007.	85
16.	Grading of scope and restrictiveness of alcohol-control policies in 15 European countries. 1950 and 2000.....	88
17.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant aged 15 or over, by country and type of beverage. 1861–2008.	90
18.	Alcohol sales (litres of pure alcohol) per inhabitant, by country. 1965–2003.	91
19.	Alcohol consumption (litres of pure alcohol per person aged 15 or over) in 15 European countries by three groups: wine countries, beer countries and former spirit countries. 1955–2001.....	92
20.	Proportion of 15–16-year-old students reporting having had five or more drinks on one occasion during the last 30 days by country. 1995–2007.	95

Trends in illegal drug use

21.	Number of seizures (by Customs and Police) of cannabis, amphetamines, pharmaceutical drugs, heroin and cocaine. 1971–2008.	104
22.	Inflation-adjusted (2008 prices) retail prices of cannabis resin, amphetamines, cocaine and brown heroin. 1988–2008. Index 1988=100.	105
23.	Seizures (numbers and quantities) of cannabis, amphetamines, cocaine and heroin by Customs and Police. 1971–2008.....	106
24.	Lifetime prevalence of drug use among students in year 9 of primary school (age ≈ 16), students in year 2 of secondary school (age ≈ 18) and military conscripts (age ≈ 18). 1971–2009.	112
25.	Past 30 days prevalence of drug use among students in year 9 of primary school (age ≈ 16), students in year 2 of secondary school (age ≈ 18) and military conscripts (age ≈ 18). (Cannabis only for students 1986–1997.) 1971–2009.....	113
26.	Past year prevalence of cannabis use among 16–84-year-olds by gender and age. 2008.	114
27.	Estimated number of persons with heavy drug abuse (1979–1998) and problematic drug abuse (1998–2004).....	119
28.	Trends in the number of drug seizures by Customs and Police, number of persons suspected of drug crimes, number of persons treated in in-patient care for drug-related diagnosis and number of drug-related deaths, per inhabitant. 1987–2008. Index 1987=100.	121
29.	Proportion of persons treated in in-patient care for drug-related diagnosis, by age. Percent. 1987–2008.	122
30.	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.....	125

31.	Number of hospital discharges, number of persons treated and number of persons treated for the first time since 1987 for drug related primary or secondary diagnosis, in-patient care. 1987–2008.	130
32.	Number of clinically reported cases of HCV due to intravenous drug use or other routes of infection. 1985–2008.	131
33.	Number of drug related deaths, underlying or contributory cause of death, by age. 1969–2007.	133
34.	Proportion of 15–16-year-old students reporting lifetime use of any illicit drug by country. 1995–2007.	137

Trends in sniffing

35.	Lifetime prevalence of inhalants use among students in year 9 of primary school (age ≈ 16) and students in year 2 of secondary school (age ≈ 18). 1971–2009.	142
36.	Proportion of 15–16-year-old students reporting lifetime use of inhalants by country. 1995–2007.	148

Trends in doping

37.	Number of seizures by Customs and Police of doping substances and number of persons convicted of doping-related offences. 1993–2008.	152
38.	Number of persons suspected of doping-related offences, by age. 1993–2008.	154

Trends in tobacco use

39.	Sales of cigarettes (numbers) and of other tobacco products intended for smoking (cigars/cigarillos and smoking-tobacco) and snuff (grams) per inhabitant aged 15 or over. 1970–2008.	163
40.	Registered and estimated unregistered cigarette consumption, millions of pieces. 2003–2007.	165
41.	Proportion of students in year 9 of primary school (age ≈ 16) and students in year 2 of secondary school (age ≈ 18) smoking on a daily or almost daily basis. 1983–2009.	167
42.	Proportion of daily smokers in the population (aged 16–84) by gender. 1980–2007.	169
43.	Number of smoking-related deaths in Sweden, by gender. 1955–2000.	174
44.	Proportion of 15–16-year-old students reporting cigarette use during the past 30 days by country. 1995–2007.	176

Gender related differences in drug use

45.	Proportion of 16–84 year olds reporting past year prevalence of cannabis, past year risky drinking habits, daily use of cigarettes or snuff, by gender. (2008)	182
-----	--	-----

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. 1861–2008.	211
2. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2008.	215
3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2008.	216
4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2008, uppdelad på dryckestyp och ursprung.	217
5. Restaurangserveringens andel av den totala registrerade försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2008.	218
6. Prisutvecklingen för spritdrycker, vin och starköl för detaljhandel och servering. 1995–2005.	219
7. Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. December 1984–december 2007.	220

Konsumtionsvaneundersökningar

8. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2009.	222
9. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter dryckestyp och kön. 2004–2009.	223
10. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.	224
11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.	225
12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.	226
13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.	227
14. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2009.	228
15. Berusningsbenägenhet bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter kön. Procent. 2004–2009.	229

16.	Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2006–2008.	230
17.	"Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2006.	231
18.	"Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2006.	232
19.	Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.	233
20.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	234
21.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och blanddrycker i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	235
22.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av sprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	236
23.	Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2008.	236
24.	Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2008.	237
25.	Andelen 16–84-åringar som är berusade en gång i månaden eller oftare, efter kön och ålder. 2004–2008.	237
26.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Olika åldersgrupper, 18–70 år. 1982–2000.	238
27.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000.	239
28.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000.	239

Skadeutvecklingen: fylleri, trafik och olyckor

29.	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 (LOB), efter kön. 1963–2008.	241
30.	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 (LOB), efter län. 1986–2008.	242
31.	Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2008.	244
32.	Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2008.	245
33.	Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2008.	246
34.	Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2008.	247

Skadeutvecklingen: vård, sjuklighet och dödlighet

35.	Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt LVM (tvångsvård) och 6§ Socialtjänstlagen (frivillig vård) den 1 november. 1983–2008.....	249
36.	Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2008.....	250
37.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2008.....	251
38.	Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, efter ålder. 1987–2008.....	252
39.	Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008.	253
40.	Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2007.....	254
41.	Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1992–2007.....	255
42.	Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar. 1960–2007.	256
43.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende. 1960–2007.	257
44.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos. 1960–2007.	258
45.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning. 1960–2007.....	259
46.	Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2007.	260

Internationella aspekter

47.	Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000.	262
48.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 2005.	263
49.	Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003.	264
50.	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.....	266
51.	Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i några europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.....	267
52.	Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i några europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.	268

53. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna, prövat narkotika någon gång, sniffat någon gång respektive rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007..	269
---	-----

Narkotikautvecklingen

Beslagsstatistik

54. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska preparat. 1968–2008.	271
55. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2008.	272
56. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2008.	273
57. Polisens och tullens beslag av kokain. 1974–2008.	274
58. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2008.	275
59. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2008 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2008.	276

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

60. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2009.	278
61. Erfarenhet av narkotika bland elever i gymnasiets åk 2 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 2004–2009.	279
62. Använda narkotikasorter bland elever i gymnasiets åk 2. Procentuell fördelning. 2004–2009.	279
63. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006.	280
64. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 1976–2006.	281
65. Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2008.	282
66. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2008.	282
67. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna, efter kön och ålder. 2004–2008.	283
68. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk 1979, 1992 och 1998.	283

Kriminalstatistik

69.	Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2008.	285
70.	Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2008.	286
71.	Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2008.	287
72.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2008.	288
73.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) fördelat på ålder och kön. 1975–2008.	289
74.	Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelser enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2006.	290
75.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2006.	291
76.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2006.	292
77.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2006.	293
78.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2006.	294
79.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2006.	295

Missbrukare inom kriminalvården

80.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1968–2008.	297
81.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1969–2008.	298
82.	Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2008.	299

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. 1987–2008.	301
84.	Antal personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos fördelat på ålder. 1987–2008.	302
85.	Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008.	303

86.	Samtliga kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C respektive med intravenös smittväg. 1980–2008.	304
87.	Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av hepatit C med intravenös smittväg, per landsting. 1991–2008.	305
88.	Totalt antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda respektive per intravenös smittväg. 1983–2008.....	306
89.	Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av HIV med intravenös smittväg, per landsting. 1985–2008.	307
90.	Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2007.	308
91.	Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod, fördelat på län. 1987–2006.....	309

Snifningsutvecklingen

92.	Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2009.	311
93.	Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 2004–2009.	312
94.	Andelen mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2006.....	313

Dopningsutvecklingen

95.	Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2008.....	315
96.	Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antal personer lagförda för brott (huvudbrott) mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2008.	316
97.	Personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2008.	317
98.	Andel elever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2009.	318
99.	Andel elever i gymnasiets årskurs 2 som använt anabola steroider. 2004–2009.	318
100.	Andel mönstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2006.	319
101.	Andelen 16–24-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.....	320
102.	Andelen 15–75-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.....	320

Tobaksutvecklingen

103. 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. 1970–2008.	322
104. Den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter. 2003–2007.	323
105. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2009.	324
106. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker eller snusar. 2004–2009.	325
107. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2007.	326
108. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2008.	327
109. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 2004–2008.	327
110. Antalet rökningssrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–2000.	327

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

Statistik på alkoholförsäljningen omfattar Systembolagets och restauranger-
nas försäljning samt butikernas folkölsförsäljning. För att få en uppfattning
om den totala konsumtionen måste även privatinförd, smugglad och hemtill-
verkad alkohol läggas till – det vill säga oregistrerad konsumtion – vilken be-
stäms med hjälp av frågeundersökningar.

Alkoholförsäljningen uppgick 2008 till 6,9 liter ren alkohol per invånare 15
år och äldre. Den totala konsumtionen för 2008 beräknades till 9,5 liter.
Mycket av alkoholen som dricks har nuförtiden sitt ursprung i privat införsel
och denna andel bestämdes till 18% 2008. Samma år härrörde cirka 1% från
legal hemtillverkning, 6% från smuggling och hembränning (d v s illegala
källor), 17% från restauranger och livsmedelsbutiker samt 57% från System-
bolaget.

Under 2000-talet nådde alkoholkonsumtionen en historiskt sett hög nivå,
samtidigt som den registrerade försäljningen förblev relativt oförändrad. Mel-
lan 1990 och 2004 fördubblades andelen oregistrerad alkohol. Till viss del
berodde ökningen på ett större inslag av illegal alkohol, men främst handlade
det om ökade mängder privatinförd alkohol. Sedan 2004 har emellertid den
totala konsumtionen sjunkit med 10%, till följd av en minskad andel regi-
strerad alkohol.

Stora förändringar har skett i val av dryckestyper. Under hela efterkrigstiden
har vin stadigt ökat i betydelse och svarade 2008 för 46% av alkoholförsälj-
ningen, räknat i ren alkohol. Även starkölet har länge ökat och svarar sedan
flera år för en klart större försäljningsandel än spriten. Under 2000-talet har
starkölet bidragit till ca 29% av försäljningen. Folkölets försäljningsandel har

Sammanfattning

halverats under de senaste tio åren och utgjorde 9% 2008, vilket ger en summerad ölandel om 38%.

Tar man hänsyn även till den oregistrerade alkoholen sjunker vinandelen till 40% och ölandelen till 37% under 2008 medan spritandelen ökar från 16 till 22%. Öl och vin är således fortfarande betydligt 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.

I CANs årliga undersökning bland elever i årskurs 9 får eleverna svara på flera alkoholrelaterade frågor. För pojkarna i nian kom tidigare den största andelen av konsumtionen från sprit, medan starköl numera är den största 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. Flickors dryckesmönster är alltså mera spritt över olika alkoholtyper än pojkars. Bland de äldre pojkarna på gymnasiet utgör starkölet en ännu större andel än bland dem i nian. Bland de äldre flickorna utgör vinet en större andel av konsumtionen än bland de yngre, blanddrycker och sprit fortsätter dock att dominera flickornas konsumtion.

En samlad bedömning av årskurs 9 elevernas alkoholkonsumtion, är att de under 1990-talet ökade i omfattning. Men efter toppen runt millennieskiftet har en nedgång i skett. Minskningen återfinns hos såväl flickorna som pojkarna. 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. Även vad gäller intensivkonsumtion så ökade den under 1990-talet för att för pojkarnas del sjunka under 2000-talet till att nu ligga på samma nivå som flickornas.

Bland eleverna som går andra året på gymnasiet har konsumtionen sedan 2004 då undersökningen startade, legat relativt stabilt. Inte heller vad gäller intensivkonsumtion går det att se någon tydlig trend ännu. Båda dessa företeelser är emellertid betydligt mer förekommande bland gymnasieeleverna än bland niorna.

Bland niorna har könsskillnaderna minskat sedan millennieskiftet, gymnasieelevernas kortare tidsperiod är svårare att uttala sig om. I gymnasieundersökningen är dock könsskillnader tydligare än i nian. Yngre män dricker mer än yngre kvinnor och när konsumtionstoppen infinner sig runt 20–25-årsåldern 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.

Det begränsade antalet undersökningar bland vuxna gör analyser över tid osäkra då bland annat frågemetoder och åldersintervall skiftar. Det går dock

att se en tendens under efterkrigstiden till en ökad alkoholkonsumtion, inte minst bland kvinnor.

Under 1980- och 1990-talen var alkoholkonsumtionen tämligen oförändrad. Men en ökning går att se vid millennieskiftet. Under 1980-talet var kvinnornas genomsnittliga konsumtion drygt 40% av männens och sedan 1990-talets mitt fram till 2006 har den legat runt 45%.

Några frågeundersökningar pekar på en tendens till ökning av andelen stor-konsumerter av alkohol från 1990-talet till början av 2000-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 – ökade.

På senare år finns ingen tydlig trend, enligt Statens folkhälsoinstitut, har andelen riskkonsumerter, bland 16–84-åringar, legat stadigt på ca 17% bland männen och 10% bland kvinnorna sedan 2004.

En något äldre jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden i Sverige och flera andra länder visar på betydande likheter. Perioden karakteriserades av en tilltagande konsumtion i många delar av världen. 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 bland annat några traditionella europeiska högkonsumtionsländer, som Frankrike, Italien och Spanien där stora minskningar kunde konstateras, framförallt på vinsidan. I Sverige är det tvärtom vinkonsumtionen som ökar under motsvarande period.

Man kan alltså konstatera att konsumtionsutvecklingen gått åt olika håll i de europeiska länderna i fråga (Norge och de femton länder som tidigare utgjorde EU), med resultatet att konsumtionsmönstren tenderat 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 har även inneburit en utjämnning av den alkoholrelaterade dödligheten. Det gäller framförallt dödligheten i levercirrhos som sjunkit i EUs vinländer och ökat i de så kallade ölländerna, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna uppvisat en relativt konstant nivå (för att tydliggöra bygger detta på en statistikserie som avslutades 1995).

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 till exempel

Sammanfattning

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 bland annat 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 sluten 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). Även den alkoholrelaterade dödligheten har legat på en relativt jämn nivå under denna tid. Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen ökat och ligger nu runt 10 liter ren alkohol per invånare 15 år. Under 2000-talet finns även en antydning till en ökning av de alkoholrelaterade dödsfallen.

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 antalet ingripanden ökat något sedan dess.

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 nyttillkomna 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. Brottsförebyggande rådet gör dock bedömningen att det också skett en faktisk ökning av rattfylleriet under åren 1999–2004. Flera faktorer, bland annat minskningen i alkoholkonsumtionen 2006–2007, tyder dock på att den fortsatta ökningen inte är en reell ökning, utan en effekt av det ökade antalet utandningsprov.

Alkoholrelaterade trafikolyckor kan möjligen vara ett mindre känsligt mått på alkohol i trafiken. Under 1990-talet skedde en nedgång av antalet misstänkt alkoholpåverkade vid olyckor med personskada men på 2000-talet har det skett en uppgång, som dock fortfarande inte når upp till nivåerna under konsumtionstoppen på 1970-talet.

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. Ett möjligt problem med att använda slutenvårdsuppgifter som indikator är emellertid att förändringar inom vårdutbudet har inverkan på statistiken.

Mellan 1979 och 2000 sjönk den alkoholrelaterade dödligheten för män, som den mäts enligt Socialstyrelsens diagnosurval, med 29% räknat i standardiserade dödstal. På senare år har dock nedgången hejats och en uppgång om ca 5% noteras sedan 2000, om än inte till 1970-talets nivåer. Även för kvinnorna uppnåddes en relativt hög nivå 1979, men väsentligt mindre markerad och en nedgång med 7% fram till år 2000 går att utläsa. Under 2000-talet har antalet kvinnliga alkoholrelaterade dödsfall dock ökat med 10%.

Även i dödlighetsstatistiken ger männens betydligt större alkoholkonsumtion tydligt utslag, männen har under 2000-talet haft 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 till exempel stigit från 3% under 1970-talets början till ca 12% under 2000-talet. Vidare har andelen kvinnor misstänkta för trafiknykterhetsbrott ökat från 6 till 11% mellan 1984 och 2008. 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. 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 stora mängder narkotika beslagtogs av rättsväsendet, vilket kan tolkas som att det råder en relativt god narkotikatillgänglighet i dagsläget.

Uppgifter om mera tillfällig 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. Under 1980-talet minskade andelen ungdomar som prövat narkotika och uppnådde en låg nivå under andra hälften av årtiondet. Under 1990-talet mer än fördubblades andelen elever i årskurs 9 som prövat narkotika. Samma utveckling noterades även i andra frågeundersökningar. Efter en viss svacka under mitten av 2000-talet svarade år 2009 8% av eleverna i nian och dubbelt så många i de relativt nya undersökningarna i gymnasiets andra år att de prövat narkotika.

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 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) bland ungdomar har i stort sett följt samma trender som livstidsprevalensen. År 2009 uppgav 2–3% av skoleleverna månadsaktuell narkotikaanvändning.

Enligt postenkäter riktade till 16–84-åringar har 10% i befolkningen någon gång prövat cannabis, vilket motsvarar drygt 750 000 personer i åldersintervallet. Bland 18–29-åringarna svarar dubbelt så många att de gjort detta. Cirka 6% i denna åldersgrupp hade använt cannabis under senaste året och 2% senaste månaden, jämfört med 2 respektive knappt 1% bland samtliga tillfrågade.

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är 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. Män i 20–25-årsåldern är den befolkningsgrupp som oftast använder cannabis.

I så gott som alla undersökningar framkommer regionala skillnader. Narkotikaerfarenheter är 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 prövat narkotika någon gång har en sådan bakgrund. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att ungdomar och unga vuxna som prövat 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 prövat narkotika enstaka gånger, och i synnerhet från dem som aldrig prövat narkotika.

Under senare hälften av 1960-talet ökade olika former av narkotikamissbruk påtagligt i Sverige. Perioden kan ses som det moderna narkotikamissbrukets etableringsfas. Tillgängliga data tyder på en viss stabilisering av det allvarligare missbruket under 1970-talets först år. Andra halvan av decenniet uppvisade dock narkotikabrotten och narkotikabeslagen en uppåtgående trend, liksom den injektionsrelaterade hepatitsmitten 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.

Sammanfattning

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.

Andelen kvinnor har legat tämligen stabilt runt en knapp fjärdedel i 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 (ca 90%) 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 ökade däremot och 1998 hade 28% opiater som dominerande drog, jämfört med 15% 1979. Heroinets uppgång kan även spåras i t ex beslag och lagföringar. 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 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.

Under 2000-talet pekar slutenvårdsuppgifter och narkotikadödsfall på att 1990-talets uppgång i narkotikamissbruket bromsats in. Samtidigt var antalen slutenvårdade för narkotikamissbruk högre än någonsin under 2008 och denna statistikälla pekar också på att nyrekryteringen är fortsatt hög. Mest positivt ser det ut beträffande de narkotikarelaterade dödsfallen där utvecklingen bromsats in, vilket kan ha skett till följd av en utökad substitutionsbehandling för opiatmissbrukare, som är den grupp som uppvisar högst överdödlighet.

Samtidigt är uppgången alltså stor för de kriminalstatistiskt relaterade uppgifterna, varför bilden 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, men situationen ser i vart fall inte ut att ha förbättrats relativt 1990-talet. Tvärtom pekar flera relevanta indikatorer på ett ytterligare förvärrat läge de allra senaste åren.

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 även att butangas och aerosoler används.

Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 skedde en markant minskning av sniffningen i slutet av 1970-talet, nedgången fortsatte även i viss mån 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.

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

Alltsedan tidigt 1970-tal har det varit 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.

Bland skoleleverna i årskurs 9 uppger de som sniffat att de i högre grad skolkar och upplever otrivsel i skolan. Dessutom var det, 2009, något vanligare med vandalism i bostadsområdet bland dem som sniffat. Även bland de äldre ungdomarna i gymnasiet återfanns dessa skillnader, de var dock inte lika tydliga.

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 flera 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 spridits till andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym. Ungefär samma beskrivning återfinns i SOU 2008:120 där det sägs att dopningsmissbruk utanför sporten främst återfinns bland kroppsbyggare och kriminella. Som en reaktion på spridningen infördes 1992 Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel och denna utökades 1999 till att även omfatta konsumtion, samtidigt som straffsatserna också höjdes. Allra vanligast av de förbjudna preparaten är anabola androgena steroider (AAS), vanligen kallade anabola steroider.

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar under 1990-talets första hälft har omkring 1% av yngre manliga respondenter svarat att de någon gång prövat AAS. Storleksordningen är i linje med ungdomsundersökningar i flera europeiska länder, men något lägre jämfört med exempelvis USA och vissa länder i Östeuropa.

I och med att få respondenter i frågeundersökningar uppger erfarenhet av anabola steroider genererar sådana studier inget säkert underlag för att bedöma omfattningen av mera aktuell eller regelbunden användning. Om man utgår från livstidsprevalensen av dopningsmedel i den mest aktuella nationella befolkningsstudien från 2008 bland 18–50-åringar och ponerar att kvoten mellan att ha prövat någonsin respektive ha använt senaste året är densamma för dopning som för narkotika (beräknad utifrån 2008 års folkhälsoenkät) skulle detta innebära att ca 2 500 personer (huvudsakligen män) i det aktuella åldersintervallet har använt anabola steroider under senaste 12 månadersperioden. Beräkningen bygger dock på en rad antaganden och får betecknas som spekulativ.

Erfarenhet av tillväxthormon är mer sällsynt, likaså är det ovanligt att kvinnor rapporterar erfarenhet av hormondopningsmedel. Det har bland ungdomar konstaterats 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 me-

dan mängderna också ökat. Av kriminalstatistiken framgår att antalet lagförda för dopningsbrott följt samma utveckling sedan detta år. Cirka 60% av alla misstänkta för dopningsbrott är i 20–29-årsåldern och bara några enstaka procent är kvinnor. Detta överensstämmer relativt väl med den bild som framkommer i befolkningsstudierna.

När kriminalstatistiska uppgifter används bör det dock beaktas att lagstiftningen rörande dopningsbrott skärpts medan statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper successivt har förbättrats genom åren. Även ändrade prioriteringar inom rättsväsendet kan påverka utvecklingen av dessa uppgifter. Också narkotikabeslagen har ökat kraftigt sedan 1990-talets början utan att detta tas som intäkt för att narkotikakonsumtionen ökat i motsvarande grad.

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

Tobaksutvecklingen

I början av 1900-talet var snus och piptobak 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 mer än en halvering inträffat; 2008 såldes runt 770 cigaretter per person 15 år och äldre. När man med hjälp av SoRAD ser till den totala cigarettkonsumtionen, försäljningen inklusive smuggling och privat införsel, så blir konsumtionen per person något högre, men den följer samma utveckling (sedan 2003 då mätningen startade).

I linje med den vikande cigarettförsäljningen har konsumtionen i befolkningen gått ned. För över 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. Men därefter har det alltså skett en nedgång i rökningen, i synnerhet bland männen; 2007 var andelen dagligrökande män 13% medan motsvarande andel bland kvinnorna var 15%.

Sammanfattning

Rökning har med tiden således 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 den 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. Sedan 1990-talets första hälft har en nedgång skett till 9% bland pojkarna och 12% bland flickorna, 2009. Trots en uppgång under de senaste åren har dagligrökning de senaste sju åren inte varit ovanligare sedan frågan infördes 1983. I gymnasiets andra årskurs svarar, i genomsnitt de fem senaste åren, 10 respektive 17% att de röker dagligen.

År 2000 uppskattades enligt en internationell studie rökningen kräva drygt 8 000 liv i Sverige. Mönstret för utvecklingen av rökningssrelaterade 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.

Snusförsäljningen ökade stadigt mellan 1970 och 2002 – från cirka 400 till 920 gram per år och invånare 15 år och äldre. Därefter har försäljningen stabiliserats med en nedgång de senaste två åren, 2008 uppgick försäljningen till 690 gram.

En ökning går även att se vad gäller konsumtionen. Enligt ULF-undersökningarna var 17% av männen dagligsnusare i slutet av 1980-talet. Andelen har sedan dess ökat något för att 2007 sjunka till 21%. Andelen kvinnor var 1% 1988/89 och uppmättes till 4% 2007. Bland mönstrande 18-åriga män ökade snusandet något under åren 2000–2006.

Även bland skolelever är snusning fortfarande mycket vanligare bland män än bland kvinnor. Bland eleverna i årskurs 9 svarar 15% av pojkarna och 4% av flickorna att de snusar 2009. För pojkarnas del är det den lägsta andelen under hela undersökningsperioden. Snusandet bland flickorna har fram till 2006 ökat mer eller mindre konstant, för att de tre senaste åren minska något. I tvåan i gymnasiet snusade i genomsnitt drygt en fjärdedel av männen och 10% av kvinnorna under åren 2004–2009.

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 men det är till exempel vanligare att snusa bland män i arbetaryrken än i tjänstemannayrken.

Bland ungdomar i nian och gymnasiet är det i 2009 års undersökning vanligare att de som röker skolkar och i årskurs 9 även något vanligare med otrivsel i skolan. Det var även vanligare bland dem som snusar att skolka ett par gånger i månaden i både årskurs 9 och gymnasiets andra år jämfört med dem som inte snusar.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

I detta kapitel belyses könskillnader 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 daglig-/nästan dagligrökning finns skillnader mellan män och kvinnor redan i skolåldern och här är det i stället kvinnorna som är överrepresenterade.

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 har pojkars och flickors intensivkonsumtionsnivåer och alkoholkonsumtion närmast sig 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, 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.

Drug Trends in Sweden 2009

Summary

This is the English version of the summary of the 2009 edition of the annual report on drug trends in Sweden carried out by the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Today there is 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

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.

In 2008, alcohol sales amounted to 6.9 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 or older. Total consumption in 2008 is estimated at 9.5 litres. Much of the alcohol consumed nowadays comes from private imports, whose proportion was found to be 18 per cent in 2008. In the same year, about 1 per cent derived from legal home production, 6 per cent from smuggling and illicit home distilling (i.e. illegal sources), 17 per cent from restaurants and grocer's shops, and 57 per cent from the retailing monopoly.

In the 2000s, alcohol consumption reached a historically high level, even though recorded sales remained relatively unchanged. Between 1990 and 2004, the proportion of unrecorded alcohol doubled. While part of this increase was due to a rising proportion of illegal alcohol, the main reason was growing volumes of private imports. Since 2004, however, total consumption

Summary

has fallen by 10 per cent as a result of a shrinking proportion of unrecorded alcohol.

There have been major changes in beverage preferences. Wine has been steadily growing in importance ever since the Second World War, accounting for 46 per cent of all alcohol sales (measured in pure alcohol) in 2008. 'Strong beer' (alcohol content > 3.5 per cent by volume) has also long had a rising trend; for several years now it has accounted for a clearly larger proportion of sales than spirits. In the 2000s, strong beer has contributed about 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 2008. The total proportion for beer was thus 38 per cent.

If unrecorded alcohol is taken into account, the proportions in 2008 for wine and beer fall to 40 and 37 per cent, respectively, while spirits increase their proportion from 16 to 22 per cent. In other words, beer and wine remain much more common than spirits even when unrecorded consumption is considered. It can be concluded that, since the 1990s, Sweden has been a 'beer-and-wine country' instead of a 'spirits country'.

Respondents in CAN's annual survey of ninth-year school pupils (aged 15–16) are asked several questions about alcohol. Ninth-year boys used to obtain the largest proportion of their consumption from spirits, but strong beer is nowadays the single largest category of beverage. Among girls of the same age, the proportion of pure alcohol contributed by spirits has fallen slightly in the past ten years but this type of beverage remains in first place, even though pre-mixed beverages (alcopops, wine coolers, etc.) are now a very close second. Girls' drinking habits thus show a more even spread across beverage types than those of boys. Among slightly older boys – those in their second year of upper-secondary school (aged 17–18) – strong beer accounts for an even larger proportion than among ninth-year boys. As regards 17–18-year-old girls, wine makes up a larger proportion of their alcohol consumption than it does in the younger age group, but pre-mixed beverages and spirits remain the dominant types of beverage among slightly older girls as well.

By way of an overall assessment of ninth-year pupils' alcohol consumption, it can be said that volumes increased during the 1990s but have fallen after peaking near the turn of the millennium, among boys as well as girls. Boys' consumption has fallen slightly more than girls' since the peak, but it should be mentioned in this context that the increase in 1995–2000 was stronger among boys. Intensive alcohol consumption also increased in the 1990s. Since then, the trend for boys has gone downwards such that both sexes are now equally prone to engage in intensive consumption.

As regards second-year pupils at upper-secondary schools, consumption has been relatively stable since 2004, which was the first year of the survey. It is

also not yet possible to discern any clear trends for intensive consumption. However, 17–18-year-olds are much more likely than 15–16-year-olds both to drink alcohol and to do so intensively.

Among ninth-year pupils, differences between the sexes have shrunk since the turn of the millennium. It is more difficult to tell what trends may have been like among upper-secondary pupils during the shorter period covered. Even so, the gender gap is clearer in the upper-secondary survey than in the ninth-year one. Young men drink more than young women: when consumption peaks in the early 20s, men drink more than twice as much. From about 25 years of age, men's consumption then falls as they grow older while that of women rather stabilises at a lower level.

Surveys of adults are not only few in number but also used different methods to ask questions and covered different age groups, meaning that any analysis over time will be uncertain. Notwithstanding this, it is possible to discern a tendency since the Second World War for alcohol consumption to increase, not least among women.

In the 1980s and 1990s, alcohol consumption was fairly stable. However, an increase can be seen at the turn of the millennium. In the 1980s, women's average consumption was just over 40 per cent of men's; from the mid-1990s until 2006 it has been about 45 per cent.

A few questionnaire surveys point to a trend for the proportion of high consumers of alcohol to have increased from the 1990s to the early 2000s. This trend applies to both men and women, and to 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 indicate that the number of 'intensive-consumption occasions' – i.e. consuming at least the equivalent of a bottle of wine on a single occasion – also increased.

In recent years there has been no clear trend. According to the National Institute of Public Health, the proportion of at-risk consumers among 16–84-year-olds has remained stable since 2004 at about 17 per cent of men and 10 per cent of women.

A slightly older comparison of alcohol-sales trends during the post-war period in Sweden and a number of other countries reveals important similarities. 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

Summary

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 have moved in different directions in the European countries in question (Norway and the 15 countries which until half a decade ago made up the European Union), 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 has also brought about a convergence of alcohol-related mortality. This is true in particular of liver-cirrhosis mortality, which has fallen in the 'wine countries' of the European Union and risen in the 'beer countries' while Norway, Finland and Sweden, taken together, manifest a fairly stable level. (It should be noted that the above is based on a statistical series which was discontinued in 1995.)

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, there is thus a link between consumption trends and harm trends.

After 1976 sales began to fall, and a few years later the increase in alcohol-related mortality stopped 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 older). Alcohol-related mortality was also fairly stable during this period. In the 2000s, alcohol consumption has increased and is now about 10 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 or older. There is also a suggestion of a rise in alcohol-related deaths during the current decade.

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 number of arrests has since increased slightly.

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 by the way in which the police have allocated their resources. Moreover, despite this rise, the number of reports is still lower than the record levels seen in the early 1990s. Even so, the National Council for Crime Prevention is of the opinion that drunk driving actually increased in 1999–2004. However, several factors, including the fall in alcohol consumption in 2006–2007, indicate that the continued increase is in fact not a real one but an artefact caused by the increase in the number of breathalyser tests performed.

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. The number of persons involved in road-traffic accidents leading to personal injury who were suspected of being under the influence of alcohol fell in the 1990s but has been rising in the 2000s even though the levels seen around the consumption peak in the 1970s have yet to be reached.

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. One possible problem associated with the use of in-patient data as an indicator, however, is that the statistics are influenced by changes in the range of services offered.

Between 1979 and 2000, alcohol-related standardised mortality in men – as measured according to the diagnostic categories chosen by the National Board of Health and Welfare – fell by 29 per cent. In recent years, however, the fall has stopped and a rise of about 5 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, and had then fallen 7 per cent by 2000. In the 2000s, though, there has been a 10 per cent increase in the number of female alcohol-related deaths.

Mortality statistics also clearly reflect the fact that men drink much more. In the 2000s, alcohol-related mortality has been about four times higher in men than in women. At the same time, however, the gender gap has shrunk as a consequence of increased female consumption.

Summary

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 about 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 2008. And women have become more numerous 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 trend in the 2000s; signs of improvements are exceptional. However, the picture varies depending on the year chosen as a starting point for comparisons. In some cases, a change for the worse in fact basically amounts to a return to previous levels.

For several indicators, though, it can be noted that measurable alcohol harm does not seem to have increased at the same rate as consumption. This may be due to a 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. 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 those 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 to ensure 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 influenced by factors such as changes in laws and their application and changes in the focus and resources of drug-enforcement agencies, addiction services, 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 large 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.

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.

There are national data since 1971 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 who had ever tried illegal drugs fell during the 1980s, reaching a low level in the second half of that decade. In the 1990s, the proportion of ninth-year pupils (aged 15–16) who had tried illegal drugs more than doubled. Similar trends were observed in other survey populations. After a slight dip in the mid-2000s, 8 per cent of ninth-year pupils and twice as many in the relatively new survey of second-year pupils at upper-secondary schools (aged 17–18) claimed in 2009 that they had tried illegal drugs.

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 among young people. If illegally used pharmaceuticals (most often benzodiazepine-type sedatives or tranquillisers) are included, however, they are at least as common as ecstasy and amphetamine.

Among young people, current use (30-day prevalence) has largely followed the same trends as lifetime prevalence. In 2009, 2–3 per cent of school pupils reported having used illegal drugs in the past 30 days.

According to postal surveys of 16–84-year-olds, 10 per cent of the general population have tried cannabis at least once. This corresponds to just over 750,000 people in the age range concerned. Among 18–29-year-olds, twice as many claim to have tried cannabis. In this age group, last-year prevalence of cannabis was 6 per cent and 30-day prevalence was 2 per cent, as against 2 per cent and less than 1 per cent, respectively, for all respondents.

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. Men in their early 20s are the most frequent cannabis users of all.

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

Summary

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. Even so, 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 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, various forms of drug abuse increased strongly in Sweden. This period can be seen as the establishment phase of modern drug abuse. Available data indicate a certain stabilisation of the more serious forms of abuse 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 means having injected illegal drugs in the past twelve months (regardless of frequency) or having engaged in 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 services, produced 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. The average age of users 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 estimate of the extent of heavy drug abuse based on in-patient data was updated in 2004, at which point the number of heavy drug abusers was found to be around 26,000 – that is, a return to the 1998 level.

The proportion of women has been fairly stable, at slightly less than one-fourth, in the studies 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 un-

der-represented as regards (known) criminal behaviour but over-represented as regards consumption of health-care services.

The vast majority (about 90 per cent) of those whose abuse was classified as 'heavy' in those 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 primary drug. Heroin, on the other hand, has gained in importance: 28 per cent reported it as their primary drug in 1998, as against 15 per cent in 1979. The rise for heroin is also reflected, for instance, in seizures and prosecutions. Most heavy drug abusers were said to abuse alcohol as well. The studies indicate an increase in the prevalence of poly-drug use, and the available indicators appear 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 heavier forms of illegal-drug abuse are concentrated in the major urban areas.

Comparison of the available indicators – i.e. 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.

In the 2000s, in-patient data and statistics on drug-related deaths indicate that the rise in illegal-drug abuse seen in the 1990s has slowed down. The number of people receiving in-patient care for illegal-drug abuse, however, was larger than ever before in 2008, and this source of statistics also indicates that the rate of new recruitment remains high. The most positive message concerns drug-related deaths, where the trend has slowed down, possibly as a result of the expansion of substitution treatment for opiate addicts – the group whose excess mortality is highest. At the same time, however, increases in criminal-justice indicators remains large, meaning that the picture is not entirely uniform. Part of the reason why criminal-justice statistics are still on the rise may be that the police are stepping up their anti-drug efforts.

Taken together, then, it is not a particularly easy task to make a statement about the development of heavy drug abuse in recent years, but the situation at least does not seem to have improved compared with the 1990s. On the contrary, several relevant indicators point to a further deterioration in the past few years.

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 late 1970s; the fall then continued to some extent in the 1980s. Around 1990, experience of sniffing was fairly uncommon: 5 per cent of pupils then claimed to have tried it. Ten years later that proportion had doubled, but in the 2000s sniffing has abated again.

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.

Ever since the early 1970s, sniffing experience has 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 populated areas. Sniffing experience – at least nowadays – thus seems to be rather evenly spread across Sweden.

Ninth-year pupils who have sniffed claim more frequent truancy and greater dislike for school than their peers. In 2009, having engaged in acts of vandalism in one’s residential area was also slightly more common among sniffers. Such differences could be seen among older pupils (aged 17–18) as well, even though they were less marked in that age group.

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 illegal-drug abusers reported solvents among the substances they used. 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 sport but had spread to other sectors of

society, including body-builders and people who work out at gyms. A similar description is given in a 2008 government report where it is stated that outside the world of sport, doping is found mainly among body-builders and criminals. As a response to the spread of doping, a law prohibiting certain doping substances came into force in 1992. In 1999 its scope was extended to cover consumption and the sanctions were made more severe. The most commonly used type of illegal substance is anabolic-androgenic steroids (AAS).

Ever since questions about doping first began to be asked in various nationwide representative surveys in the first half of the 1990s, about 1 per cent of young male respondents have claimed to have used AAS at least once. The prevalence of AAS use in Sweden is similar to that identified by youth surveys in several other European countries but slightly lower, for instance, than that found in the United States and certain countries in eastern Europe.

Given that the proportion of survey respondents claiming to have experience of AAS is so small, such studies do not provide a solid basis for assessing the extent of current or regular use. If one takes as one's starting point the lifetime prevalence of doping substances among 18–50-year-olds as measured in the most recent national population survey (carried out in 2008) and then assumes that the ratio between the number who have ever tested and the number who have used in the past year is the same for doping as for illegal drugs (calculated on the basis of the 2008 public-health survey), then one arrives at an estimate according to which about 2,500 people (mainly men) in the age range concerned will have used AAS in the past twelve months. However, this estimate is based on a series of assumptions and must be considered speculative in nature.

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 charged with doping offences has had a similar trend over the same period. About 60 per cent of people suspected of doping offences are in their 20s and only a few per cent are women, which reflects the picture emerging from population studies rather well.

Whenever criminal-justice data are used, however, it should be kept in mind that the legislation on doping offences has been made stricter while statistical

Summary

and reporting procedures, training and knowledge have progressively improved over the years. Moreover, changed priorities in the criminal-justice system may also influence the development of such data. It should be noted by way of example that the large increases in seizures of illegal narcotic drugs since the early 1990s have not been taken to indicate a corresponding increase in consumption.

Even so, 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 over this period. However, it is harder to substantiate, based on the existing surveys, any claim that it has become more common for young people and young adults to try hormonal-doping substances. Finally, it can be noted that experience of hormonal doping is actually rather infrequent. Comparison of reported experience of AAS and illegal drugs shows, depending on the 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’ (or *snus*) 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 older. After the war, however, annual cigarette sales increased, peaking in 1976 at about 1,800. Since then, sales have more than halved; in 2008, about 770 cigarettes were sold per inhabitant aged 15 or older. If the total consumption of cigarettes (i.e. including smuggled and privately imported ones) is taken into account using data from the survey carried out by the Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD) at Stockholm University, the absolute level per person is slightly higher but the trend is the same (since 2003, when the SoRAD survey began).

In line with shrinking cigarette sales, consumption has fallen in the general population. Just over half a century ago, smoking was more common among men: 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, as just mentioned, there has been a fall, particularly among men. In 2007, the proportion of daily smokers was 13 per cent for men and 15 per cent for women.

Over time, in other words, smoking has come to be 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 older; 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. Since the first half of the 1990s it has been falling, reaching levels of 9 per cent for boys and 12 per cent for girls in 2009. As regards daily smoking, despite a rise in recent years the levels seen in the past seven years are the lowest ever recorded since the question about daily smoking was introduced in 1983. Among second-year upper-secondary pupils (aged 17–18), the average proportions of self-reported daily smokers have been 10 per cent for boys and 17 per cent for girls over the past five years.

In 2000, an international study estimated that smoking claimed the lives of just over 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.

Annual sales of moist snuff (*snus*) rose steadily between 1970 and 2002 from about 400 to 920 grams per inhabitant aged 15 or older. Since then sales have first stabilised and then fallen in the past two years; the level was 690 grams in 2008.

It is also possible to see an increase in consumption. The survey of living conditions (ULF) carried out by Statistics Sweden shows that 17 per cent of males took snuff daily at the end of the 1980s. Since then this proportion has increased slightly before falling back to 21 per cent in 2007. The proportion of female snuff-takers was 1 per cent in 1988/89, rising to 4 per cent in 2007. Among 18-year-old male conscripts, the proportion of snuff-takers grew somewhat in 2000–2006.

Snuff-taking remains a distinctively male habit at school, too. Of ninth-year pupils in 2009, 15 per cent of boys and 4 per cent of girls claim to have this habit. For boys, this is the lowest figure recorded since the survey began. Snuff-taking among girls increased more or less constantly until 2006, but in the past three years it has fallen slightly. Among second-year upper-secondary pupils, an average of just over one-fourth of boys and 10 per cent of girls were snuff-takers in the 2004–2009 period.

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 gra-

Summary

dient 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 habits, however, socio-economic variables are less important even though, for example, male blue-collar workers are more likely than male white-collar workers to take snuff.

Among young people in the ninth year of compulsory school and the second year of upper-secondary school, the 2009 survey shows that smokers are more likely to play truant and, in year 9, slightly more prone to dislike school. What is more, snuff-takers in both age groups are more likely to play truant a couple of times a month than those who do not take snuff.

Gender differences in drug habits

This chapter sheds light on differences between the sexes in alcohol use and experience of illegal drugs, in everyday smoking and snuff-taking, and in the less frequent phenomena of doping and sniffing. For almost all of the issues dealt with in this report there are differences between males and females, sometimes minor and sometimes major. These differences remain when the population is broken down by age.

To sum up, it can be said that men are over-represented as regards experience of illegal drugs and consumption of alcohol; they are also over-represented among people with risky alcohol habits and heavy drug abuse; and they are more likely than women to have been involved in sniffing at least once and to have used a doping substance.

The differences between males and females in relation to both alcohol and illegal drugs are apparent early on – according to the surveys of ninth-year pupils (aged 15–16) and other studies – but become clearer at upper-secondary age (17–18 years). Differences between the sexes in daily/near-daily smoking can also already be seen in ninth-year pupils; here, for once, it is girls who are over-represented.

In addition to the fact that men drink more alcohol than women, men are also over-represented as regards drinking for the purpose of intoxication and at-risk consumption of alcohol. However, there are signs that some of the differences are beginning to disappear. In the surveys of ninth-year pupils, boys' and girls' levels of intensive and overall alcohol consumption have been approaching each other, and surveys of the adult population also show differences in consumption between the sexes tapering off.

In the adult population, the youngest individuals, above all the males, account for the highest level of alcohol consumption and the largest proportion

of at-risk consumers. Younger people also have the highest level of current experience of illegal drugs, and males stand out here as well. A larger proportion of men than women report current use of illegal drugs (only true of cannabis in more recent studies) and claim to have used illegal drugs at least once. What is more, men account for the majority of heavy drug abusers in all studies carried out so far.

Alkoholutvecklingen

Inledning

Alkohol har en lång tid varit ett inslag i den svenska kulturen. I det här kapitlet belyses hur alkoholutvecklingen sett ut över tid. För att kunna göra det används många olika statistikkällor, vissa är långa serier och andra av mer tillfällig karaktär men samtliga är med för att skapa en så bra helhetsbild som möjligt av alkoholutvecklingen.

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. Därför inleds 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. Vad som finns att tillgå är data om alkoholrelaterade skador och problem förknippade med alkoholkonsumtion, det vill säga indikatorer på skadeutvecklingen. Dessa uppgifter är inte bara av intresse ur skadeutvecklingssynpunkt utan har även ett värde i sig, till exempel för att spegla området alkohol i trafiken. 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

Viktiga historiska händelser och beslut

Alkoholen har länge varit föremål för regleringar i Sverige. Redan under 1600-talet fanns det regleringar, då var det främst med statsfinansiella motiv. Det var först i mitten av 1950-talet som prisinstrumentet fick en mer alkoholpolitisk betydelse (SOU 1994:24). I detta avsnitt redovisas kortfattat viktiga alkoholpolitiska händelser och beslut från och med den tid vi har en någorlunda tillförlitlig försäljningsstatistik, d v s från 1800-talets mitt och framåt, med en fylligare beskrivning av de senaste två 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 – 49% röstade för och 51% 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 kampanj 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.
- 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** 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 s k svartspirit kriminaliseras.
- 2001** En alkoholpolitisk handlingsplan antogs under våren och Alkoholkommittén bildas med uppgift att implementera denna. Sedan 1 juli samma år håller systembutikerna öppet på lördagar i hela landet, efter föregående regional försöksverksamhet. Den 1 december sänktes vinskatten så att öl och vin beskattas mera jämnt.
- 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 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 lagändringar (proposition 2004/05:126) som trädde i kraft 1 juli.

Alkoholutvecklingen

- 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 i januari 2010 ska en utvärdering presenteras.
- 2007** I oktober 2007 slår EG-domstolen fast att Sveriges förbud mot införsel av alkohol via Internet strider mot EUs lagstiftning och är ett handelshinder.

Alkoholpolitiska händelser 2008–2009

Enligt gällande EG-direktiv ska öl och vin beskattas på samma sätt, från och med 1 januari 2008 höjdes därför skatten på öl medan vinskatten sänktes. Samma år 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 en samordningsfunktion för regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande politik skulle inrättas. Denna består bl a av ANDT-sekretariatet vars huvudsakliga uppgift är att ta fram ett årligt åtgärdsprogram för området.

I alkohollagsutredningen som presenterades i mars 2009 föreslogs bland annat att kravet på köksutrustning och lagad mat ska få en annan utformning så att till exempel sushi- och vegetariska restauranger ska kunna få tillstånd att servera alkohol.

Försäljningsutvecklingen

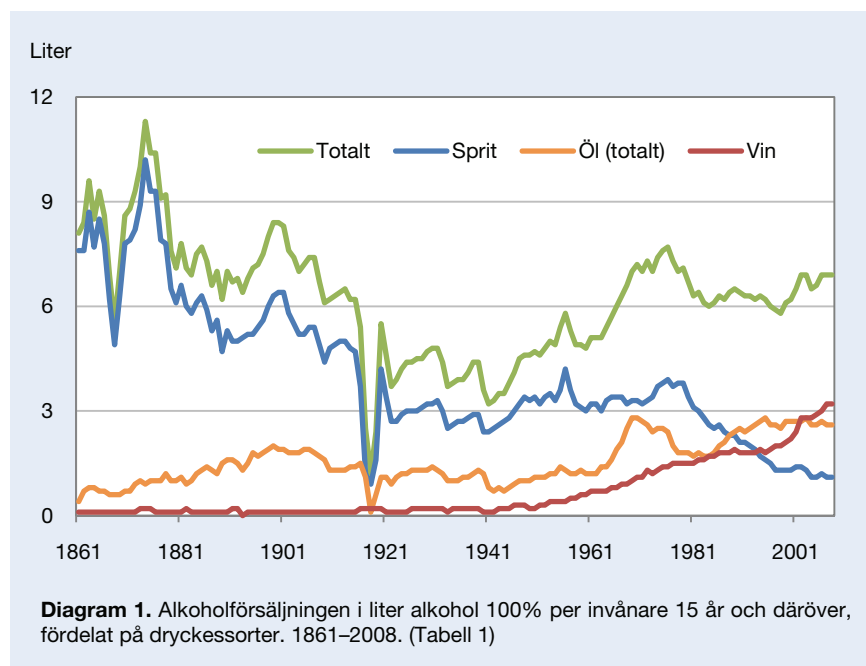
Alkoholförsäljningen används som en indikator på den totala konsumtionens storlek och på förändringar i denna. Statens folkhälsoinstitut ansvarar för att sammanställa och redovisa statistik över Systembolagets och restaurangernas alkoholförsäljning, liksom folkölsförsäljningen i livsmedelsbutiker.

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 bland annat SoRAD¹.

I diagram 1 redovisas försäljningen² 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.

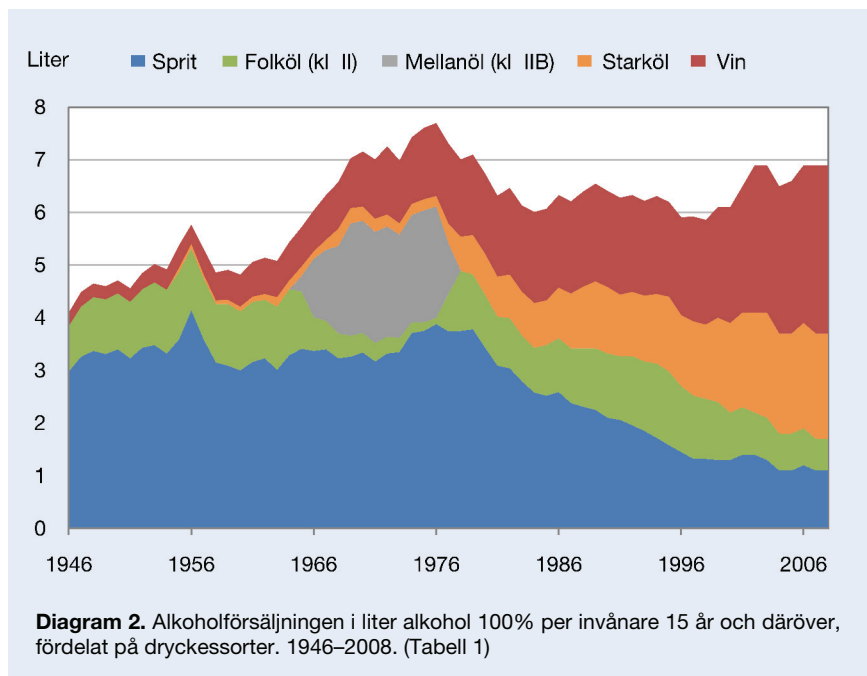
Som framgår var försäljningen relativt hög under de fyra sista decennierna av 1800-talet, i genomsnitt åtta liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver. Nedgången på 1860-talet var främst en följd av missväxt och lågkonjunktur medan konsumtionen därefter steg under den högkonjunktur som följde med 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, det vill säga före brännvinsförordningen från 1855 och stoppet för husbehovsbränningen 1860, uppskattar författaren en-



¹ Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet.

² Statistik och text över regional försäljning finns i tidigare upplagor av *Drogutvecklingen i Sverige*. Detta ingår dock inte i årets upplaga.

Alkoholutvecklingen



bart 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.

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 välbstånd 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 6 liter, vilket lördagsstängningen 1982 även torde ha bidragit till. Mellan

1998 och 2003 ökade dock den totala volymen med närmare 20% (från 5,8 till 6,9 liter ren alkohol). De två påföljande åren sjönk försäljningen något men de tre senaste åren har den återigen uppgått till 6,9 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 2008 är spritandelen nere i 16%. I absoluta tal räknat inleddes dock inte nedgången förrän 1980.

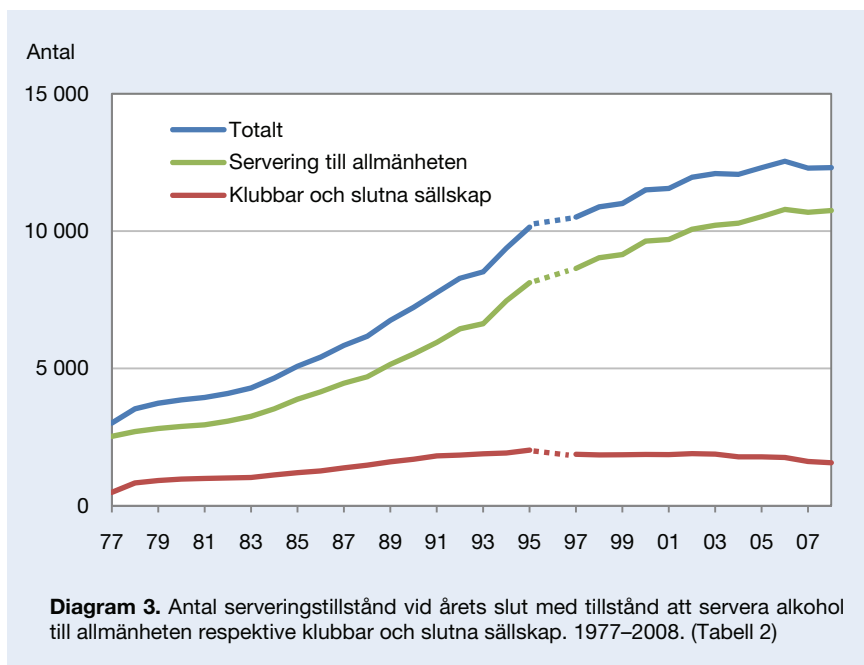
Under hela efterkrigstiden har vin ökat i betydelse och 2008 svarade vin för 46% av försäljningen. Även starkölet svarar sedan flera år för en klart större andel än spriten och 2008 bidrog denna dryck till 29% av försäljningen. Folkölets andel av totalförsäljningen har halverats under de senaste 10 åren och utgjorde 9% 2008.

Restaurangförsäljning

Mellan 1977 och 1999 ökade andelen restaurangförsäld alkohol (sprit, vin och starköl) från 5 till 21% – räknat i ren alkohol på den kända försäljningen (tabell 5). Därefter har restaurangkonsumtionens andel sjunkit något, till 16% 2008.

Fram till 1996 ökade andelen starköl som dracks på restaurang, men därefter har starkölsandelen gått tillbaka. I mitten på 1990-talet dracks 46% av all (registrerad) starköl på restaurang, 2008 var motsvarande siffra 28%. Andelen vin som konsumeras på restauranger har ökat något sedan 1977 och har sedan legat på en jämn nivå (drygt 10%) alltsedan 1996. För spriten gäller att dess andel ökat, från runt 3% under 1980-talet till 17% 2008.

Att en större andel alkohol kommit att säljas på restauranger hänger samman med att antalet serveringstillstånd har ökat sett på lång tid, en utveckling som redovisas i diagram 3. Antalet tillstånd var ca 3 000 år 1977 och uppgick till drygt 11 000 år 1999. Antalet tillstånd har fortsatt att öka även under 2000-talet, trots att restaurangernas andel av den totala försäljningen har gått tillbaka sedan 1999. En anledning till restaurangernas minskade försäljningsandel kan bero på att realpriserna på alkohol ökat på restaurang och samtidigt sjunkit i detaljhandeln (Statens folkhälsoinstitut 2006).



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).

Statens folkhälsoinstitut (2008) redovisar ett prisindex för spritdrycker, vin och starköl med 1995 som startår (tabell 6). Här syns tydligt sänkningen av starkölskatten 1997 och sedan dess har ölpriset enligt indexet fortsatt att sjunka. Skattesänkningen 2001 för vin syns även den, om än inte lika tydligt, och vinpriset har sedan sänkningen fortsatt att sjunka något. Utvecklingen för spritpriset ser över tid stabil ut, men i början på 2000-talet kan man se en puckel.

Systembolaget redovisar en indexerad utveckling av realpriset för alkohol under en längre period, december 1984 till december 2007 (tabell 7).

Jämför man dessa två index finner man att prisutvecklingen för sprit beskrivs likartat 1995–2005, folkhälsoinstitutets index uppvisar emellertid något större nedgångar för vin respektive starköl under perioden jämfört med System-

bolagets index³. Med ledning av dessa två index är det hursomhelst uppenbart att de reala öl- och vinpriserna sjunkit i Sverige.

Som nämndes i förra stycket har alkoholpriserna i servering ökat samtidigt som priserna i detaljhandeln har sjunkit. Detta går bland annat att se i tabell 6 där priset på vin är det som ökat mest under perioden. Vad gäller sprit är de sjunkande priserna i detaljhandeln och ökande priserna i serveringen tydligast under 2000-talet. Eftersom indexet för starkölspriset i servering bara är jämförbart bakåt till 2003 är den utvecklingen mer svårtydd. En trolig slutsats, trots ny redovisningsteknik, är dock att starkölen i servering inte har haft samma sjunkande prisutveckling som i detaljhandeln.

Oregistrerad och total alkoholkonsumtion

Under åren har olika försök gjorts för att komplettera den kända försäljningen med uppgifter om andra inkaffningskällor 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 storkonsumerter och dessa justeringar höjer den uppskattade totalkonsumtionen med 3–4% (Andréasson och Allebeck 2005). Trots att olika problem är förknippade med denna metod bedöms mätningarna⁴ ge en bra bild av utvecklingen.

För 1989 har den oregistrerade konsumtionen i efterhand uppskattats till ca 1,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. År 1996, under det andra året av det svenska EU-medlemskapet, ökade skattningen till 2,1 liter. En kraftig ökning av den oregistrerade konsumtionen ägde rum mellan 2000 och 2004, från 2,2 till 4,0 liter ren alkohol (diagram 4). Sedan toppnoteringen 2004 har den oregistrerade konsumtionen minskat till 2,4 liter år 2008.

Under 1990-talet låg den totala alkoholkonsumtionen runt 8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, dvs nästan två liter högre än den registrerade försäljningen. Detta betyder vidare att den svacka som syntes i försäljningen 1995–1999 inte speglade konsumtionsutvecklingen. För 2008 har konsum-

³ I Systembolagets realprisindex (tabell 9) räknas dock cider och blanddrycker in i kategorin vin, vilket kan påverka indexet och försvårar jämförelsen.

⁴ KALK-undersökningen (Kühlhorn et al 2000) kan sägas utgöra grunden för de nuvarande mätningarna men se även Leifman et al 2000, Leifman och Gustafsson 2003 samt SOU 2004:86.

Alkoholutvecklingen

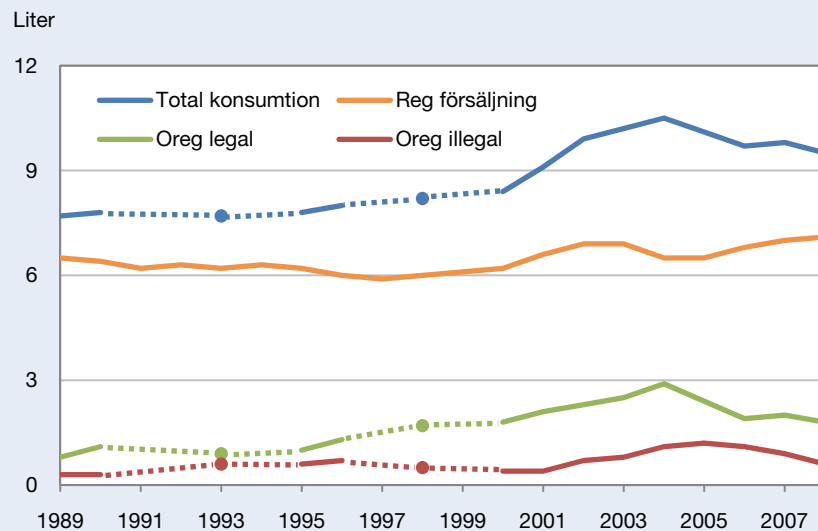


Diagram 4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2008. (Tabell 3)

tionen beräknats till 9,5 liter ren alkohol⁵. Detta innebär att den totala konsumtionen sjunkit med 1 liter sedan 2004 (från 10,5 till 9,5 liter 100% alkohol).

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 2008 utgjorde den illegala delen av den oregistrerade konsumtionen en fjärdedel (0,6 av totalt 2,4 liter).

Av den totala konsumtionen utgjorde andelen registrerad alkohol 2008 74% och andelen oregistrerad således 26%. I tabell 3 anges ett uppskattat värde för andelen oregistrerad konsumtion 1976 (då den registrerade konsumtionen var som högst) och den oregistrerade konsumtionen var då endast 12%.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 4 framkommer att 2008 härrörde 6% av alkoholkonsumtionen från illegala källor⁶ medan cirka 1% var legalt hemtillverkad. Restauranger och livsmedelsbutiker sålde 17% av

⁵ Viktigt att nämna här är att SoRADs beräkningar för 2008 är preliminära och Statens folkhälsoinstitut har uppmätt den registrerade försäljningen till 6,9 liter ren alkohol per person 2008, jämfört med av SoRAD uppskattade 7,1 liter.

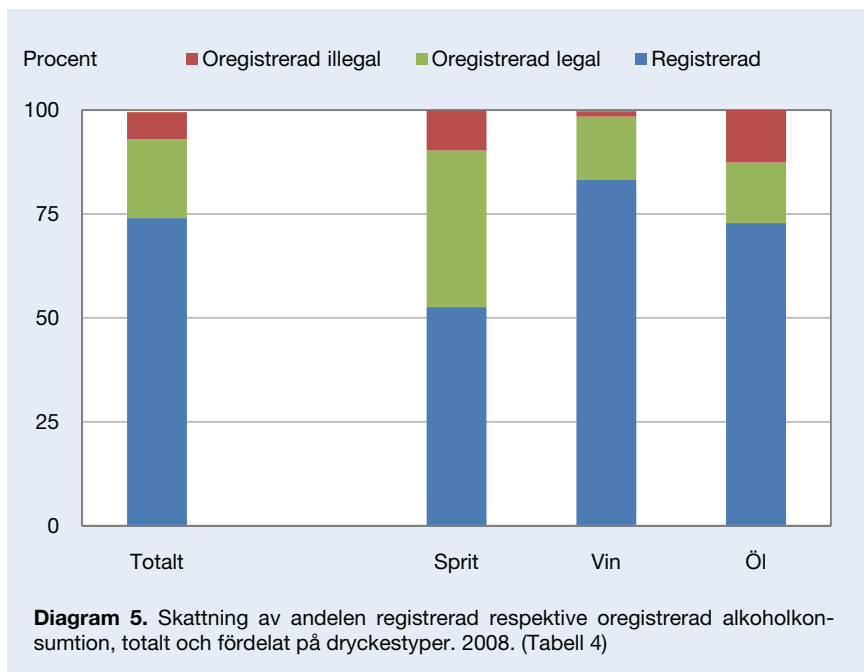
⁶ Främst smuggling men även en del hembränning.

alkoholen och Systembolaget 57%, samtidigt som hela 18% av konsumtionen hade sitt ursprung i resandeförsel.

En jämförelse av olika dryckers bidrag till konsumtionen 2008 enligt tabell 1 (försäljningen) respektive SoRADs skattning av den totala alkoholkonsumtionen visar att när man tar hänsyn till den oregistrerade konsumtionen så ökar spritens andel från 16 till 22%, medan vinandelen sjunker från 46 till 40% och ölandelen till 37% (från 38%). 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 går att se i diagram 5. Av diagrammet framgår att 47% av all konsumerad sprit är oregistrerad medan detta bara gäller runt 28% av ölet och 17% av vinet. Vin är den alkoholtyp där minst andel illegal alkohol förekommer.

Sammantaget ökade 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 2005–2008. Den totala konsumtionen för 2008 har skattats till 9,5 liter ren alkohol och konsumtionsnivån under 2000-talet är sannolikt den högsta som förekommit i Sverige på 100 år trots att en minskning med 10% skett



sedan 2004. Minskningen beror sannolikt på flera orsaker varav den svaga kronan och lågkonjunkturen kan vara en faktor då både utlandsresan och spriten utomlands kostar mer än för några år sedan.

Konsumtionsutvecklingen

I en diskussion runt alkoholkonsumtionen bör det tilläggas att numera bidrar både män och kvinnor till konsumtionen, till skillnad mot tidigare då främst män drack alkohol vilket innebär att det då var färre konsumenter som drack mer. Alkoholförsäljningen visar i grova drag alkoholkonsumtionens utveckling, och en ännu bättre bild fås 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.

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

Alkoholvanor bland ungdomar och vuxna

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 10 och 12). Därefter ökade ickekonsumenterna till 20% under 1980-talet. Under 2000-talet har de stigit ytterligare och 2009 svarade 36% av pojkarna och 30% av flickorna i nian att de inte dricker alkohol (Gripe och Hvitfeldt 2009).

Andelen mönstrande som aldrig dricker sig berusade har följt ungefär samma trend som den ovan redovisade⁷ (tabell 17). Mellan 2000–2006 undersöktes

⁷ Jämförelsen försvåras dock av att nya alkoholfrågor infördes i mönstringsformuläret år 2000. Denna undersökning upphörde år 2006.

också hur många som inte dricker alls och den andelen ökade något till och med 2006 – från ca 10 till 13% (Guttormsson 2007). I gymnasieundersökningarna i årskurs 2 som startade 2004 har andelen som svarat att de inte dricker alkohol ökat från ca 10 till 13% (Gripe och Hvitfeldt 2009). Således har andelen icke-konsumenter ökat bland yngre ungdomar under senare år.

I en sammanställning av undersökningar som Socialstyrelsen har gjort (Nils-son och Klöfver 1984) går att läsa att enligt RUS-undersökningen 1968, klas-sades 12% av männen och 28% av kvinnorna (15–70 år) som icke-konsumenter. Drygt 10 år senare, 1979, beräknades icke-konsumenterna, en-ligt en annan undersökning, till 8% av männen och 15% av kvinnorna (20–69 år). Båda dessa undersökningar genomfördes via enkätstudier. I en Temo-intervju från 2000 svarade 10% (8% av männen och 12% av kvinnorna) i åld-rarna 16–75 år att de inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna (Helmers-son-Bergmark 2001).

Av enkätundersökningen om levnadsvanor i befolkningen 16–84 år initierad av Statens folkhälsoinstitut 2004, framgår att icke-konsumtion i hela befolk-ningen fortfarande är vanligare bland kvinnor samt bland äldre. Den andel som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna har hållit sig relativt stabil under undersökningsperioden och uppgick 2008 till 12% av männen och 17% av kvinnorna (tabell 23).

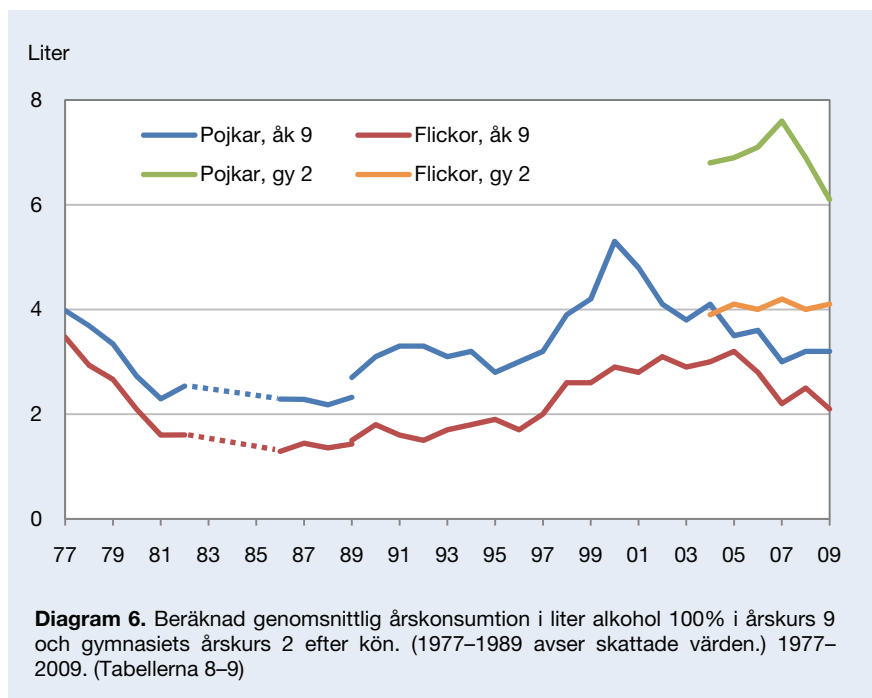
Även om frågemetoder och åldersintervall i dessa studier inte är desamma fullt ut kan man ändå dra slutsatsen, inte minst med stöd av liknande under-sökningar, att andelen icke-konsumenter i befolkningen minskat efter 1960-talets slut.

Totalkonsumtion

Utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol för nian och gymna-siets åk 2 framgår av diagram 6. 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. Samma år förbättrades beräkningsme-toderna och åtminstone för pojkarna innebar detta en ökning av den uppmätta konsumtionen enligt de alternativa värdena för samma år (2,7 liter för poj-karna och 1,5 för flickorna).

Mellan 1989–2005 var konsumtionstrenden mer eller mindre uppåtgående för flickorna, de senast fyra åren har det dock skett en nedgång. År 2005 drack flickorna 3,2 liter ren alkohol, mer än en fördubbling mot 1989 således, men

Alkoholutvecklingen



år 2009 uppgick motsvarande siffra till 2,1 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 2009) innebär inte bara en minskning av pojkarnas konsumtion utan även en minskning av könsskillnaderna under 2000-talet.

I gymnasiet är det nästan en fördubbling av både pojkarnas och flickornas konsumtion jämfört med eleverna i nian (6,1 respektive 4,1 liter år 2009).

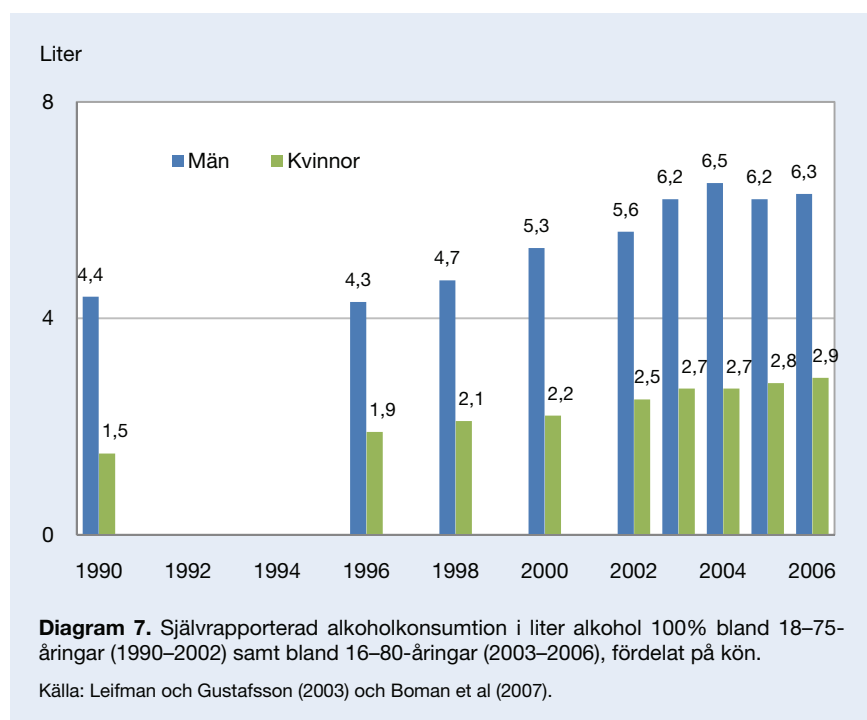
I den vuxna befolkningen finns det dåligt med undersökningar som speglar utvecklingen över tid. I stället redovisas här flera kortare undersökningar i ett försök att skapa en helhetsbild.

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 värde vad gäller att spegla trender i skillnader mellan kön, åldrar och i utvecklingen av olika dryckers andelar av konsumtionen. Enligt tabell 26 var alkoholkonsumtionen bland 18–70-åringarna i grova drag tämligen oföränd-

rad under 1980- och 1990-talen, vilket överstämmer någorlunda med den kända försäljningen.

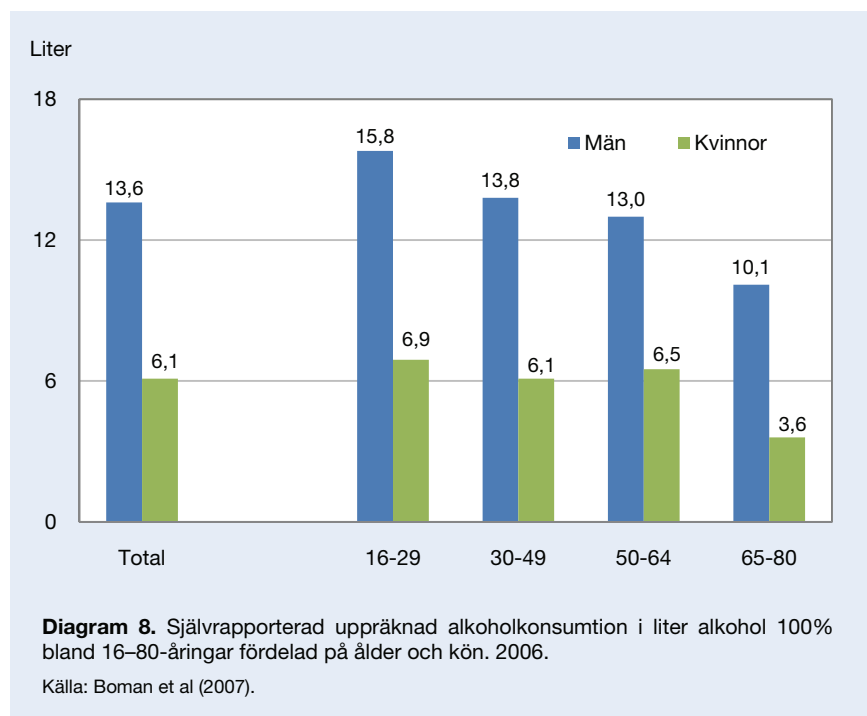
I diagram 7 framkommer en något annorlunda bild, delvis på grund av ytterligare mätpunkter och kanske också för att åldersgrupperna liksom undersökningsmetoden skiljer sig. Siffrorna för åren 1990–2002 i figuren baseras på en jämförelse av olika riksrepresentativa frågeundersökningar (Leifman och Gustafsson, 2003) och visar att konsumtionen ökat bland såväl män som kvinnor, en ökning med ca 30% mellan 1996 och 2002⁸.

I diagrammet har senare mätpunkter lagts till från SoRADs monitormätningar. Undersökningarna skiljer sig åt bland annat vad gäller åldersspannet, men verkar skildra utvecklingen relativt väl, ökningen mellan 2002 och 2003 går



⁸ SoRADs monitormätningar, i kombination med kalibreringar av tidigare studier, visade på en 25-procentig ökning enligt tabell 3 för samma period. Skillnaden är dock inte större än att utvecklingen perioden 1990–2000 kan antas spegla konsumtionsutvecklingen bland män och kvinnor relativt väl.

Alkoholutvecklingen



exempelvis att se i SoRADs uppräknade skattning av konsumtionen (tabell 3). De nya mätpunkterna illustrerar att könsskillnaderna kvarstår utan att ha ändrats mycket i relation till varandra, kvinnorna dricker alltsedan 1996 runt 45% av vad männen gör.

Enligt de tidigare nämnda besöksintervjuerna rapporterade den yngsta ålderskategorin (18–29 år) under hela perioden 1982–2000 den högsta konsumtionen (tabell 26). 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. Åren 1996–2000 drack de yngsta bara ca 45% mer än de äldsta.

Även data från SoRADs monitormätning från 2006 illustrerar tydligt att alkoholkonsumtionen är åldersrelaterad (Boman et al 2007). 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 (diagram 8). I diagrammet är den självrapporterade konsumtionen uppräknad för att spegla den verkliga konsumtionen och 2006 stod männen för 13,6 liter ren alkohol per person 15 år och äldre och kvinnorna

för 6,1 liter⁹. Den högsta konsumtionen, 15,8 liter ren alkohol om året, återfanns hos män 16–29 år. Den minst omfattande konsumtionen, 3,6 liter, uppgavs av kvinnor i åldern 65–80 år.

I SoRADs monitormätningar från 2002 (Leifman och Gustafsson 2003) är åldersgruppen 16–29 år uppdelad på tre åldersgrupper och då återfinns den högsta konsumtionen i gruppen 20–24 år följt av 25–29 år. 2002 års undersökning visar även att förutom i den äldsta åldersgruppen är den största könsskillnaden i gruppen 30–39 år, följt av 25–29 år.

Sammanfattningsvis går det alltså att se att män dricker mer än kvinnor redan i tidiga tonåren men att denna skillnad ökar något i de sena tonåren och 20-årsåldern. Mellan 30–64 år dricker kvinnor enligt monitormätningarna runt 45–50% av vad männen gör och i den äldsta åldersgruppen ökar åter skillnaderna.

Berusningsdrickande

Det finns olika sätt att mäta berusningsdrickande eller så kallad storkonsumtion på, här beskrivs det främst som intensivkonsumtion. Intensivkonsumtion är ett objektiva mått för att beskriva berusning och avser i skolundersökningen konsumtion av en alkoholmängd motsvarande en flaska vin eller mera vid ett tillfälle¹⁰. Utvecklingen av intensivkonsumtionen för niondeklassarna följer den för totalkonsumtionen någorlunda väl och minskade således i omfattning under slutet av 1970-talet och blev allt mindre frekvent under 1980-talet (diagram 9 och tabell 14).

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 bland pojkarna uppgav allt större andel 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 ”kvarting” till 18 cl, innebar en ökning av andelen positiva svar i synnerhet bland pojkarna.

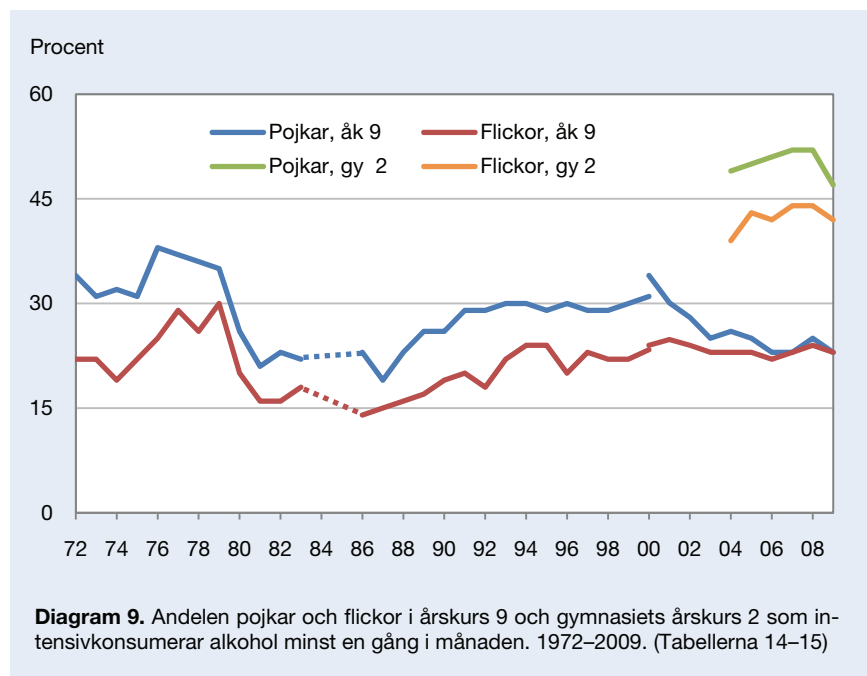
I tvåan på gymnasiet svarade 2009 knappt hälften av pojkarna och drygt 40% av flickorna att de intensivkonsumerar så ofta. Detta är, vilket går att se i diagram 9, med andra ord väsentligt högre nivåer än i nian.

Berusningstrenderna är likartade i mönstringsundersökningen (tabell 17). Frågorna är annorlunda men visar på samma utveckling, även om jämförelsen försvåras av att nya alkoholfrågor infördes år 2000. Sista året undersökningen genomfördes, 2006, svarade 11% att de ”berusade sig” någon gång i veckan.

⁹ Den totala konsumtionen skattades till 9,5 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, 2008 (se tabell 3).

¹⁰ Frågan beskrivs mera utförligt i tabellbilagan.

Alkoholutvecklingen



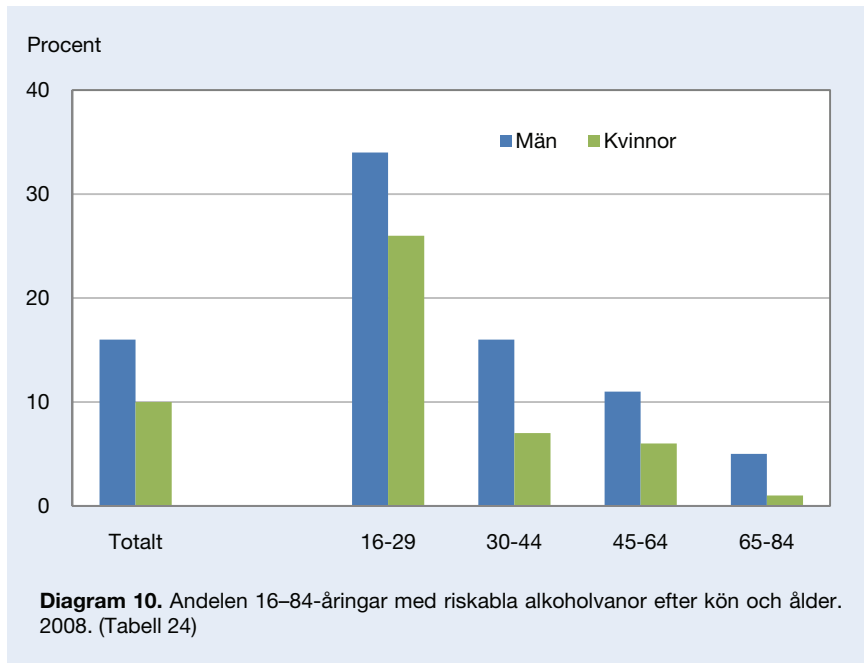
Skoleleverna har även delats in i sex olika grupper, med avseende på årskonsumtionens storlek (tabellerna 10 och 12). Högkonsumtionsgruppen – över 5 liter ren alkohol per år – ökade från 7 till 22% bland flickorna mellan 1986 och 2002, därefter har den minskat till 11%. Pojkarna ökade från 15 till 26% mellan 1986 och 2000 men därefter har andelen storkonsumenter minskat och är nu nästan av samma storlek som för flickorna (15% 2009). Motsvarande siffror för pojkarna i gymnasiets andra år var 2009 34% och för flickorna 25% (tabellerna 11 och 13).

I den vuxna befolkningen gäller återigen att antalet studier är begränsade. Som framgått tidigare 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 alkohol¹¹. 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 påtalades att det fanns tendenser till en ökning av antalet intensivkonsumtionstillfällen mellan 1998 och 2004¹². År 2004 svarade 48% av männen och 15% av kvinnorna att de intensivkonsumerade minst en gång

¹¹ I det sammanhanget avsågs personer som i snitt dricker mer än 30 gram alkohol per dag.

¹² Här åsyftas att dricka alkohol motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle.



i månaden. Parallellt med att totalkonsumtionen ökade tenderade alltså mera riskabla konsumtionsformer att bli vanligare.

Det framgår även att det finns ett säsongsvist samband mellan hög 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 mäter andelen riskkonsumenter¹³ i befolkningen, 16–84 år. Andelen riskkonsumenter har legat runt 17% bland männen och 10% bland kvinnorna under hela undersökningsperioden 2004–2008 (tabell 24). Andelen med riskabla alkoholvanor är störst i åldersgruppen 16–29 år där 34% av männen och 26% av kvinnorna får så pass höga poäng att de klassas som riskkonsumenter och som diagram 10 visar, minskar andelen kontinuerligt med en stigande ålder.

I samma undersökning framkommer att 26% av männen och 13% av kvinnorna berusar sig en gång i månaden eller oftare år 2008, den yngsta åldersgruppen utmärker sig även här, då mer än hälften av alla män och över en tredjedel av alla kvinnor mellan 16–29 år uppger detta (tabell 25).

¹³ Begreppet riskkonsument definieras närmare i metodkapitlet men utgörs bland annat av de tre första frågorna i AUDIT-testet.

I SoRADs monitormätningar undersöks andelen storkonsumenter¹⁴ (Boman et al 2007). Män och kvinnor delas här in i tre åldersgrupper och även här är det tydligt att den största andelen storkonsumenter finns i gruppen 16–30 år för att sedan minska kontinuerligt med åldern.

Det är svårt att göra jämförelser över tid på grund av metodskillnader i undersökningarna. Men det är emellertid tydligt att män är överrepresenterade vad gäller intensiv- och storkonsumtion samt att högst alkoholkonsumtion återfinns i den yngsta ålderskategorin 16–29 år.

Alkoholsorter

Tidigare var sprit och folköl de dryckessorter som bidrog mest till pojkarnas totalkonsumtion i nian, räknat i 100% alkohol. Sedan 2002 är dock starköl vanligare än både sprit respektive folköl och bidrog till 38% av konsumtionen 2009 (diagram 11). Sprit är nu tvåa (28%), blanddrycker trea (22%), där efter kommer folköl och vin. För flickorna har spriten, under nästan hela undersökningsperioden, stått för det största bidraget till totalkonsumtionen (38%) medan blanddrycker kommer på andra plats (33%). Andelen starköl utgör 19% och även för flickorna utgör folköl och vin de minsta andelarna.

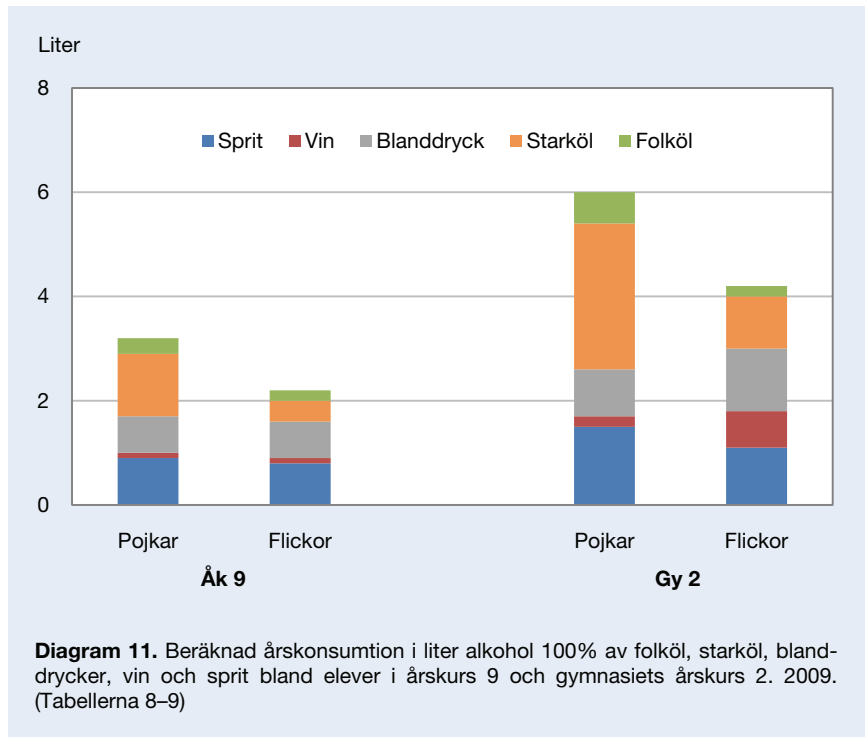
I gymnasiets årskurs 2 dominerar starköl pojkarnas val av dryck ännu mer än i nian och sprit kommer fortfarande på andra plats (diagram 11). För flickornas del utgör blanddryckerna en något större andel än spriten samtidigt som även vin ökar i jämförelse med nian (starkölet står dock fortfarande för ett större bidrag till konsumtionen än vinet).

I mönstringsundersökningen svarade de 18-åriga männen på vilka alkoholdrycker de brukar dricka i berusningssyfte (tabell 18). De vanligaste berusningsdryckerna som nämndes 2006 var starköl (63%), sprit (48%), cider (41%) och folköl (18%). Detta påvisar återigen det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion.

Tabellerna 20–22 redovisar hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år). 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.

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 männen drack mer alkohol än de äldre kvinnorna, trots att konsumtionen ökade med åldern även för kvinnorna.

¹⁴ Som storkonsument betraktas här de som konsumerar minst 30 gram (män) eller 20 gram (kvinnor) ren alkohol per dag, baserat på 30-dagars konsumtionsfrågor.



I befolkningen i stort har inslaget av öl och vin 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. 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 27). 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 28) medan starköl ökar, men mest slående är att vinet under hela tiden bidragit med bortåt hälften av den totala konsumtionen.

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 kom sedan sprit, folköl och cider (Leifman och Gustafsson 2003). Bland kvinnor var vin den största dryckestypen (52% av hela konsumtionen), därefter kom starköl och sprit på 19 respektive 13%. För män dominerade starköl (41% av konsumtionen), medan vin och sprit bidrog med ungefär en femtedel vardera. Cider var den minst vanliga dryckestypen bland män medan detta var ungefär lika vanligt som folköl för kvinnorna.

De senaste decenniernas ökning av öl- och vinandelarna på spritens bekostnad går även tydligt att se i försäljningen (diagram 2).

Könsskillnader

Män dricker ungefär 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 varandra även om siffrorna för 2009 visar ett avbrott i denna utveckling (tabell 8). 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 mycket likartad för könen alltsedan 1970-talets början.

Bland de lite äldre ungdomarna i gymnasiet är konsumtionen jämfört med nian nästan den dubbla för både pojkarna och flickorna år 2009 (tabell 9). Det är således någonstans i 16–18-årsåldern som större könsskillnader etableras. Av de tidigare omnämnda intervjuerna med äldre ungdomar (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.

De tidigare nämnda undersökningarna från 1970-talet visar att männen i den vuxna befolkningen svarar för en större andel av alkoholkonsumtionen. Kvinnorna hade emellertid en större andel av den totala konsumtionen 1979 jämfört med 1968 (Nilsson och Klöfver 1984). Diagram 7 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. Under åren 2003–2006 har, enligt SoRADs monitormätningar, kvinnornas andel av alkoholkonsumtionen legat rätt stabilt på runt 45% av männens.

Av diagram 8 samt SoRADs undersökning från 2002 (Leifman och Gustafsson 2003) framgår att båda könen konsumtion är högst i 20-årsåldern. Männen konsumtion minskar sedan linjärt medan kvinnornas snarare stabiliseras, undantaget nedgången som kommer i den allra äldsta åldersgruppen. Noterbart är dock att gruppen 30–39-åriga kvinnor, i 2002 års undersökning, ligger något lägre än de omgivande ålderskategorierna, sannolikt en effekt av barnafödande.

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 är dessutom vanligare bland kvinnor än bland män att inte ha druckit någon alkohol alls de senaste 12 månaderna. Detta till skillnad mot skolundersökningarna där det är något vanligare att pojkar uppger att de inte dricker alkohol jämfört med flickorna.

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 glesbygdsmråden (Guttormsson et al 2004).

Alkoholvanornas regionala fördelning för elever i åk 9 och gymnasiet år 2 för åren 2006–2008¹⁵ framgår av tabell 16. 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 gymnasiet årskurs 2 finns de regionala variationerna kvar, även om skillnaderna minskat något.

Undersökningen bland mönstrande artonåriga män omfattade så många personer att den kan brytas ned på Sveriges samtliga län. Av den framgick bland annat att smuggelsprit var 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 19). I Halland och Västra Götaland var det mer än dubbelt så vanligt att de mönstrande intensivkonsumerade alkohol jämfört med Östergötland och Västerbotten.

SoRADs alkoholfrågeundersökningar i vuxna befolkningen från 2001–2003 finns redovisade fördelat på sju regioner och enligt den är per capita konsumtionen högst i Stockholms samt Skåne län och lägst i Norrlandslänen. Konsumtionen ökade i samtliga regioner under 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).

¹⁵ Flera år måste slås samman p g a urvalet för att möjliggöra regionala nedbrytningar.

I SoRADs rapport om alkoholkonsumtionen fram till år 2006 konstateras att ökningen i alkoholkonsumtionen fram till 2004 samt den efterföljande nedgången även går att se i de sju regionerna. De senaste årens nedgång var störst i södra Sverige och beror nästan uteslutande på en minskad införsel av alkohol från utlandet, både vad gäller den legala (resandeförsel) och den illegala (smuggling). År 2006 konsumerades störst mängd alkohol i Stockholms län och lägst i Norrlandslänet men skillnaden jämfört med 2001 har minskat betydligt (Boman et al, 2007).

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. För åren 2005–2008 har Statens folkhälsoinstitut använt sig av ett åldersstandardiserat genomsnitt (Statens folkhälsoinstitut 2009). Detta visar att det var vanligare med riskabla alkoholvanor bland kvinnor i Jämtland, Stockholm och Uppsala än bland kvinnor i riket. Högst andel män med riskabla alkoholvanor återfinns i Halland och Västra Götaland men även Stockholm och Västmanland. Lägst andel bland kvinnorna återfinns i Norrbotten och lägst andel bland männen i Västernorrland.

Sociala faktorer

Ungdomar som finner sig mindre väl tillrätta i tillvaron förefaller ha mera avancerade alkoholvanor än andra ungdomar. I den vuxna befolkningen utmärker sig svenskfödda för deras mer omfattande alkoholkonsumtion jämfört med utlandsfödda. Dessutom tycks ekonomiskt utsatta personer ha mer avancerade alkoholvanor.

Bland elever i åk 9, i 2009 års skolundersökning, framkommer att bland dem som intensivkonsumerar¹⁶ alkohol någon gång i månaden eller oftare är det vanligare med skolk än bland dem som inte intensivkonsumerar så ofta. Bland dem som intensivkonsumerar är det också något vanligare att inte trivas i skolan jämfört med dem som inte gör det. I gymnasiet är det också vanligare med skolk bland dem som intensivkonsumerar än bland dem som inte gör det, däremot syns ingen skillnad vad gäller skoltrivsel.

Det är också något vanligare att de som intensivkonsumerar uppger att vandalism är vanligt i bostadsområdet samt att de gärna vill flytta därifrån när de kan. Dessa skillnader försvinner dock i gymnasiet.

¹⁶ Med intensivkonsumtion avses här en halv halvflaska sprit eller en hel flaska vin eller fyra stora flaskor cider eller fyra burkar starköl eller sex burkar folköl vid samma tillfälle.

Både i årskurs 9 och i gymnasiet andra år är det desto vanligare att skolka ju högre alkoholkonsumtionen är.

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 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.

Hälsoenkäten från 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 Socialstyrelsens 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 vidare 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

Enligt WHO (2006) orsakar ett ohälsosamt intag av alkohol ett sextiototal olika sjukdomar. Några data som visar den exakta omfattningen av alkoholmissbruk och alkoholproblem i Sverige finns dock inte tillgängliga, även om det exempelvis har konstaterats att alkohol svarar för runt nio procent av sjukdomsbördan i utvecklade länder (WHO 2002).

Forskningsresultat som påvisar samband mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholskadorna har bland annat redovisats av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:25) liksom i *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa* (Edwards 1996) samt 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 en viktig faktor för att kunna följa skadeutvecklingen.

Olika indikatorer används 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.

Att alkoholkonsumtionen är skevt fördelad i Sveriges befolkning är 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 emellertid relativt vanlig i Sverige och därför svarar trots allt de stora grupperna låg- och medelkonsumenter troligen för merparten av de lindrigare sociala och medicinska problemen.

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 medförde medicinska eller sociala risker. Utav dessa kan 50–100 000 personer antas utgöra en potentiell målgrupp för vård och behandling. Skatt-

ningarna konstaterades 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 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 livskvalitetsförluster. Även positiva hälsoeffekter inkluderas som till exempel minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och ökad livskvalitet. För 2002 beräknades samhällets nettokostnader på grund av alkoholkonsumtion i Sverige uppgå till drygt 20 miljarder kronor. Om positiva hälsoeffekter av alkoholkonsumtion inte 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 medan internationella studier ligger ofta inom intervallet 2 600–6 900 kronor.

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

Alkoholutvecklingen

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 speglade 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 omhänderta 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, liksom för att spegla skillnader mellan exempelvis könen.

Majoriteten av de LOB-omhändertagna är män. Kvinnorna utgjorde fram till 1970-talet mindre än 3% av alla omhändertagna men har ökat successivt, till ca 12% de senaste fyra åren (tabell 29). 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 66 200 omhändertaganden under 2008.

Med hänsyn till befolkningen har antalet omhändertagna per 1 000 invånare minskat från 19 till 6 mellan 1980 och 2004 (9 stycken 2008). För männens del är det, trots uppgångar de senaste åren, en nedgång sedan 1980 från 36 till 15 omhändertagna.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 30. Under 2000-talet har antalet omhändertaganden varit flest i Östergötland och Västmanland (över 10 per 1 000 invånare). Efter de två senaste årens uppgångar i flera län är Kronoberg det enda län som fortfarande uppvisar ett så lågt antal omhändertagande som 5 personer per 1 000 invånare.

Trafikonykterhet

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 trafikonykterhetens utveckling för en längre period, anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill föl-

ja 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.

Förändringar i lagstiftningen rörande alkohol och trafik har dessutom genomförts som påverkar statistiken över trafiknykterhetsbrott. Det rör sig om sänkt promillegräns för rattfylleri från 0,5 till 0,2 samt förbättrade provtagningsmöjligheter från och med den 1 juli 1990. 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 31)¹⁷. 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. År 2001 uppgick anmälningarna till 160 och har efter det stigit kontinuerligt för att 2008 uppgå till 204.

Ökningen av rattfyllerianmälningarna skulle kunna förklaras med antalet utandningsprover som görs. Brottsförebyggande rådet gör dock bedömningen att det också skett en faktisk ökning av rattfylleriet under åren 1999–2004 (Brå 2008). Men att flera faktorer, bland annat minskningen i alkoholkonsumtionen 2006–2007, tyder på att den fortsatta ökningen inte är en reell ökning, utan en effekt av det ökade antalet utandningsprov.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 32¹⁸. 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 15 000 år 2008. I synnerhet minskade gruppen under 30 år, medan ökningen efter 2000 kan hänföras till samtliga åldersgrupper. Gruppen under 30 år utgjorde mindre än 30% av alla misstänkta 2008. Andelen män har sjunkit något, från 95% 1984 till 89% 2008.

Trafikolyckor

Utvecklingen av alkoholförekomst vid kända olyckor med personskador är en annan indikator på trafiknykterhet. Även här påverkar polisens resurser och prioriteringar statistiken. Polisen får inte alltid kännedom om olyckorna,

¹⁷ 1999 och 2000 ingår även anmälningar för rattfylleri under påverkan av narkotika, dessa har rensats bort efter 2000 i tabell 33.

¹⁸ Precis som i tabell 33 har trafiknykterhet under påverkan av narkotika rensats bort efter 2000.

Alkoholutvecklingen

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 alkoholpåverkade en underskattning av det verkliga antalet. Ju lindrigare skadeföljd desto större underskattning.

Antalet misstänkt påverkade förare i samband med polisrapporterade trafikolyckor med personskada minskade drastiskt under första delen av 1990-talet. Som framgår av tabell 33 har antalet misstänkta förare (per invånare) åter ökat efter 1996, samtidigt som nivåerna var klart högre på 1970-talet.

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 till och med 2003 kan vara den ökande alkoholkonsumtionen. De senaste fem åren har antalet olyckor med dödlig utgång fluktuerat och det är svårt att säga något om detta.

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 2008 (tabell 34). 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.

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. Detta kan jämföras med den officiella statistiken som uppger att 7% var alkoholpåverkade (Vägverket 2008).

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, politiska beslut 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, ef-

tersom 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 244 personer 2008 (tabell 36). 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.

År 2008 var 40% tvångsvårdade på grund av enbart alkoholmissbruk och 32% med enbart narkotika som missbruksmedel. Yngre tvångsvårdade har oftare problem med missbruk av narkotika och för de äldre ligger problemet oftare i missbruk av alkohol (Socialstyrelsen 2009).

Utöver tvångsvården var knappt 2 500 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2008 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mättillfället 1989 (tabell 35).

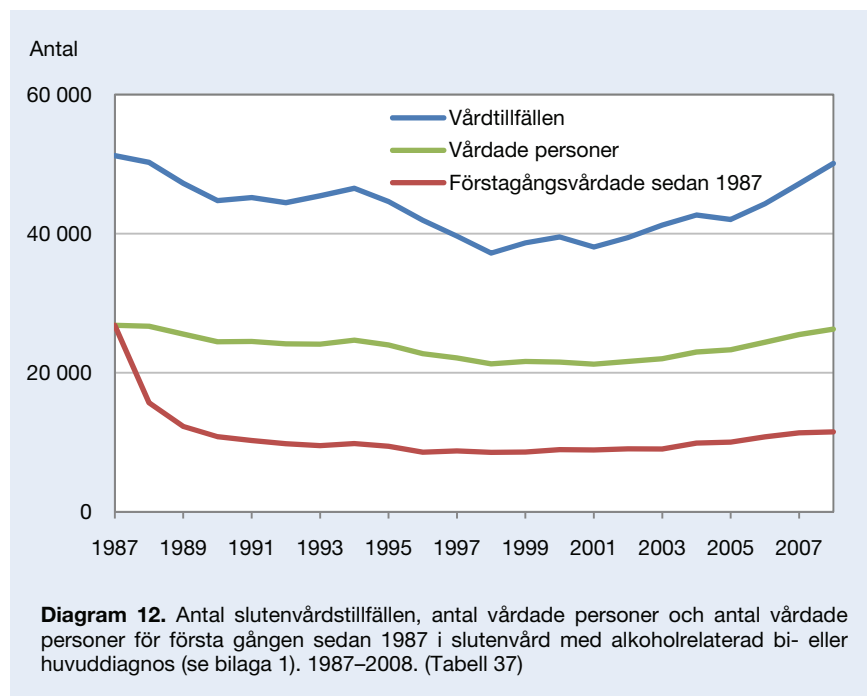
Socialstyrelsen har gjort en kartläggning för åren 1999, 2001, 2003 som inkluderar uppgifter över behandlingsinsatser för klienter med alkohol- eller drogmissbruk som skett på behandlingsenheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården samt privata och ideella vårdgivare. Insatserna ska vara av 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 bortfallskorrigerering). 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 12 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987 (se bilaga 1). Tabellen baseras på Socialstyrelsens index över alkoholrelaterad vård och inkluderar ett antal bi- och huvuddiagnoser, såväl psykiatriska som somatiska.

Alkoholutvecklingen

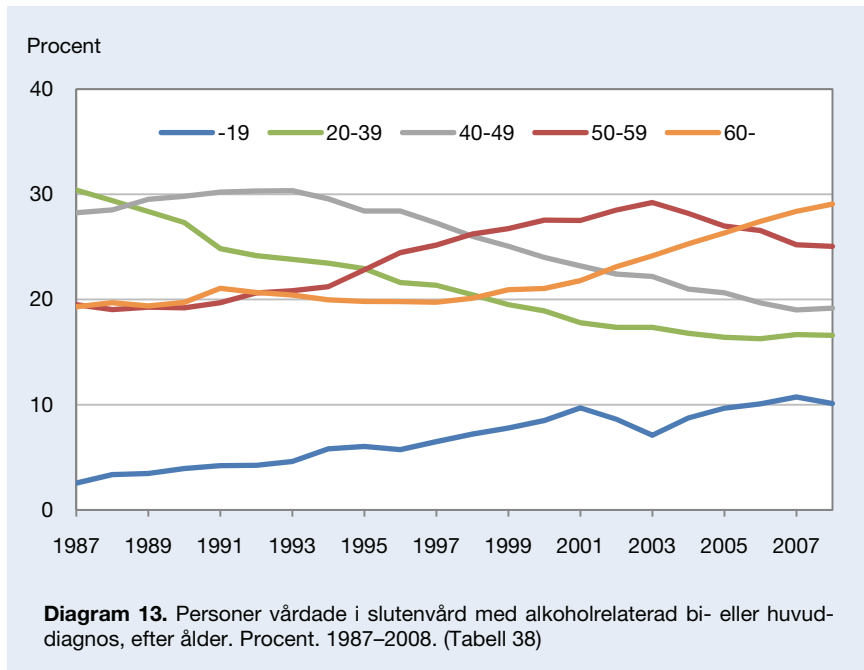


Mellan 1987–1990 minskade antalet utskrivningar från drygt 51 000 till nästan 45 000. Efter ytterligare en nedgång i mitten av 1990-talet var antalet nere i ca 37 000 år 1998. Därefter har antalet utskrivningar ökat och uppgick till drygt 50 000 år 2008, en ökning med 35%. Antalet vårdade individer följer ungefär samma utveckling och i genomsnitt de tio senaste åren handlar det om ca 1,8 vårdtillfällen per person och år.

Kvinnornas andel av vårdtillfällena har ökat sedan 1987, från 19 till 26% år 2008. I absoluta tal uppvisar kvinnorna till skillnad från männen heller ingen nedgång över tid, och antalet vårdtillfällen med kvinnor under 2008 var det högsta under hela mätperioden (ca 13 100).

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. De höga siffrorna i början av diagram 12 förklaras av att det inte är möjligt att spåra individerna längre tillbaks än 1987 i patientregistret. Analyserar man utvecklingen mellan 1998 och 2008 finner man att antalet nytilkomna med alkoholrelaterade diagnoser ökat till ca 11 500 personer, vilket är en uppgång med 34%.

Enligt Socialstyrelsen har det skett en förskjutning från psykiatrisk till somatisk vård i slutenvården. Vårdutnyttjandet har ökat bland de allra äldsta samt

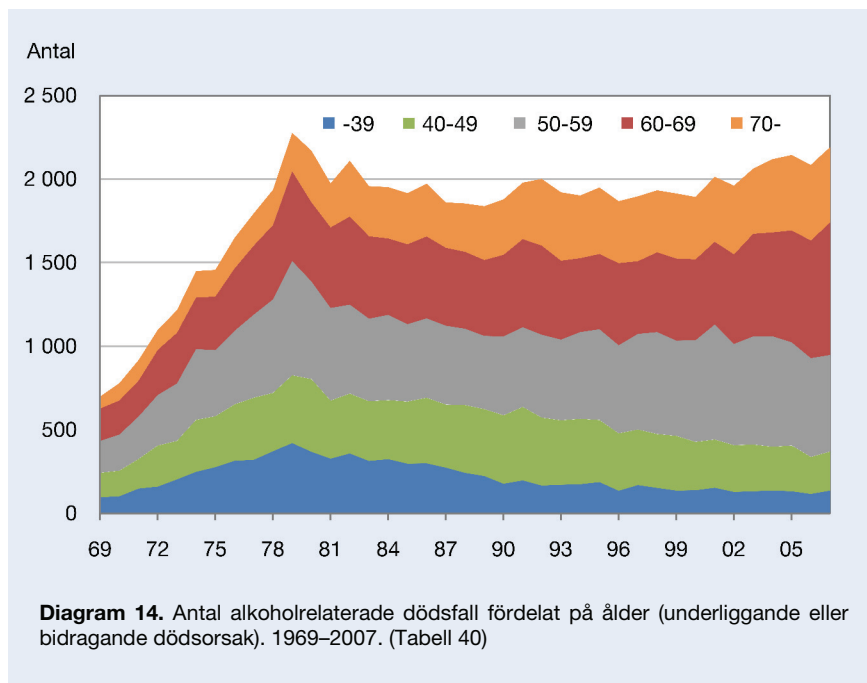


bland personer under 25 år och för de yngsta handlar ökningarna ofta om alkoholförgiftningar (Socialstyrelsen 2004b). Även diagram 13 över personer vårdade i slutenvård uppdelat på ålder, återfinns samma mönster. Här syns en ökning bland personer upp till 19 år samt personer över 60 år. Personer över 60 år utgjorde på 1980- och 1990-talen runt 20% och står nu för den största andelen vårdade personer (29% 2008). Åldersgrupperna 20–39 år samt 40–49 år, låg båda två runt 30% i början av perioden men står nu vardera för strax under 20% av andelen vårdade personer.

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).

Alkoholutvecklingen

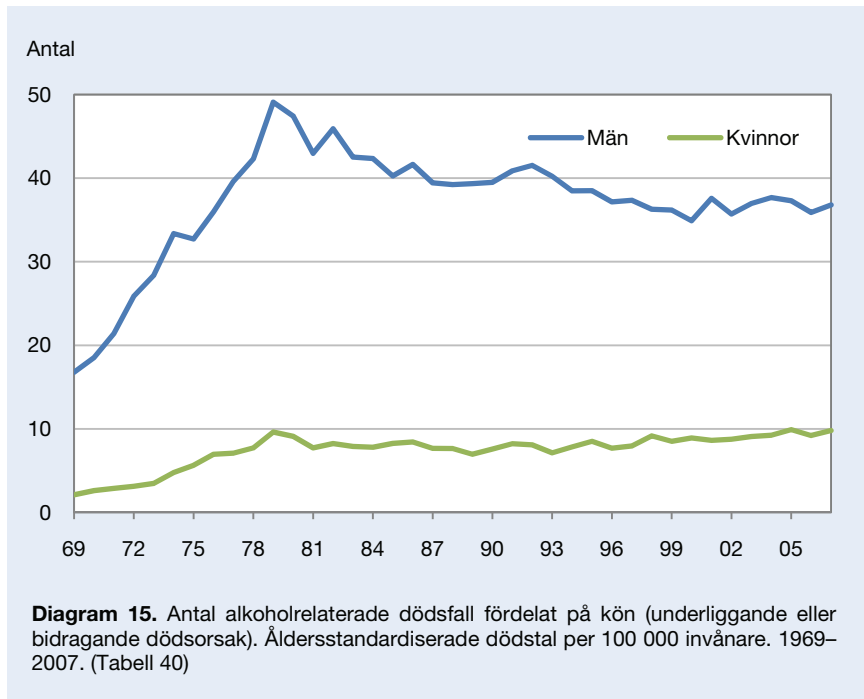


Utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall¹⁹ enligt indexet redovisas i diagram 14. Siffrorna beskriver en kraftig ökning av dödsfallen under 1970-talet, vilken nådde ett maximum 1979 om ca 2 300. Därefter har de årligen legat runt 2 000. Skärskådar man utvecklingen under 2000-talet kan en ökning om 16% noteras. Gruppen 49 år och yngre har mer än halverats sedan 1979, gruppen 50–59 år har även den minskat något medan gruppen 60 år och äldre ökat i antal.

År 2007 var ca 1 700 av de omkomna män och ca 480 kvinnor. Av diagram 15 framgår att dödligheten bland män har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 till 37 – men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period. Betraktar man kvinnornas utveckling endast för åren 1993–2007 har dock en liten uppgång skett (från 7 till 10 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 över-

¹⁹ Övergångar till nya ICD-koder (International Classification of Diseases) har betydelse för kodningen och därmed för sifferseriernas utseende. Från och med 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD-10, vilket innebär att jämförelser med tidigare år kan försvåras. Även 1969 och 1987 har koderna uppdaterats.



gång 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 41 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1991–2007²⁰, enligt tidigare nämnda index. Sett över tid är Stockholm det län där alkoholdödligheten är högst i riket, relaterat invånarantalet, även om en nedgång skett under perioden. Under 2000-talet har dock Skåne län haft, i genomsnitt, nästan lika höga dödssiffror som Stockholms län.

Under 2000-talet har Jönköping och Västerbotten uppvisat de lägsta dödstalet med i genomsnitt 15 personer per 100 000 invånare.

Jönköping, Kalmar, Uppsala och Västerbotten är de fyra län med den lägsta alkoholdödligheten 1987–2007. Bara i undantagsfall når siffrorna upp till

²⁰ Åren 1987–1990 framgår av tidigare rapporter.

Alkoholutvecklingen

riksgenomsnittet. Skåne län utmärker sig genom att i början av perioden legat klart under riksgenomsnittet men sedan 1997 legat över medelvärde.

Man kan även notera en viss slumpvariation, som bland annat sammanhänger med befolkningens storlek. Gotland och Norrbotten, med relativt små befolkningar uppvisar t ex vissa variationer eftersom enstaka dödsfall kan ge stort genomslag. 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 nedgångar som gjort läget mera homogent.

I tabellerna 42–45 beskrivs utvecklingen av ett antal separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 46 presenteras summan av de underliggande dödsorsakerna relaterat till folkmängden.

Levercirrhos (tabell 42) är den klassiska kroniska alkoholrelaterade dödsorsaken. I dödsorsaksstatistiken är den uppdelad i en icke 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 till och med 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 2007 har antalet emellertid ökat med 30% (till ca 1 180). Andelen kvinnor har under perioden utgjort cirka 35% av dödsfallen.

Mellan 1979 och 1996 var alkoholberoende (tabell 43) den vanligaste av de fyra²¹ alkoholrelaterade dödsorsaker som redovisas i tabell 42–45, 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 när både underliggande och bidragande diagnoser inräknas.

Antalet dödsfall i alkoholpsykos har aldrig varit särskilt stort, år 2007 handlade det om totalt 80 fall, vilket trots allt är ett högt värde jämfört med 1970- och 1980-talen (tabell 44).

Alkoholförgiftningarna beskriver en topp i slutet av 1970-talet som följdes av en kontinuerlig minskning till 2002, från 600 till under 300 fall (tabell 45). Sedan dess har det skett en liten ökning och 2007 uppgick antalet alkoholförgiftningar med dödlig utgång till cirka 340 fall. Tar man enbart hänsyn till

²¹ Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar, alkoholberoende, alkoholpsykos samt alkoholförgiftning.

dödsfall med alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak finner man dock en klar ökning, från 65 under 1997 till 151 stycken 2007.

Andelen kvinnor har som nämnts legat runt oförändrade 35% för levercirrhosfallen, och detta gäller alltsedan 1980-talets början. Andelen kvinnor för de övriga diagnoserna har i genomsnitt – från 1980 och framåt – varit 16% för alkoholberoende med en ökning under 2000-talet, 17% för alkoholpsykos och även här syns en ökning särskilt de fyra senaste åren och 27% för alkoholförgiftningar.

I tabell 46 har underliggande dödsfall i de fyra ovan redovisade diagnoserna relaterats till folkmängden och summerats, från 1960 och framåt. Bland annat kan man se att den uppgång som redovisats mellan 1969–1979 i tabell 40 enligt Socialstyrelsens index tycks ha påbörjats redan tidigare under 1960-talet.

Internationella aspekter

Alkoholpolitik i olika länder

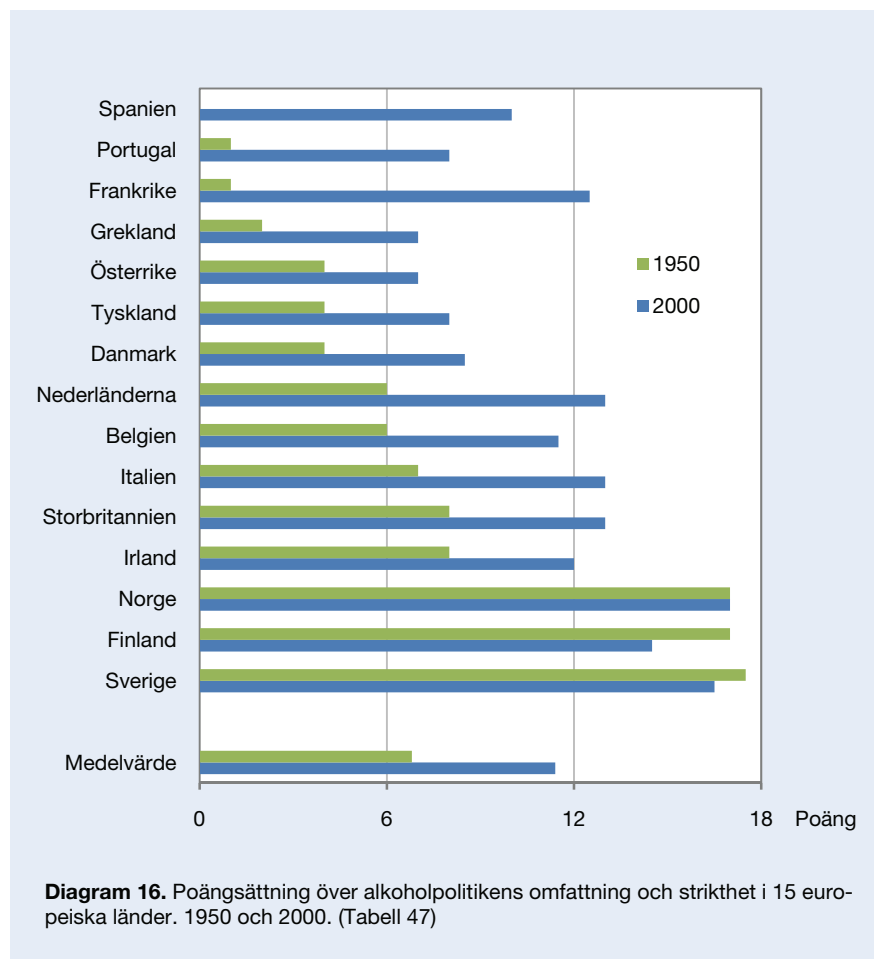
Restriktioner av olika slag förekommer i de flesta länder. Det kan vara åldersgränser för servering och inköp, promillegränser i trafiken, reklam, alkoholskatter och liknande. ECAS-studien²² från 2002 (Norström red) jämför alkoholpolitik, alkoholkonsumtion och dess effekter i de dåvarande EU-länderna (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 47 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom dåvarande EU (och Norge) för varje decennium mellan åren 1950–2000 studeras och i diagram 16 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 stycken) hade i stort sett ingen alkoholpolitik att tala om år 1950 (4 poäng eller därunder), år 2000 hade inget land under 7 poäng. Medelpoängen ökade från 6,8 år 1950 till 11,4 år 2000 och inom denna förändring ryms också en viss harmonisering. Sverige och Finland har lämnat en del monopol vilket inneburit en försvagning av restriktionerna medan Europa i övrigt närmat sig.

²² ECAS-studien beskrivs närmare i metodkapitlet.

Alkoholutvecklingen



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.

Alkoholkonsumtionen i olika länder

Den totala alkoholkonsumtionen varierar kraftigt mellan olika länder, liksom själva dryckesmönstren. I vissa länder domineras 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. Främst beror detta på skillnader i produktionen och distributionen

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. Dessutom skiljer sig andelen oregistrerad alkohol åt mellan länderna.

Det finns också andra svårigheter. Det gäller bland annat vilka drycker som skall tas med i statistiken, till exempel 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.

I publikationen *World Drink Trends* (WARC 2005) är konsumtionen relaterad till hela befolkningen. Enligt denna sammanställning hade Luxemburg²³ 2003 den högsta försäljningen, 12,6 liter ren alkohol per invånare, följt av Ungern och Tjeckien. Av de redovisade länderna hamnade Sverige på 36:e plats (av 45 länder). Den lägsta konsumtionen (0,7 liter) redovisades för Mexico.

Vinkonsumtionen var störst i Luxemburg, Frankrike och Italien och precis som i fråga om maltdryckerna var skillnaderna stora mellan länderna. När det gäller försäljningen av spritdrycker, kom 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.

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

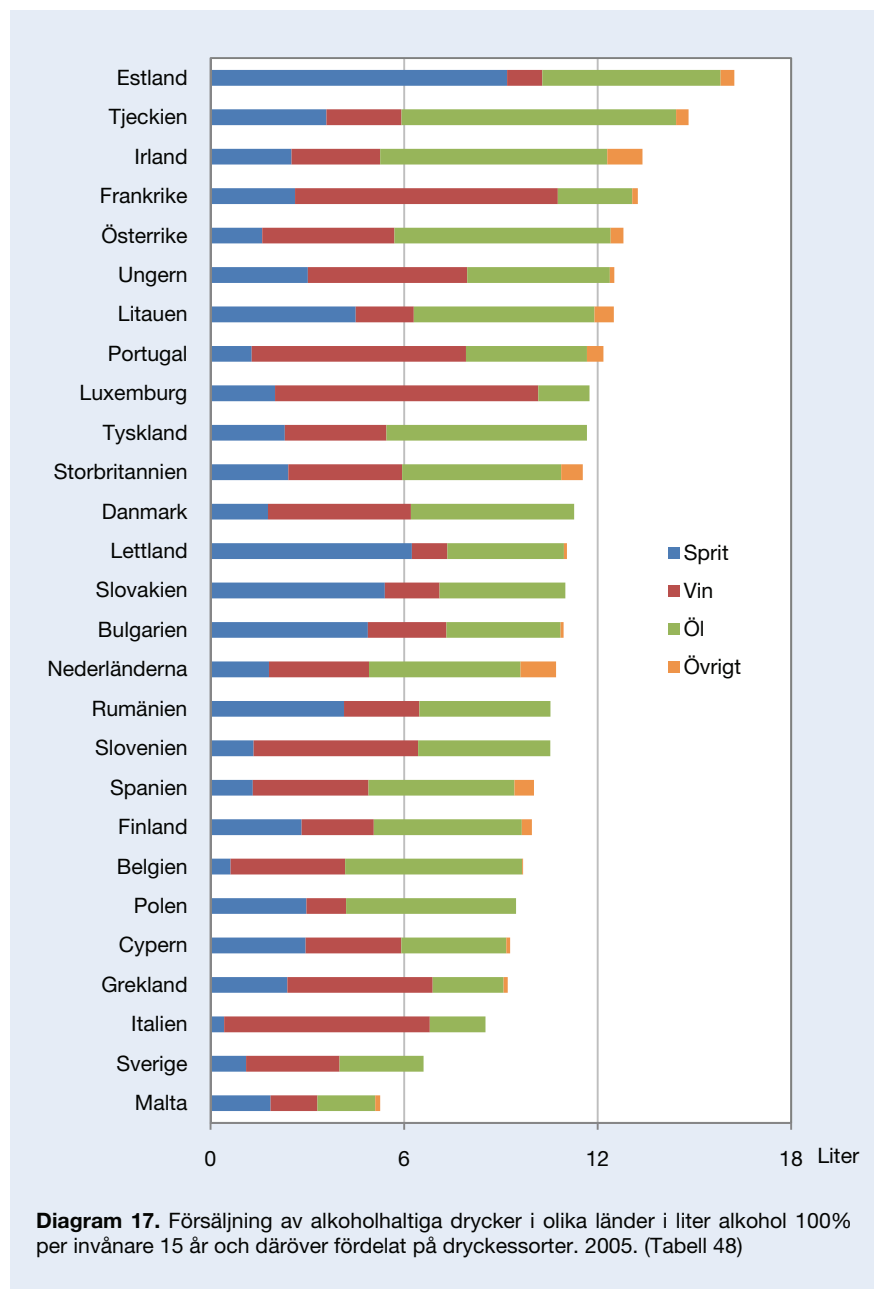
I diagram 17 redovisas försäljningssiffror²⁴ för 2005 för ett antal europeiska länder. Sverige hamnar näst längst ned i sammanställningen över dessa länder, endast Malta uppvisar lägre försäljningssiffror.

Frankrike, Luxemburg, Portugal och Italien är tillsammans med Grekland de länder med störst andel vinkonsumenter relaterat till respektive totalförsäljning. Tjeckien, Polen, Irland, Tyskland och Belgien utmärker sig som ölländer, medan Estland och Lettland tillsammans med Slovakien och Bulgarien är de länder där spriten utgör det största bidraget. Sverige har ungefär lika stora andelar öl som vin relaterat till försäljningen.

²³ EU-kommissionen har i en rapport från 2006 även räknat med oregistrerad försäljning som till exempel smuggling och resandeförsel och här hamnar Luxemburg först på femte plats i försäljningsligan. Detta till följd av att utländska turister handlar en betydande del av den alkohol som säljs i landet.

²⁴ På befolkningen 15 år och äldre.

Alkoholutvecklingen

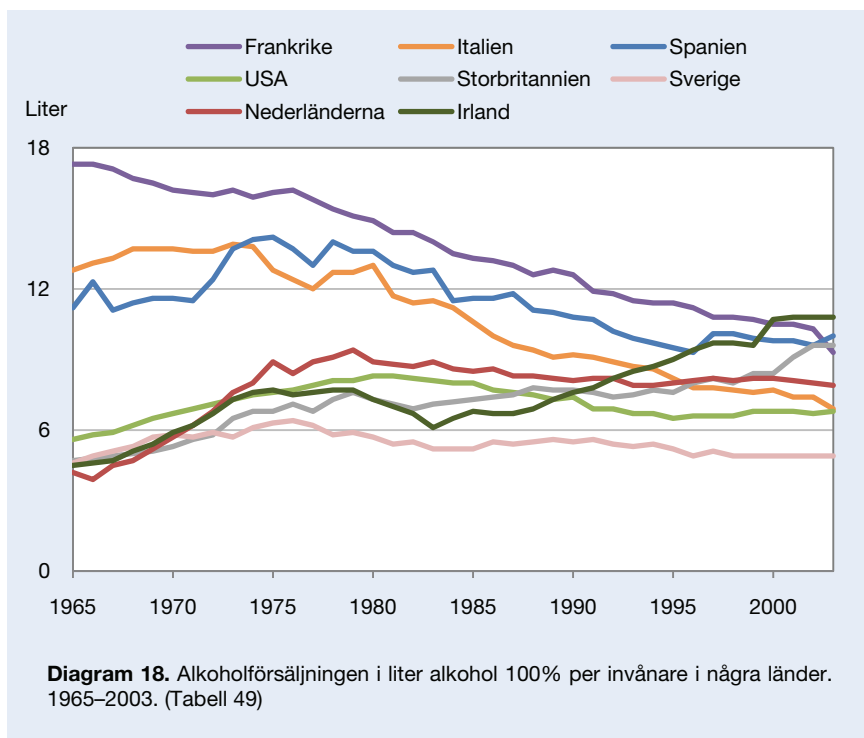


EU-kommissionens rapport från 2006 uppvisar höga försäljningssiffror för Ungern, Litauen och Tjeckien medan Turkiet, Malta och Island uppvisar låga. Även Sverige hamnar långt ner i försäljningsligan trots att den oregistrerade försäljningen är medräknad (EU-kommissionen 2006).

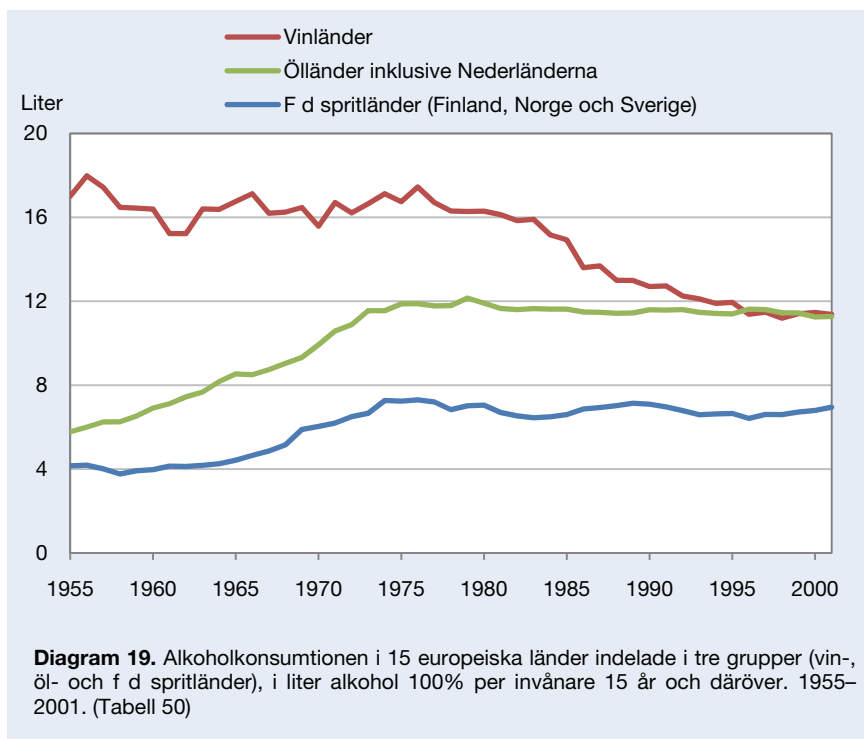
Konsumtionsutvecklingen i olika länder

I tabell 49 redovisas nordiska utvecklingen samt utvecklingen i de gamla EU-länderna och 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 2003. Ett generellt drag i utvecklingen är således att dryckesmönstren genomgått en internationalisering så att konsumtionsnivåerna tenderar att bli mera lika. En annan tendens i linje med detta är att konsumtionen ökat av den eller de drycker som inte tidigare ingått i den traditionella dryckeskulturen eller alkoholtraditionen i ett land.

I diagram 18 illustreras utvecklingen av alkoholkonsumtionen mätt som försäljningsvolym för åtta av länderna, däribland Sverige. Diagrammet illustrerar att de internationella konsumtionsnivåerna tenderar att närma sig var-



Alkoholutvecklingen



andra, noterbart är att nivåerna 2003 är likartade i Storbritannien som i Frankrike och Spanien och att Irland ligger allra högst i diagrammet.

Exempel på länder där konsumtionen ökat under perioden 1965–2003 är Danmark, Finland, Storbritannien, Nederländerna och i synnerhet Irland (se diagram 18). Ofta skedde ökningarna redan under 1960- och 1970-talen. Länder där konsumtionen minskat under perioden är Frankrike, Italien, Spanien och Portugal, det vill säga traditionella vinländer. Österrike, Tyskland och Sverige är de länder i tabellen som uppvisar periodens minsta förändringar.

Såväl volymerna som vilka drycker man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktning i Europa. Detta framgår också tydligt av diagram 19 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 från 17 liter alkohol 100% 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 spritländerna²⁵ i Norden ökat sin konsumtion från 4 till 7 liter medan de så kallade ölländerna ökat från 6 till 11 liter, vilket gör att de sistnämnda hamnar på samma nivå som vinländerna.

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.

Levercirrhosdödligheten i olika länder

En rad undersökningar har påvisat ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet. I tabellerna 51 och 52 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.

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.

Nyare siffror från WHO visar att Sverige ligger rätt långt ned i en europajämförelse över antal dödsfall på grund av leversjukdomar och levercirrhos (WHO 2008). De länder som toppar listan med flest antal dödsfall inom den här kategorin är främst länder från tidigare Sovjetunionen samt övriga Östeuropa. Sveriges siffror är från 2004, övriga länder har rapporterat in siffror mellan 2003–2006.

Internationell jämförelse av ungdomars alkoholvanor

Vid fyra tillfällen, vart fjärde år sedan 1995, har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. I gruppenkätstu-

²⁵ De före detta spritländerna består av Finland, Norge och Sverige. Vinländerna består av Frankrike, Grekland, Italien, Portugal och Spanien samt ölländerna av Belgien, Danmark, Irland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland och Österrike.

Alkoholutvecklingen

dien har bland annat flera frågor om alkohol ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2009).

Eleverna får bland annat 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 efter-
frågas i de ordinarie skolundersökningarna i Sverige.

I den senaste undersökningen genomförd 2007 var det i genomsnitt 43% av
ESPAD-studenterna som rapporterade att de hade intensivkonsumerat under
de senaste 30 dagarna, uppdelat på pojkar och flickor var siffrorna 47 respek-
tive 39%.

I diagram 20 jämförs resultaten från 1995–2007, alla länder har dock inte del-
tagit samtliga år. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året
innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid
minskning. I genomsnitt har intensivkonsumtionen under de senaste 30 da-
garna ökat mellan 1995 och 1999, men även mellan 2003 och 2007. Under
den senaste perioden stämmer detta speciellt bland flickor där andelen ökade
från 35 till 42%. 1995 var intensivkonsumerandet i genomsnitt mycket vanli-
gare bland pojkar jämfört med flickor, men könsskillnaden har minskat vä-
sentligt i 2007 års undersökning.

Ökningar i intensivdrickande bland 15–16-åringarna återfinns hos ungefär hälft-
en av alla deltagande länder under perioden 2003–2007.

Alkoholutvecklingen

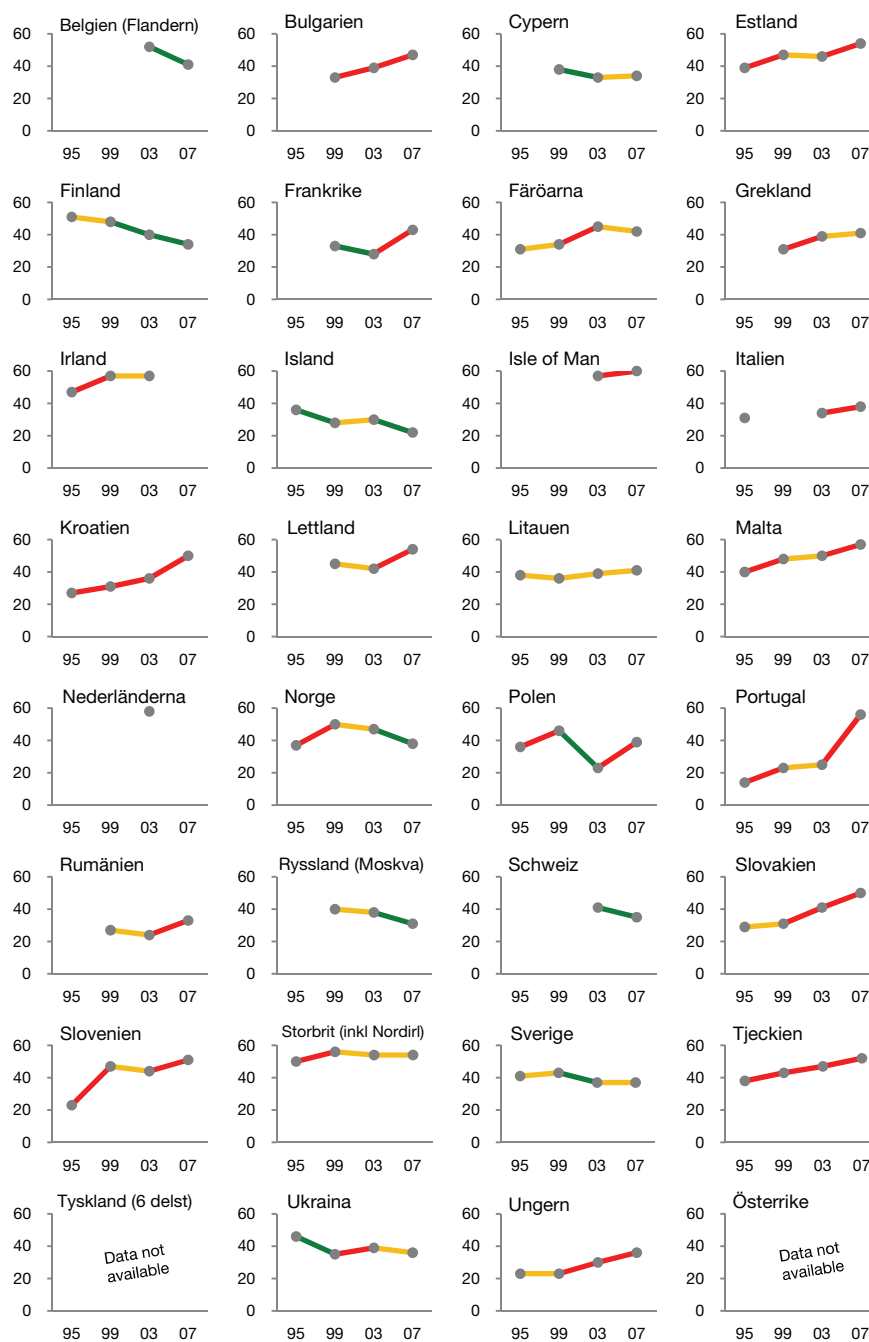


Diagram 20. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Tabell 53)

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 48. Stockholm, SoRAD.
- Brå (2008). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Rapport 2008:23. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- 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.
- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevs drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandets drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Jarl J et al (2006). *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. Forskningsrapport nr 37. Stockholm: SoRAD.
- 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: Öberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.
- Leifman H (2000). *Svenskens bruk av svartsprit och totala alkoholkonsumtion 1996–2000*. Stockholm: Öberoende 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.
- Malmgren L, Ljungdahl S och Bremberg S (2008). *Psyisk 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.
- 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 (2009). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008*. 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.
- Socialstyrelsen (2004b). *Alkoholrelaterade diagnoser i Patientregistret*. Socialstyrelsen; Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförselutredningen. Stockholm: Fritzes.
- 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 Alkoholinförselutredningen. 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 (2009). *Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – 2008*. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2008). *Alkoholstatistik 2007*. R 2008:34. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2006). *Alkoholstatistik 2005*. R 2006:25. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Alkoholutvecklingen

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

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

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

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.

WHO (2008) *Atlas of health in Europe, 2 ed*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

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.

Narkotikautvecklingen

Inledning

Alltsedan 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.

Narkotika och narkotikamissbruk är inga entydiga begrepp. När man tolkar 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 Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika, vilka publiceras på deras hemsida. 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 tillförs löpande till förteckningen och under 2009 tillkom exempelvis mefedron och 4-fluoramfetamin.

Förändringar i narkotikabegreppet medför förändringar i vad som räknas som narkotikamissbruk då man i Sverige 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 ofta med en mera skadeorienterad innebörd, liknande det gällande alkoholmissbruk, även om det inte alltid görs tydlig åtskillnad 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. Därefter beskrivs konsumtionsutvecklingen mera detaljerat och en uppdelning görs mellan mera tillfällig användning respektive tungt missbruk. Därpå 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 de mest aktuella händelserna. 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 särslagstiftning 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 Genève-konventionen från 1925 inkluderades cannabis, kokablad och ytterligare opiumberivat 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.
- 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.
- 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 barnavårdslagen (BVL).

- 1968** Narkotikastrafflagen infördes och omfattade tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika. Åtal kunde underlåtas om en person endast innehaft 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.
- 1972** Maxstraffet för grovt narkotikabrott och grov narkotikasmuggling höjdes till tio års fängelse. Möjlighet till åtalsunderlåtelse utökades åter.
- 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 av narkotika kriminaliserades med böter i straffskalan.
- 1989** Den maximala LVM-vårdtiden förlängdes från två till sex månader.
- 1993** Fängelse i maximalt sex månader infördes som straff för eget bruk vilket gav polisen rätt att ta blod- och urinprov vid misstanke om bruk.
- 1999** Den 1 april trädde lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor i kraft. 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. I vägtrafiken infördes 1 juli nollgräns för narkotika, med undantag av narkotikaklassade läkemedel använda enligt läkarordination.
- 2001** Narkotikakommissionen, som tillsattes 1998, överlämnade 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*.

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 förklarade reglerna för metadonbehandling, vilket introducerades i Sverige 1966, samtidigt som förskrivningen av det relativt nya preparatet 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.

- 2006** Under våren 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).

Aktuella händelser 2008–2009

Den 1 januari 2008 förflyttades ansvaret för att genomföra de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna från Alkoholkommittén och narkotikasamordnaren till berörda myndigheter. I samband med detta har det skapats en särskild samordningsfunktion i Regeringskansliet – ANDT-sekretariatet – för att samordna alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Narkotikautredningen ger i SOU 2008:120 ett antal förslag för att förbättra kontrollen av olika missbruksmedel, bl a narkotika och narkotikaprekursorer (utgångsämnen vid narkotikatillverkning) genom effektiviseringar av lagstiftningen. Efter avslutat remissförfarande väntas Riksdagen fatta beslut om lagförslagen senast den 1 juli 2010.

Under 2008 beslutades att tillsätta en utredning (S 2008:04) med uppdrag att göra en samlad översyn över den svenska missbruks- och beroendevården utifrån kommunernas, landstingens och statens insatser. Den s k Missbruksutredningen kommer att slutredovisa uppdraget den 15 november 2010.

Narkotikamarknaden

På narkotikaområdet saknas av naturliga skäl information liknande den som finns på alkoholområdet vad gäller produktion och försäljning. För att få en uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden och hur detta

förändras över tid är man därför hänvisad till att försöka tolka olika indikatorer. I följande avsnitt följer en analys av utbudsutvecklingen för några olika narkotiska preparat utifrån tillgängliga källor. Avsnittet inleds med en mer generell översikt av utvecklingen av narkotikautbudet och därefter följer mera ingående redovisningar av olika preparat.

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

En försöksberäkning av utgifterna för narkotikaköp har publicerats av SCB (2005). 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 högre siffra, vilket delvis förklaras av att tidigare beräkningar utgått från ett mindre antal personer med tungt missbruk. Samtidigt bör det noteras att den nya skattningen var av konservativ natur.

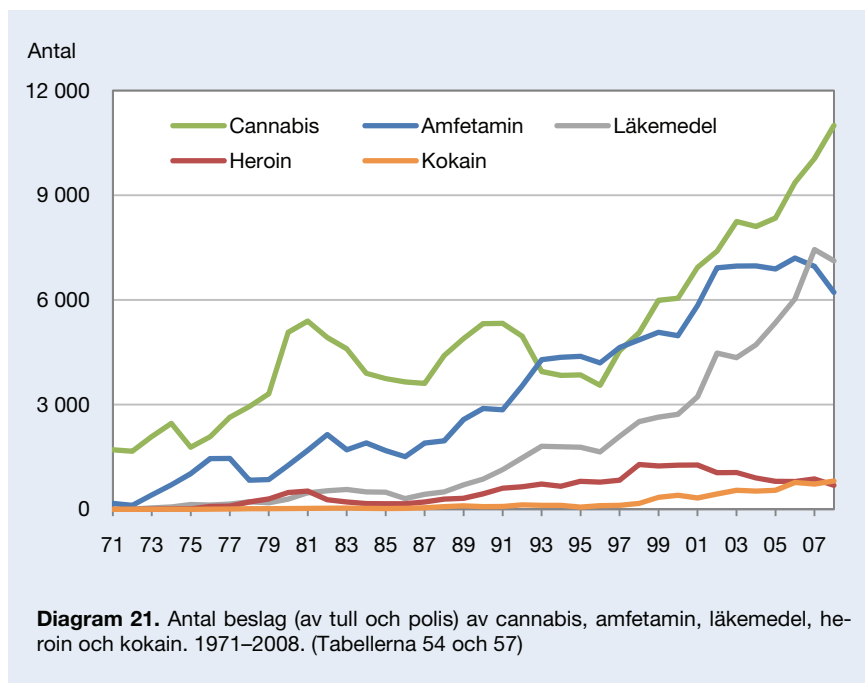
Tillgänglighetsutvecklingen

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 gatunivå, det vill säga i missbrukarledet.

CAN har sedan 1988 följt gatupriserna på ett antal narkotiska preparat. Frågan är dock vad prisutvecklingen kan säga om utvecklingen av tillgängligheten. Att använda prisuppgifter som enda indikation på förändringar i tillgången är riskabelt. Prisnedgångar kan även förklaras av att producenterna sänkt sina priser, att leverantörerna sänkt sina marginaler eller att prisjuteringar gjorts på en minskande efterfrågan. Det är därför viktigt att komplettera prisinformation med andra relevanta och tillgängliga källor. En sådan är beslagsstatistik.

Det brukar också antas att kvalitetsförändringar påverkar priserna, dessvärre saknas för svensk del någon mera systematisk belysning av narkotikans renhetsgrad varför det inte går att kontrollera för sådana eventuella effekter. Vad som finns att tillgå som underlag för att uttala sig om tillgänglighetsutvecklingen är för svensk del således gatupriser, beslagsantal och beslagsmängder.

Narkotikautvecklingen



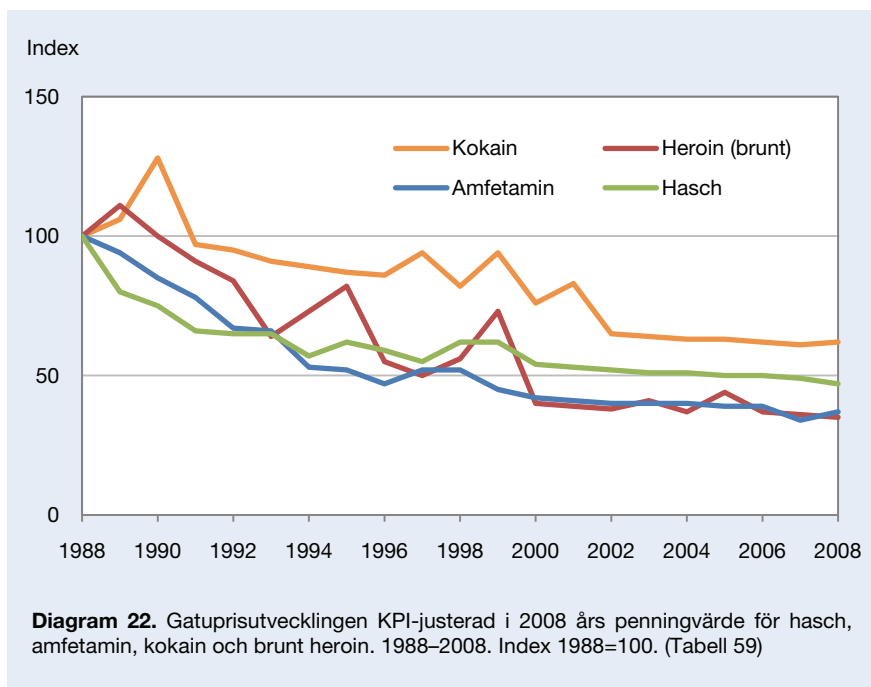
Som framgår av diagram 21 har antalet beslag av de i Sverige fem vanligaste narkotikagrupperna ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1970-talet, även om heroin minskat under 2000-talet och läkemedel¹ samt amfetamin uppvisar nyliga nedgångar.

Mellan 1988 och 2008 har antalet årsarbetskrafter polisen ägnat narkotikabrott tredubblats² (tabell 69). Detta kan alltså ha påverkat beslagsantalen. Samtidigt måste det konstateras att de beslagtagna mängderna följer ungefär samma utveckling som antalen, något som inte torde påverkas i samma omfattning, inte minst som tullen står för en stor andel av de beslagtagna kvantiteterna (se tabellerna 55–58).

Således har alltmer narkotika beslagtogs och de senaste årens nivåer är relativt höga. För gatupriserna på narkotika har dock en motsatt utveckling skett: av diagram 22 framgår att priserna på kokain, amfetamin, heroin samt hasch grovt sett halverats under perioden 1988–2008 (räknat i 2008 års penning-

¹ Med läkemedel avses narkotikaklassade läkemedel, huvudsakligen sömnmedel och lugnande medel men även olika smärtstillande preparat.

² Förändringar av statistiken har gjorts vid några tillfällen vilket kan ha lett till vissa artificiella ökningar. Den faktiska uppgången är dock otvetydig.



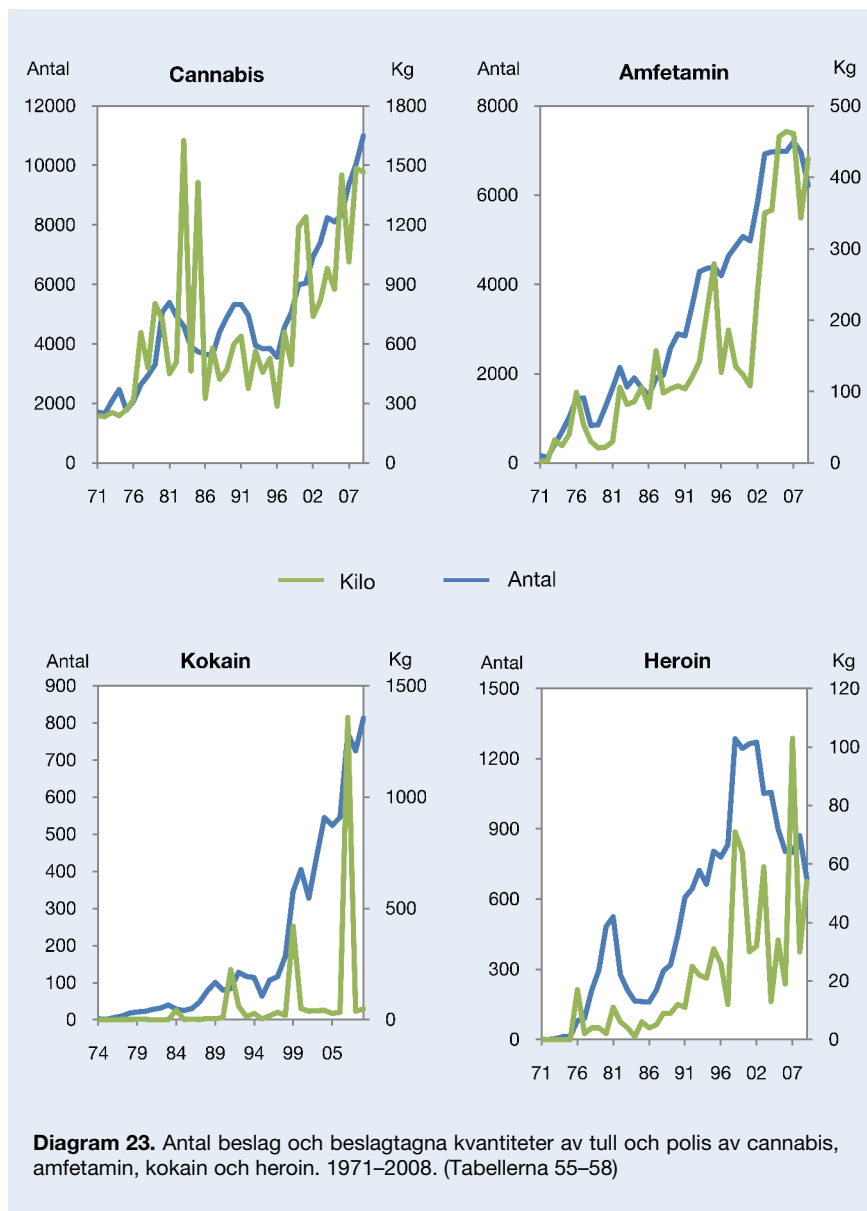
värde³). Åtminstone för kokain och heroin gäller att detta mer eller mindre är en spegling av utvecklingen i Västeuropa och USA (UNODC 2008).

Således har priserna för dessa narkotiska preparat sjunkit trots att beslagen ökat. Dock gäller detta främst för 1990-talet eftersom priserna varit förhållandevis oförändrade under 2000-talet, samtidigt som beslagen fortsatt öka. Att priserna sjunkit samtidigt som beslagen ökat i antal och omfattning senaste 15–20 åren pekar på ett ökat inflöde av narkotika och en ökad tillgänglighet. Tillgängligheten tycks således ha ökat inte bara i ekonomiska termer utan även rent fysiskt.

Som nämndes inledningsvis kan det finnas andra faktorer som bidragit till pris- och beslagsutvecklingen vilka skulle kunna ge upphov till en annorlunda bedömning av tillgängligheten. Dessvärre saknas till exempel information om renhetsgraden. Det finns dock inga kända fakta som pekar på att tolkningen om en ökad narkotikatillgänglighet skulle vara felaktig. Att en sjunk-

³ Innan indexeringen gjorts, med 1988 som utgångsår, har de ursprungligen inrapporterade prisuppgifterna justerats enligt SCBs konsumentprisindex för att spegla den reella – "inflationsjusterade" – prisutvecklingen.

Narkotikautvecklingen



ande konsumtion har bidragit till prisfallet under 1990-talet stämmer dock inte, all tillgänglig information pekar på att användningen ökade kraftigt då.

Man kan dock i sin tur inte dra några bestämda slutsatser om i vilken grad konsumtionsuppgången berodde på tillgänglighetsökningen. Det är inte okomplicerat att avgöra hur tillgängligheten påverkar konsumtionen, och forskningen på området är inte särskilt omfattande. Prisfallen 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 exempelvis ha olika effekter på å ena sidan ungdomars experimenterande med narkotika och å andra sidan konsumtionsnivåerna hos redan drogberoende personer.

Cannabis

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligast förekommande narkotikasorten, vilket bl a beslagsstatistiken visar. I olika intervjuundersökningar svarar nästan alla som prövat narkotika att de har använt cannabis – och majoriteten av dessa har enbart prövat cannabis. Bland personer med sk tungt missbruk har enligt olika kartläggningar (UNO och MAX) åtminstone 60% använt cannabis inom undersökningsperioden även om detta inte är det huvudsakliga preparatet i missbruksbilden (Olsson et al 2001).

Mellan 1983 och 1996 låg antalet domar och strafförelägganden för cannabisbeshantering runt 3 200 stycken men ökade sedan stadigt till drygt 7 500 stycken 2006 (tabell 76). Även tullens och polisens beslagsstatistik ger intryck av att cannabis blivit allt vanligare (diagram 23 samt tabell 55). Senaste årets beslag (ca 11 000 om totalt 1,5 ton) är historiskt mycket högt.

Runt 80% av det hasch som beslagt i Sverige bedöms ha sitt ursprung i Marocko (Rikskriminalpolisen och Tullverket 2008). Av tabellen framgår att bortåt 90% av cannabisbeslagen normalt utgörs av hasch. Andelen var betydligt lägre 2008 vilket delvis beror på att flera större odlingar upptäcktes under detta år samtidigt som cannabisplantorna från dessa vägts hela. Därmed underskattas haschandelen.

Det får konstateras att samtidigt som cannabiskonsumtionen ökade under 1990-talet föll gatupriserna trots höga och ökande beslagsnivåer.

Sammantaget pekar ovanstående information – ökad förekomst i rättsväsendet, ökad konsumtion och fallande priser på att tillgängligheten av cannabis ökade i Sverige under 1990-talet. Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen som den uttrycks i SCBs konsumentprisindex har haschpriserna halverats sedan 1988, med den största förändringen under 1990-talet (tabell 59 och diagram 22). År 2008 uppgavs ett gram hasch kosta omkring 60–100 kronor med ett medianpris på 80 kronor. Prisfallet torde heller inte kunna förklaras av några uppenbara kvalitetsförändringar, thc-halterna har på det stora hela varit relativt oförändrade under 1990-talet enligt Carpentier och Griffiths (2004).

Centralstimulantia

Alltsedan mitten av 1970-talet har antalet personer lagförda för narkotikabrott, där centralstimulerande medel ingått, ökat från omkring 1 000 till nästan 7 600 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 drygt 40% under 2000-talet.

Sedan centralstimulerande medel, främst amfetamin, började användas i större omfattning bland kriminella under 1960-talet har preparattypen utgjort en betydande del av injektionsmissbruket i Sverige. Antalet amfetaminbeslag har hela tiden legat betydligt högre än de för exempelvis heroin (diagram 21). Även vid mera tillfällig användning bland ungdomar är amfetamin, förutom cannabis, vanligare än de flesta andra droger (tabellerna 62 och 64). Enligt kartläggningar av det tunga missbruket minskade dock andelen med amfetamin som dominerande medel, från 48% 1979 till 32% 1998 (Olsson et al 2001).

Av diagram 23 framgår att amfetaminbeslagen ökade mer eller mindre kontinuerligt från 1970-talet och framåt men att uppgången brutits och stabiliserats på en hög nivå de allra senaste åren. Vidare har realpriserna fallit med mer än 60% sedan 1988 (diagram 22) men med 2008 års uppgång kan prisläget sägas ha varit förhållandevis oförändrat under 2000-talet. År 2008 kostade ett gram amfetamin 125–400 kronor, med ett medianpris på 250 kronor. Sammantaget indikerar detta en ökad, och fortsatt hög, amfetamintillgänglighet sedan 1980-talets slut.

Metamfetamin har blivit allt vanligare i beslagsstatistiken under 2000-talet. Beslag av denna amfetamintyp (liksom fenmetralin) ingår i siffrorna redovisade i tabell 58 och räknat i vikt har andelen metamfetamin ökat från 2 till 15% sedan år 2000.

Under senare delen av 1980-talet fick kokain en viss spridning och alltsedan dess har beslagen ökat (tabell 59 och diagram 22). Vissa år förekommer mycket stora beslagsmängder vilket främst beror på att enstaka större partier, ibland dessutom avsedda för andra marknader än den svenska, beslagtagits.

Kokainpriserna har sjunkit med närmare 40% sedan 1988, räknat i KPI-justerade priser. År 2008 uppgavs ett gram kokain kosta mellan 600 och 1 000 kronor, med ett genomsnitt om 800 kronor (diagram 22). Kokainpriset har legat relativt stabilt de sju 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 var exempelvis ecstasy (MDMA – 3,4-metylen-dioxi-metamfetamin) men begreppet är vidgat till att innefatta en familj av liknande medel.

Enligt data från mönstringsundersökningen ökade andelen artonåriga män som prövat ecstasy från 1 till 4% mellan 1994 och 2002 medan 2006 års värde sjunkit till 1,5% (detta var sista året denna studie genomfördes). Även information från gymnasiets årskurs 2 indikerar att ecstasyerfarenheter blivit alltmer sällsynta och 2009 svarade 1% att de prövat detta någon gång, jämfört med 3% 2004.

I beslagsstatistiken ökade ecstasy under 1990-talet medan förekomsten minskat under 2000-talet. Vanligast är MDMA, medan MDA och MDE står för en mindre andel. Under 2000-talet har ecstasy fallit i pris och en tablett uppgavs kosta 70–150 kronor 2008, med ett medianpris om ca 100 kronor.

Ett annat centralstimulerande preparat som fått viss uppmärksamhet senare år är kat (Catha edulis), vilket är en växt som odlas i Östafrika och narkotikaklassades 1989 i Sverige. Även om effekterna är svagare har drogen farmakologiskt likheter med amfetamin. Katbeslagen har ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan mitten av 1990-talet och 2008 beslagtogs tull och polis 11 ton fördelade på knappt 400 beslagstillfällen. Inte särskilt mycket är känt om användningen i Sverige men normalt antas denna inte vara spridd utanför grupper som ursprungligen härrör från odlingsländerna.

Hallucinogener

Hallucinogener är samlingsnamn för droger som framkallar syn- och hörselhallucinationer och begreppet hallucinogen används även ibland som synonym till psykedeliska droger. Även denna drogkategori ökade något i popularitet under 1990-talet då narkotika blev allt vanligare i stort. Enligt mönstringsundersökningarna dalade dock populariteten för LSD och hallucinogena svampar (innehållande psilocybin och psilocin) åren 2000–2006 och bland gymnasieungdomarna uppgår endast någon enstaka procent LSD-erfarenhet idag (tabellerna 62 och 64).

Även beslagen av LSD, gjorda av tull och polis, är mindre omfattande idag jämfört med andra hälften av 1990-talet. Sedan 2000 har gatupriset följts och detta har fluktuerat utan någon skönjbar utvecklingstrend.

Heroin och andra opiater

Från och med andra hälften av 1970-talet är opiatmissbruk i Sverige i stort sett liktydigt med heroinmissbruk (olika läkemedel oräknade). Under 1960-talet dominerades opiatmissbruket i Sverige av råopium, vilket sedan ersattes av morfinbas men under 1970-talets mitt började heroin sätta avtryck i exem-

pelvis beslagsstatistiken samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade⁴.

Heroinbeslagen ökade länge och antog en toppnivå runt millennieskiftet, (runt 1 300 årliga beslag om ca 50 kilo enligt tabell 58). Därefter har mängderna varit av ungefär samma omfattning medan antalen sjunkit⁵. Mellan 1988 och år 2000 föll priset på brunt heroin med 60% och har därefter legat relativt stilla (diagram 22). Antalet domar och strafförelägganden gällande heroin har under 2000-talet varit tämligen stabilt, men minskat i andel relativt andra narkotikasorter (tabell 78). Sammantaget pekar dessa uppgifter på att 1990-talets ökning av heroinutbudet tycks ha avstannat sedan millennieskiftet.

Flera olika uppgifter pekar på att heroinanvändning blev vanligare under 1990-talet. Utvecklingen av antalet lagförda personer ökade parallellt med beslagen och två kartläggningar visade att heroin blev ett allt vanligare inslag i det tunga missbruket under årtiondet. Tillgängliga indikatorer tyder dock på att uppgången i heroinanvändning har avstannat efter millennieskiftet, åtminstone relativt konsumtionen av t ex cannabis och amfetamin.

Narkotikaklassade läkemedel

Det är inte ovanligt att personer med alkohol- eller narkotikaproblem också använder narkotikaklassade läkemedel. Ibland används olika preparat 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.

De narkotikaklassade läkemedlen med missbrukspotential är främst olika smärtstillande preparat av opiat-/opioidtyp samt sömnmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp. Dessa kan antingen införskaffas via recept eller köpas på den illegala marknaden.

Enligt beslagsstatistiken är narkotikaklassade läkemedel den grupp som ökat mest under de senaste 20 åren i antal och gruppen har nu passerat amfetaminpreparaten, vilket tidigare var den näst största gruppen efter cannabis (diagram 21). Bensodiazepinpreparat är den största gruppen även om en del smärtstillande läkemedel som morfin, kodein, dextropropoxifen, metadon,

⁴ Sedan en längre tid består analyserade heroinbeslag enligt Kriminalpolisens och Tullverkets årsrapporter huvudsakligen av brunt heroin (se t ex Rikskriminalpolisen och Tullverket 2008).

⁵ Förekomsten av opium ska dock inte negligeras; dessa beslag har ökat och uppgick i genomsnitt till årliga 10 kilo under 1990-talet och till årliga 30 under 2000-talet.

tramadol, subutex och liknande också förekommer. År 2008 gjordes över 7 000 läkemedelsbeslag i Sverige.

År 2005 motsvarade den svenska förskrivningen av medel av bensodiazepintyp daglig användning för ca 500 000 personer och den korresponderande siffran för opiatpreparat var 200 000 personer (Mobilisering mot narkotika 2005). Skattningar gällande antalet personer med ett läkemedelsmissbruk saknas dock i stort sett helt. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Jonasson och Jonasson 2006) beräknas antalet läkemedelsberoende till närmare 250 000, varav ca hälften var 65 år och äldre. Enligt rapporten ingick emellertid inte ”den så kallade missbrukspopulationen”, d v s de som eftersträvar bi- och berusningseffekter av läkemedlen.

Något som kanske ibland förbises är att ungdomar i berusningssyfte också använder narkotikaklassade läkemedel utan läkarförskrivning. I mönstrings- och gymnasieundersökningarna rapporteras icke läkarförskriven konsumtion av bensodiazepiner i samma utsträckning som erfarenhet av amfetamin och ecstasy (tabellerna 62 och 64). Det kan då handla om preparat som man fått av kompisar, köpt illegalt eller tagit hemifrån.

Utvecklingen av narkotikaanvändningen

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av den allmänna befolkningens narkotikakonsumtion, d v s främst tillfällig/experimentell användning, kommer från olika enkät- och intervjuundersökningar (vilka beskrivs närmare i metodkapitlet). Utvecklingen av det mest problematiska narkotikamissbruket beskrivs med helt andra typer av källor. Detta har i sin tur medfört att konsumtionsutvecklingen beskrivs i två olika delavsnitt, först behandlas narkotikaerfarenheter i befolkningen i stort och därefter fokuseras på det skarpa missbruket.

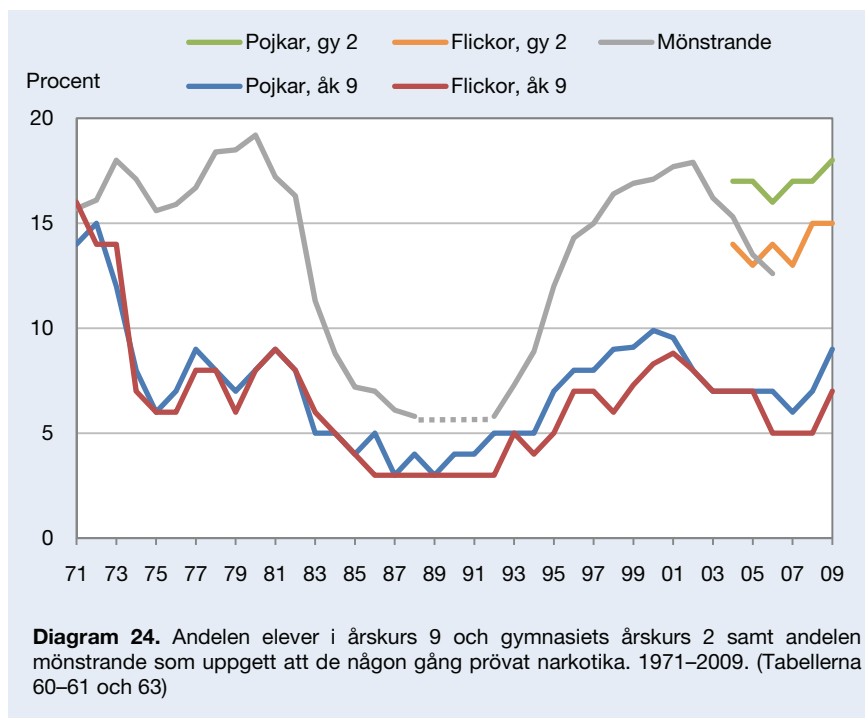
Utvecklingen bland ungdomar

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

Därefter kan utvecklingen av narkotikaerfarenheten belysas med data från de nationella skol- och mönstringsundersökningarna⁶.

⁶ Denna undersökningsserie avslutades i och med 2006 års datainsamling (se Guttormsson 2007).

Narkotikautvecklingen



Som framgår av diagram 24 (tabellerna 60–61 och 63) har narkotikaerfarenheten varierat över tid. Nedgången under 1980-talet av andelen ungdomar som svarat att de prövat narkotika följdes av en uppgång under 1990-talet. Ökningen upphörde efter millennieskiftet och byttes åter i en minskning, men de allra senaste åren är det en liten ökning av andelen skolelever som svarar att de någon gång prövat narkotika. År 2009 uppgav 8% detta i årskurs 9 medan andelen som rapporterade detta i gymnasiets årskurs 2 var dubbelt så hög (Gripe och Hvitfeldt 2009).

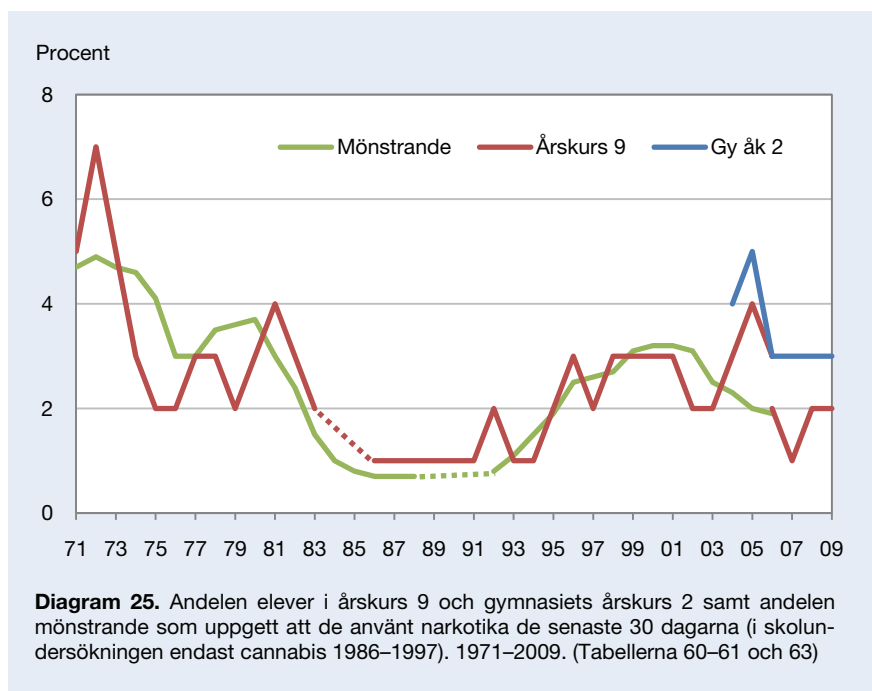
Narkotikaerfarenheten bland ungdomar (liksom vuxna) utgörs huvudsakligen av cannabisanvändning. Under 2000-talet har i grova drag 60% av dem med narkotikaerfarenhet i de nämnda undersökningarna enbart använt cannabis, medan drygt 5% enbart använt annan narkotika än cannabis.

Av tabellerna 62 och 64 framgår att i andra hand, efter cannabis, uppger 2–3% av ungdomarna erfarenhet av amfetamin och ecstasy men även av narkotikaklassade bensodiazepinpreparat använda utan läkareordination. Ännu färre nämner andra preparat som kokain, GHB, heroin och LSD.

Mellan 1994 och 2003 insamlades även uppgifter om äldre ungdomar, 16–24-åringar, i olika telefonintervjuundersökningar (Guttormsson et al 2004).

Andelen i dessa studier som svarat att de prövat narkotika ökade från 4 till 17%. Främst var det de äldre ungdomarna som prövat narkotika även om en viss mättnad infinner sig i 21–22-årsåldern; enligt undersökningen från 2003 är det få som prövar narkotika för första gången efter 21 år fyllda. Debutåldern var 17,5 år för dem 20 år fyllda. Den relativt höga debutåldern visar att det är viktigt att följa narkotikavanorna inte minst bland äldre ungdomar.

För att fånga mera regelbunden användning efterfrågas ofta narkotikakonsumtion under de senaste 30 dagarna före undersökningen. Enligt diagram 25 är utvecklingen av den månadsaktuella användningen i stora drag densamma som för livstidsprevalensen⁷. De lägsta nivåerna uppmättes således under 1980-talet. I intervjuerna med 16–24-åringarna framkom att aktuell, och därmed sannolikt mera regelbunden användning, tenderade att vara mest förekommande i 21-årsåldern.



⁷ År 2006 ändrades frågekonstruktionen i skolundersökningarna och detta år redovisas därför värden för både den gamla och nya varianten (samma värden i gymnasiet).

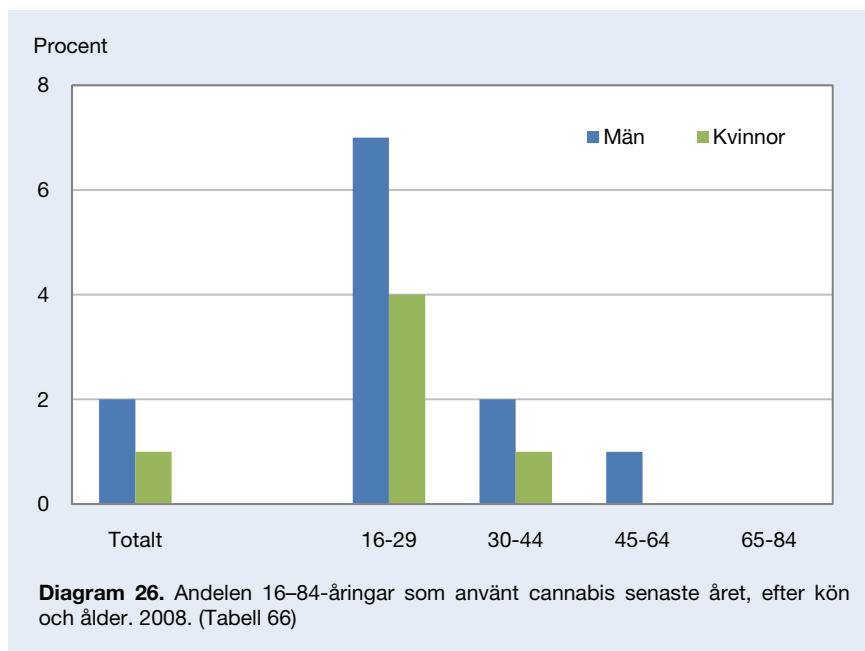
Utvecklingen bland vuxna

Den enda idag existerande nationella 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.

Det enda narkotiska preparat som omfrågas i undersökningen är cannabis och enligt tabell 65 svarar ca 11% i åldersgruppen att de prövat detta någon gång. I åldersintervallet 16–29 är det störst andel (ca 20%) som uppger cannabiserfarenhet och denna sjunker med stigande ålder för att uppgå till max någon enstaka procent bland dem 65 år och äldre.

Två procent svarar att de använt cannabis senaste året och 1% att de gjorts så senaste månaden och dessa värden är naturligt nog högst bland 16–29-åringarna (6 resp. 2%), vilket illustreras i diagram 26 där årsprevalensen redovisas fördelad på åldersgrupper. Omräknat till antal personer har i runda tal 150 000 personer i åldersintervallet använt cannabis under senaste året och yngre män är uppenbart mest benägna att göra så.

Mellan 1988 och 2000 genomfördes besöksintervjuer i riksrepresentativa urval med 15–75-åringar och då ställdes bl a frågor om narkotikaanvändning (se CAN 2007). Enligt dessa studier ökade andelen som prövat narkotika från



8 till 12% under perioden. I de allra flesta fallen gällde erfarenheten (enbart) cannabis; normalt svarade 1–2% att de prövat amfetamin respektive kokain medan övriga narkotikasorter nämndes av ännu färre.

Endast 1% uppgav att de använt narkotika de senaste 12 månaderna i dessa studier. Eftersom såväl metod som frågeställningar och åldersgrupper skiljer sig åt jämfört med folkhälsoinstitutets enkät är det svårt att dra några säkrare slutsatser om utvecklingen men det tycks som om narkotikakonsumtion är vanligare i befolkningen idag jämfört med början av 1990-talet.

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det enligt befolkningsundersökningarna närmare dubbelt så många män som kvinnor som har prövat narkotika. Tittar man på mera aktuell användning bland vuxna accentueras könsskillnaderna.

Bland eleverna i årskurs 9 förekommer dock knappt några könsskillnader alls vad gäller att ha prövat någon gång även om något fler pojkar uppger månadsaktuell användning jämfört med flickorna. I gymnasiets årskurs 2 har skillnaderna blivit något tydligare; pojkarna har i större omfattning än flickorna uppgett att de har testat narkotika någon gång och ser man till månadsaktuell konsumtion har åtminstone dubbelt så många pojkar som flickor uppgett detta.

Således börjar könsskillnaderna framträda först i de övre tonåren, för att bli än tydligare i 20-årsåldern.

Regionala skillnader

Under 1960-talet, då det moderna narkotikaproblemet uppstod var det huvudsakligen frågan om en storstadsföreteelse. Redan 1967 svarade exempelvis 17% av flickorna och 23% av pojkarna i årskurs 9 i Stockholms skolor att de prövat narkotika. Tre år senare var andelarna 28 respektive 34% (Ds S 1977:8). Successivt spreds narkotikan över landet och idag förekommer den i stort sett överallt i Sverige.

Fortfarande är narkotikaanvändning främst ett storstadsfenomen. Detta visar t ex Folkhälsoinstitutets hälsoenkät för 2005–2008. Årsaktuell cannabiserfarenhet bland ungdomar 16–24 år är enligt denna vanligare i storstadsområden jämfört med övriga städer samt tätorter och i synnerhet jämfört med mera glesbefolkade regioner. Samma mönster framkom även tidigare i mönstersundersökningarna och de gamla serierna av ungdomsundersökningar.

Av tabell 16 framgår att bland gymnasieeleverna är narkotikaerfarenheter vanligare i Stockholms och Skåne län och minst vanliga i norra Sverige. Detta regionala mönster är inte så tydligt för eleverna i nian och således manife-

steras tydligare geografiska skillnader först i lite högre åldrar. I tabell 19 presenteras 2006 års mönstringssiffror fördelade efter län. Som framgår var narkotikaerfarenheten (liksom föregående år) allra högst i Stockholms och Jämtlands län samt lägst i Jönköping och Värmland.

Enligt tillgängliga studier accentueras de regionala skillnaderna om man ser till mera aktuell användning, detta är alltså mera av ett storstadsfenomen.

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 provat narkotika. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att ungdomar som provat narkotika skiljer sig från andra ungdomar i olika avseenden.

Av skolundersökningen framgår exempelvis att de elever i nian som provat narkotika i högre grad än andra uppgett att de trivdes dåligt i skolan (11% jämfört med 4%) och att de skolkade ett par gånger i månaden eller oftare – 40% av dem som hade provat narkotika skolkade så ofta jämfört med 10% bland dem som inte provat narkotika. Vidare uppgav de narkotikaerfarna eleverna att de bodde i bostadsområden där klottar och vandalism var vanligare och dessa uppgav i större utsträckning än övriga att de önskade flytta till ett annat område. Liknande men något mindre markanta skillnader framkommer även i gymnasieundersökningen från samma år.

I mönstringsundersökningen 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 (år 2005). Gruppen som arbetade vid mönstringstillfället intog där en mellanställning. I mönstringsundersökningen framkom även mindre skillnader mellan personer med utländsk bakgrund (själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar. Bland de förstnämnda hade runt 16% provat narkotika, jämfört med 12% bland de sistnämnda (år 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 dem som saknade sysselsättning, jämfört med dem som arbetade. Samtidigt var narkotikaerfarenheten av allvarligare art bland dem som var ”sysslolösa”, de hade klart större erfarenheter av olika narkotikasorter och debutåldern 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 ofta 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.

Eftersom förhållandevis få har mera aktuella cannabiserfarenheter i befolkningen är det svårt att finna statistiskt säkerställda samband när man delar in datamaterialen i undergrupper. I folkhälsoinstitutets enkäter ingår frågor om utbildning, socioekonomisk status, arbetsförhållanden etc men av ovan nämnda skäl är det svårt att etablera några tydliga och beständiga samband gällande cannabisvanorna för vuxna. Ett samband som dock noterades 2008 var att de som använt cannabis senaste året i högre grad var ekonomiskt utsatta.

Om endast 16–24-åringar från hälsoenkäten analyseras framgår att färre utlandsfödda än svenskfödda ungdomar prövat cannabis. Det framkommer också att bland arbetslösa 20–24-åringar är det fler som uppger årsaktuell cannabisanvändning jämfört med dem som arbetar, och även bland studenterna var detta vanligare jämfört med de yrkesarbetande.

Utvecklingen av tungt missbruk

När det gäller utvecklingen av de allvarligaste formerna av narkotikaanvändning är det svårt att bedöma utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Åren 1979, 1992 och 1998 är delvis 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. Sammantagna kan sådana indikatorer antas ge en någorlunda god bild av utvecklingen över tid. En sådan genomgång följer efter att kartläggningarna presenterats.

Utvecklingen enligt kartläggningar

För att få en bättre bild av narkotikamissbrukets omfattning genomfördes en kartläggning i Storstockholm 1967 och med utgångspunkt från denna studie estimerades – i efterhand – att ca 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 och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat de personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via 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 samt Olsson et al 2001).

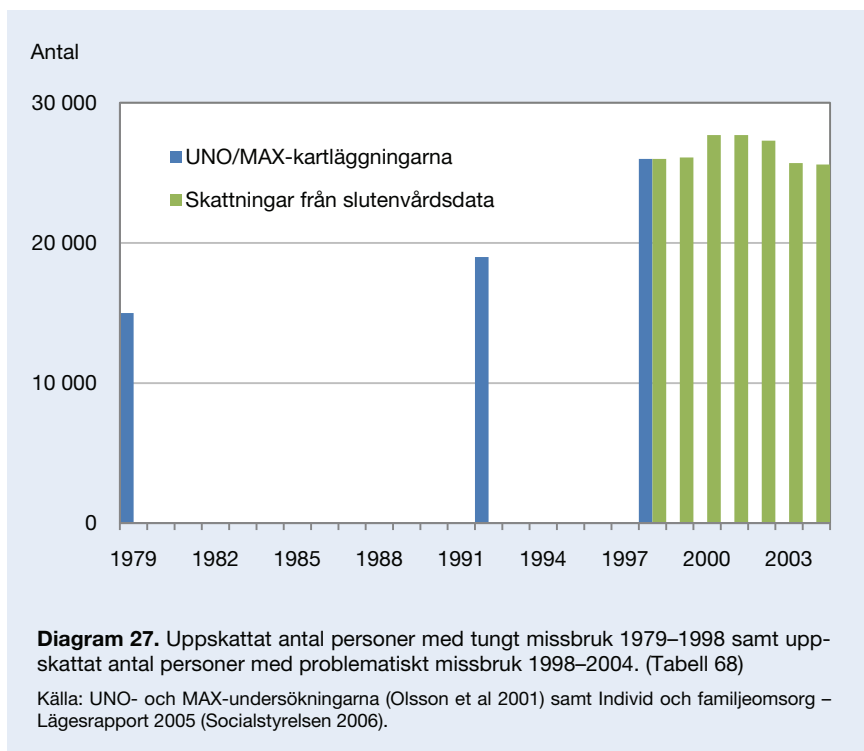
För 1979 bestämdes antalet personer med ett s k tungt missbruk⁸ ha uppgått till 15 000, med ett intervall på 13 500–16 500, och för 1992 till 19 000 (17 000–20 500). År 1998 beräknades antalet uppgå till 26 000 (24 500–28 500) och de tre estimaten presenteras i tabell 68 och diagram 27. Resultaten är av naturliga skäl osäkra och bör snarast ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar.

Utifrån de ovan presenterade antalsuppgifterna var den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998. Det betyder att nyrekryteringen var förhållandevis stor under 1990-talet. Samtidigt var många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års undersökning hade 19% en missbrukstid på 10 år eller längre jämfört med 52% år 1998 och medelåldern ökade från 27 till 35 år.

De allra flesta (runt 90%) hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis var de dominerande drogerna i kartläggningarna. Amfetaminet dominerade missbruket för ca 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. Andel-

⁸ Definitionen "tungt missbruk" innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Skattningarna påverkas givetvis av hur man väljer att definiera tungt missbruk, någon given eller entydig definition av detta finns inte i Sverige (SOU 2005:82).



en med cannabis som dominerande medel minskade från 33% 1979 till 8% 1998.

Uppskattningar av antalet personer med ett problematiskt narkotikamissbruk⁹ 1997–2001 som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartläggningarna har presenterats av Brå (2003) och senare kompletterats av Socialstyrelsen (2006). Skattningarna utgick från patientregistrets uppgifter om narkomanvårdade och utifrån detta gjordes statistiska bearbetningar för att uppskatta mörkertal och därmed det totala antalet med problematiskt narkotikamissbruk.

Enligt denna metod uppgick antalet personer med problematiskt missbruk till 26 000 år 1998 och närmare 28 000 år 2001 (diagram 27). Beräkningen har uppdaterats t o m 2004 och då beräknades antalet åter vara 26 000, alltså en

⁹ Med definitionen "problematiskt missbruk" läggs fokus på problem uppkomna av narkotikaanvändningen (här uttryckt i form av slutenvårdsbehov) snarare än intagningssätt och användningsfrekvenser. Ett möjligt problem med skattningen är att den baseras på en enda typ av källa (slutenvårdsregistret) och att förändringar inom vårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

återgång till 1998 års nivå. Enligt Socialstyrelsens skattningar låg medelåldern runt 37 år under hela perioden.

Utvecklingen enligt indikatorer

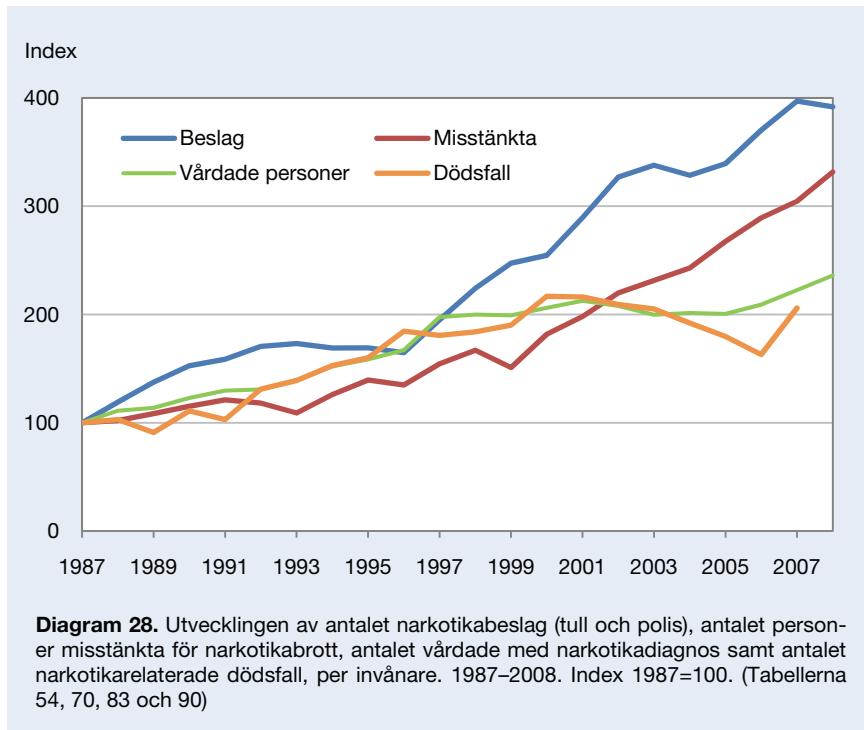
I följande avsnitt analyseras narkotikamissbrukets utveckling med hjälp av indikatorer. Man brukar säga att det moderna narkotikamissbruket etablerades i Sverige under senare delen av 1960-talet. Detta kan illustreras av utvecklingen av narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott (tabellerna 54 och 69). Den uppgång 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 69 är att de nedlagda polisresurserna på narkotikaärenden aldrig varit mer omfattande än under de senaste fem åren, samtidigt som nivån över anmälda narkotikabrott liksom omfattningen av narkotikabeslagen är historiskt hög.

Ovanstående kan tjäna som en illustration av att det är viktigt att hålla i minnet att denna typ av indirekta uppgifter om missbruket, som indikatorerna utgör, kan påverkas inte bara av missbrukets omfattning utan även av samhällets prioriteringar liksom förändringar inom själva statistikinsamlingen. För att få en så rättvisande bild som möjligt bör därför flera olika typer av källor analyseras.

I diagram 28 redovisas utvecklingen av antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterade diagnoser samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till invånarantal och har indexerats med utgångsåret 1987 satt till 100.

De kriminalstatistiska uppgifterna visar under perioden 1987–2008 på en kraftigare uppgång (närapå fyrfaldig) jämfört med uppgifterna gällande sjuk- och dödlighet (en fördubbling). Att kriminalstatistiska data visar på ökning kan som nämnts delvis ha att göra med utökad lagstiftning och ändrade prioriteringar¹⁰ medan ökning i sjukligheten skulle kunna förklaras av ett ökat vårdbehov hos ett åldrande missbrukskollektiv.

¹⁰ Under 1980-talet skedde flera förändringar av betydelse för polisens och tullens arbete mot narkotika. Polisen fick bl a under denna period vidgade resurser och inriktade i ökad utsträckning sina insatser mot de senare leden i distributionskedjan (Kassman 1998). Detta ledde till fler beslag, misstänkta personer och uppdagade brott, samtidigt som mängderna och allvarlighetsgraden tenderade att sjunka. Denna utveckling har fortgått därefter. Enligt uppgifter från Rättsmedicinalverket har antalet provtagningar på personer misstänkta för eget bruk av narkotika ökat från ca 6 000 under 1994 till 33 300 år 2008, vilket förklaras av de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk genom urinprov.



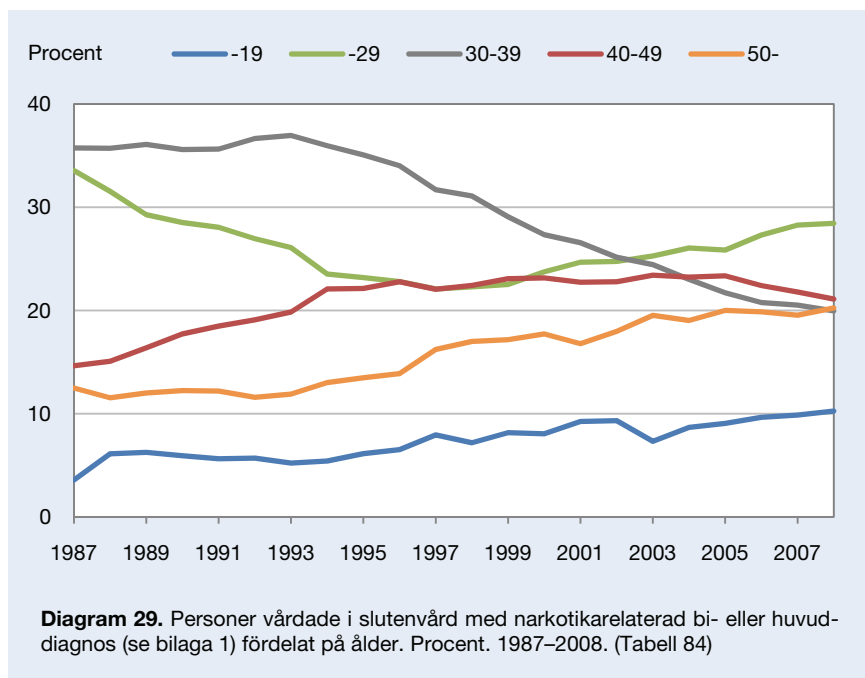
Kombinerat med uppgifterna från de kartläggningar som tidigare presenterats är det dock rimligt att dra slutsatsen att narkotikamissbruket ökade i omfattning under 1990-talet, även om indikatorerna överdriver ökningstakten. Frågan är om ökningen hejdats under 2000-talet eller ej. Läger man fokus på dödlighetsstatistiken tycks uppgången ha brutits efter millennieskiftet, detta kan dock eventuellt förklaras av att opiatmissbrukarna, den grupp som har allra högst dödlighet, fått tillgång till en utökad substitutionsbehandling.¹¹

En faktor som talar för att det inte skett någon förbättring av läget gällande det problematiska missbruket under 2000-talet är att antalet, liksom andelen, personer under 30 år som fått slutenvård på grund av narkotikaproblem har ökat alltsedan mitten av 1990-talet och att ökningen inte har avstannat (diagram 29). Vidare har antalet icke tidigare kända för narkotikamissbruk ökat inom slutenvården och deras antal var högre än någonsin 2008 (tabell 83).¹²

¹¹ Enligt uppgifter baserade på rättsmedicinska data var antalet dödsfall 2008 – där man vid rättsmedicinska undersökningar testat för och funnit spår av narkotika – den högsta sedan statistikseriens start 1994 (Statens folkhälsoinstitut 2009). Samtidigt var det en nedgång i heroingruppen jämfört med toppen 2001.

¹² Detta mått beskrivs närmare i avsnittet "Vård, sjuklighet och dödlighet".

Narkotikautvecklingen



Ser man till uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet har gruppen yngre än 30 år som avlidit i någon narkotikarelaterad diagnos legat stabilt runt 25% hela 2000-talet. Antalet personer yngre än 30 år misstänkta för narkotikabrott fyrdubblades mellan 1995 och 2008 och av samtliga misstänkta ökade gruppens andel från 42 till 58% (tabell 73). Yngre åldersgrupper minskar alltså inte i statistiken, snarast ökar de.

Kartläggningarna i det föregående avsnittet visade på en ökning av det allvarligaste narkotikamissbruket fram till millennieskiftet. En liknande bild får man således om man betraktar exempelvis beslags-, kriminal-, sjuk- och dödlighetsstatistiken. Vidare är det ingen av indikatorerna som pekar på en förbättring av situationen under 2000-talet. Tvärtom visar flertalet av dem att det förvärrade läge som uppstod under 1990-talet rent av kan ha fortsatt utvecklas i en negativ riktning, om än inte i samma omfattning.

Någon helt säker bedömning av utvecklingen av det tunga missbruket utifrån tillgängliga indikatorer är dock svår att göra. Ovanstående resonemang stöds dock av att andelarna i yngre åldrar ligger still eller fortsätter öka under 2000-talet för i princip samtliga indikatorer. Härtill kan läggas att narkotika-tillgängligheten är historiskt hög.

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%.

Av tabell 73 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–2006 har legat stabilt runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2008 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 88).

Av tabell 90 framgår att kvinnornas andel av de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort drygt 20% de senaste tio åren men att andelen åren dessförinnan låg runt 30%.

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 regionala variationer, och missbruket är ofta koncentrerat till storstadsregionerna. Sedan millennieskiftet härrör det ex runt två tredjedelar av alla misstänkta för narkotikabrott, narkotikarelaterade vårdtillfällen respektive narkotikarelaterade dödsfall från storstadslänen (tabell A). För narkotikasmuggling och missbruksrelaterade hiv-fall är överrepresentationen ännu större (ca 85% av dessa fall härrörde från de tre största länen). Endast de missbruksrelaterade hepatit C-fallen är i närheten av den totala befolkningens länsvisa fördelning.

Stockholm

Enligt de nationella kartläggningarna har Stockholms kommun alltid legat ungefär dubbelt så högt jämfört med riket i antal missbrukare per invånare i åldern 15–54 år. År 1998 fann man 1 026 i Stockholm mot 550 i hela landet (diagram 30). Totalt uppskattades antalet uppgå till 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 (eller ca 4 000 personer totalt).

Tabell A. Procentuell fördelning på län av misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika), misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen, slutenvårdstillfällen, injektionsrelaterade hepatit-C respektive hiv-fall samt narkotikarelaterade dödsfall. Genomsnitt 2000–2008. (Tabellerna 71, 72, 85, 87, 89 och 91)

	Stock- holm	Västra Götaland	Skåne	Övriga län	Totalt
<i>Population, alla åldrar</i>	21	17	13	49	100
Misstänkta, VSL narkotika	22	12	53	12	100
Misstänkta, Narkotikastrafflagen	28	18	14	40	100
Slutenvårdstillfällen	33	17	12	37	100
Hepatit C-fall	23	16	16	45	100
Hiv-fall	70	4	5	21	100
Dödsfall 2000–2006 ^{a)}	31	14	24	31	100

a) Baserat på ECNNs definition.

Av tabell 85 framgår att Stockholms län alltsedan 1987 stått för en dryg tredjedel av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen och denna siffra överensstämmer relativt väl med kartläggningarna ovan. Också andelen misstänkta för narkotikabrott från Stockholm låg tidigare runt en tredjedel men har minskat under 2000-talet och uppgick till 26% 2008.

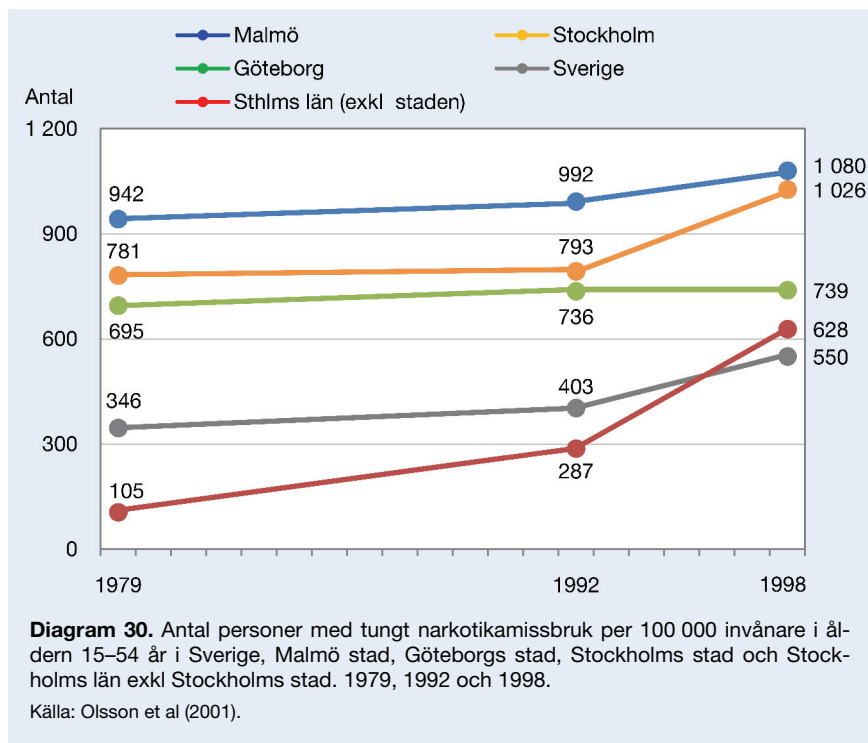
Narkotikadödligheten, som den redovisas enligt den europeiska standard narkotikaobservatoriet i Lissabon efterfrågar (se tabellkommentarerna), redovisas fördelad på län i tabell 91. Denna statistik visar att Stockholms län bidrog med närmare 60% av dödsfallen i landet 1987–1995 men att andelen därefter minskat och utgör cirka 30% under senare år¹³. Räknat i absoluta tal är dock läget relativt oförändrat. Särskilt utmärkande för Stockholm är den höga andelen av de intravenösa hiv-fallen, ca 70% av dem har rapporterats från länet ifråga.

Malmö/Skåne

Satt i relation till folkmängden har Malmö kommun alltsedan slutet av 1970-talet haft den största förekomsten av tungt missbruk enligt de tidigare nämnda kartläggningarna. Enligt den senaste kartläggningen från 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 30).

Enligt tabell 91 ligger narkotikadödligheten i Skåne län på en högre nivå alltsedan 1996. Från att tidigare ha stått för 10% av dödsfallen bidrar numera länet med drygt 20% av rikets dödsfall. Någon ökning går dock inte att se för

¹³ Endast uppgifter t o m 2006 tillgängliga.



de narkotikarelaterade vårdtillfällena; sedan 1987 har länet stått för runt 13% av alla sådana vårdtillfällen i Sverige (tabell 85). Samma siffra gäller även för andelen misstänkta för narkotikabrott (tabell 72). Särskilt höga nivåer uppvisar länet enligt tabell 71 inte oväntat för smugglingsbrotten (över hälften härrör från detta län).

Av en regional kartläggning från 2004 framkom tungt narkotikamissbruk inte bara var ett storstads-/Malmöfenomen; Malmö kommun kom först på fjärde plats relaterat till invånarantal, före placerade sig Landskrona, Sjöbo, och Klippan (Länsstyrelsen i Skåne län 2005).

Göteborg/Västra Götaland

Enligt diagram 30 har antalet missbrukare – relaterat till invånarantalet – alltid legat över riksgenomsnittet för Göteborgs kommun, men lägre än i Stockholms och Malmö kommun. År 1998 beräknades antalet personer med tungt missbruk till 739 per 100 000 invånare 15–54 år. Totalt uppskattades antalet till 2 100 i kommunen, då motsvarande 8% av rikets tunga missbrukare.

Regionen bidrar årligen med cirka 17% av de misstänkta för narkotikabrott och andelen är lika stor om man ser till den narkotikarelaterade slutenvården (tabellerna 72 och 85). Gemensamt för dessa källor är inte bara att andelen

varit tämligen oförändrad utan också motsvarar befolkningens fördelning i riket. Liksom i Skåne har antalet och andelen dödsfall ökat sedan 1980-talets slut och sedan 2005 uppgår denna andel till 17%, d v s i linje med slutenvårds- och rättsstatistiken liksom befolkningsfördelningen i stort (tabell 91).

Övriga landet

Flertalet indikatorer visar på en koncentration av tungt missbruk till storstäderna. Den utveckling som noterats i de riksomfattande kartläggningarna, med en låg nyrekrytering under 1980-talet och en kraftigare ökningstakt mellan 1992 och 1998, gäller dock såväl i storstadslän som i övriga län.

För flera indikatorer, t ex narkotikabrott, sjuklighet och dödlighet, har storstadslänens sammanlagda andel minskat något jämfört med 1990-talets början. För samtliga indikatorer gäller dock att storstadslänen sammantaget än i dag är överrepresenterade och övriga län underrepresenterade (se tabell A). Den indikator med störst andel från icke-storstadslän är anmälda heptait C-infektioner med intravenös smittväg; 45% av dessa fall hänförs till icke storstadslän.

Även om skillnaderna i riket utjämnats något visar tillgängliga uppgifter således att narkotikamissbruk alltså främst är ett storstadsfenomen.

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 persons droganvändning 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 kriminella 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 bl a sjuklighet och dödsfall 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 bör belysas närmare.

Merparten av narkomanvården bedrivs inom ramen för socialtjänsten och sjukvården, men frivilliga organisationer och andra privata vårdgivare finns också, liksom särskilda avdelningar inom kriminalvården. Någon samlad statistik över alla dessa typer av vårdinsatser finns inte, dessutom skulle sådana uppgifter sannolikt vara svåra att tolka i och med att förändringar skett över tid, exempelvis har det skett en övergång från institutionsvård till öppenvård under senare år och tvångsinslagen har minskat.

Socialtjänstvård

Som en följd av uppkomsten av hiv-problematiken i mitten på 1980-talet kom institutionsvården för narkomaner att byggas ut kraftigt. För socialtjänstens insatser är det dock bara i tvångsvårdsstatistiken (LVM-vård) det går att finna uppgifter om utvecklingen av den narkotikarelaterade institutionsvården eftersom statistiken över frivilligt vårdade (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 till runt 300 i mitten på 1990-talet. Därefter har LVM-insatserna för narkotikamissbruk minskat kraftigt och legat runt 130 personer under 2000-talet (tabell 36).

Utöver tvångsvården var vid samma tillfälle år 2008 ca 2 500 personer frivilligt intagna på institution för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer 1989 (tabell 35). Samtidigt gjordes även någon form av öppenvårdsinsats på missbruk i 12 200 fall, liksom 6 000 biståndsärenden avseende boende (Socialstyrelsen 2009). Statistiken för dessa åtgärder särskiljer dock inte mellan alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel och grupperna kan inte adderas eftersom överlappningar förekommer.

Vid en inventering 1 april 2003 fann Socialstyrelsen (2004) att 16 500 personer vårdades målinriktat för narkotikamissbruk en given dag. Denna undersökning har dock inte upprepats. Ca 55% av samtliga som missbrukvårdades denna dag hade åtminstone narkotika som ett missbruksmedel.

Kriminalvård

Som en följd av ökade polisinsatser mot narkotika och därmed en uppgång i antalet anmälda och lagförda narkotikabrott har antalet personer som bedömts ha ett narkotikamissbruk vid mottagningen inför kriminalvårdsinsatser också ökat. Inom frivården skattades dessa enligt uppgifter från Kriminalvården till ca 5 300 en given dag (1 april) 2008, vilket är en fördubbling jämfört med 1980-talets början (tabell 80). En uppgång jämfört med 1980-talet gäller även för anstaltsvården. År 2008 befann sig enligt tvärsnittsmätningen 2 200 personer i anstalt vilka bedömts ha ett narkotikamissbruk vid intagningen, och under hela 2000-talet har dessa utgjort över hälften av samtliga intagna (tabell 81).

Totalt intogs över 10 000 personer i anstalt under 2008 och enligt tabell 82 bedömdes 58% vara narkotikamissbrukare, varav tre fjärdedelar betecknades som ”grava missbrukare” (se tabellkommentarerna). Till skillnad mot tidigare, då tillgreppsbrott var vanligast, är narkotikabrott numera det vanligaste huvudbrottet bland samtliga intagna. Över en femtedel av de intagna har se-

dan 2005 narkotikabrott som huvudbrott. I takt med att flera personer med narkotikaproblem kommer i kontakt med kriminalvården har behandlings- och påverkansprogram mot missbruk kommit att byggas ut.

Det kan konstateras att under en given dag 2008 var det, oräknat dem i häkte, ca 7 400 personer med drogproblem som var föremål för kriminalvård och denna historiskt höga nivå har gällt alltsedan 2004. Uppgången jämfört med 1980- och 1990-talen ska ses i ljuset av rättsväsendets ökade insatser men visar också att antalet personer med narkotikamissbruk har ökat.

Sjuklighet; slutenvård och infektionssjukdomar

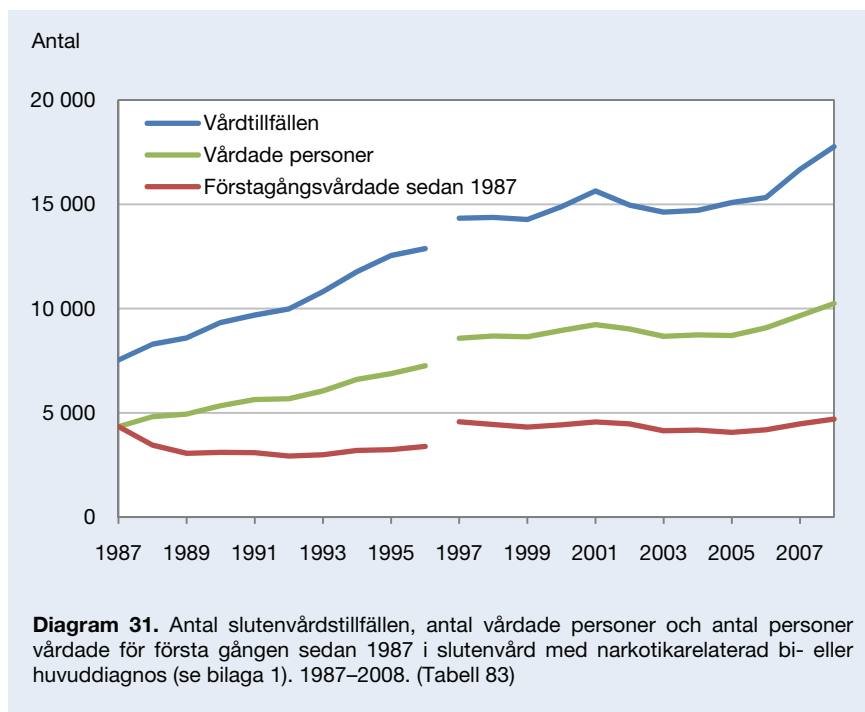
Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder missbruk till allvarliga komplikationer och i värsta fall till döden. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större än för normalbefolkningen 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, eller svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld etc större roll för sjukligheten än preparaten i sig.

Avgiftningar och vård av komplikationer till följd av narkotikamissbruk utförs inom sjukvården. Antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården uppgick 2008 till ca 17 800 vilket är den högsta siffran sedan rikstäckande statistik blev tillgänglig 1987 (tabell 83 och diagram 31). Ökningen beror inte på att samma personer återkommit allt oftare, uppgången består om man ser till antalet unika individer som vårdats under ett och samma år. Under 2008 erhöll över 10 000 personer någon form av narkotikarelaterad slutenvård, vilket är mer än en fördubbling jämfört med 20 år tidigare. Antalet vårdtillfällen per person och år har varit stabilt och legat på 1,7 tillfällen alltsedan 1987.

Ett sätt att mäta nyrekrytering till narkotikamissbruk är att följa antalet nytillkomna personer som för första gången någonsin vårdas med narkotikarelaterad diagnos. I början är tidsserien över dessa i diagram 31 missvisande hög därför att det saknas möjlighet att göra länkningslängre tillbaks än 1987¹⁴. Under den första hälften av 1990-talet, när denna effekt torde ha avklingat, låg antalet årligen nytillkomna klienter runt 3 100. Efter att nya diagnosklas-

¹⁴ Som framgår är antalet förstagångsvårdade för 1987 därför identiskt med antalet individer som vårdats under året.

Narkotikautvecklingen



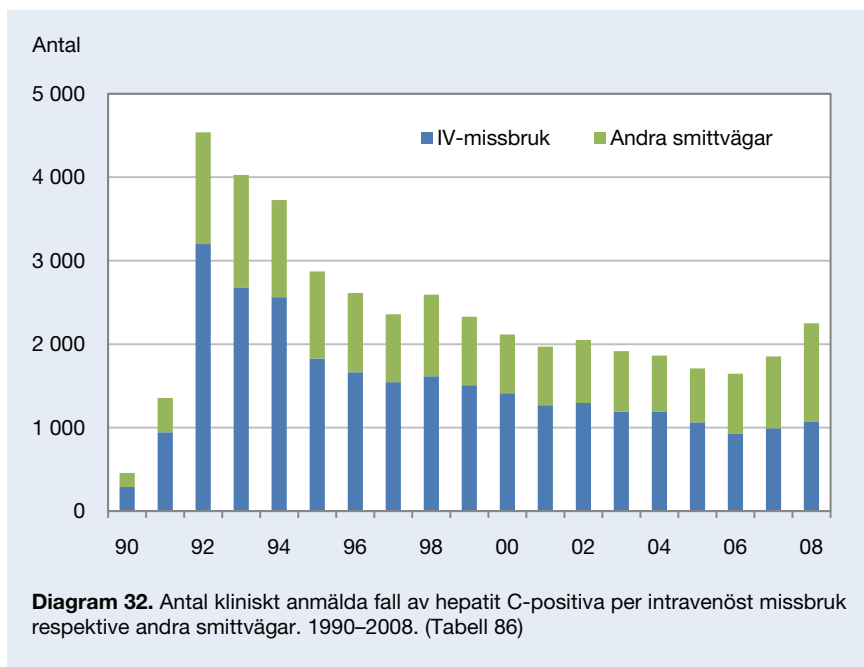
sifikationer infördes 1997 ökade antalet och låg i snitt runt 4 300 fram till 2006 men 2008 var antalet nytillkomna vårdade för narkotikamissbruk 4 700. Detta betyder att tillströmningen av patienter tidigare okända för narkotika-problem inom slutenvården under 2008 därmed var det högsta sedan 1987.

Hepatit

Den sedan länge vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C. Undersökningar visar att injektionsmissbrukare smittas på ett relativt tidigt stadium av sin missbrukskarriär och att tidsperioden som står till buds för att förhindra smittan därför är kort (ECNN 2009). Uppgifter från sex olika svenska undersökningar utförda i storstadsregionerna från 1991 och framåt vilka inrapporterats till ECNN¹⁵ visade på en hepatit C-prevalens om 80–90% bland injektionsnarkomanerna (se www.emcdda.europa.eu).

En färsk uppsökande studie genomförd i Stockholm under 2007–2008 fann att 82% av de drygt 700 personer man kom i kontakt med, som injicerat narkotika senaste 12 månaderna, var hepatit C-positiva (Britton et al 2009). Även om det finns osäkerheter i hur pass generaliserbara olika subpopulatio-

¹⁵ Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.



ner är så indikerar detta att hepatit C alltså är vanligt bland svenska injektionsmissbrukare.

Sammanlagt har över 28 000 fall av hepatit C med intravenös smittväg anmälts kliniskt mellan 1990 och 2008 (diagram 32). Dessa utgör omkring två tredjedelar av samtliga inrapporterade fall med hepatit C. Mellan 1995 och 2006 halverades antalet injektionsrelaterade fall, till drygt 900, men de två senaste åren har dessa anmälningar åter ökat och 2008 uppgick de till närmare 1 100. Om detta beror på att injektionsnarkomanerna smittats allt mer eller ökat i antal eller om flera fall påträffas på grund av ökad provtagning går dock inte att avgöra utifrån tillgänglig information¹⁶. Ökningen syns dock främst i icke-storstadslän (tabell 87).

Hiv

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 88). Mellan 1987–2000 sjönk antalet mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till 16 fall per år. Därefter har dock an-

¹⁶ Den kraftiga puckeln i början av 1990-talet beror hursomhelst på att personer som länge burit på antikroppar kunde diagnostiseras först då.

talet intravenöst hivsmittade personer i genomsnitt uppgått till drygt 30 om året.

Hittills har totalt närmare 1 100 personer rapporterats smittade via intravenöst missbruk och absoluta majoriteten av dessa smittillfällen har skett i Sverige. En uppsökande studie från 2007–2008 gjord i Stockholm fann att 7% av de drygt 700 personer man kom i kontakt med, som injicerat narkotika senaste 12 månaderna, var hiv-positiva (Britton et al 2009). Enligt uppgifter inrapporterade till ECNN varierade hiv-prevalensen mellan 0–14% bland injektionsnarkomanerna i nio svenska undersökningar utförda i storstadsregioner från 1994 och framåt (se www.emcdda.europa.eu).

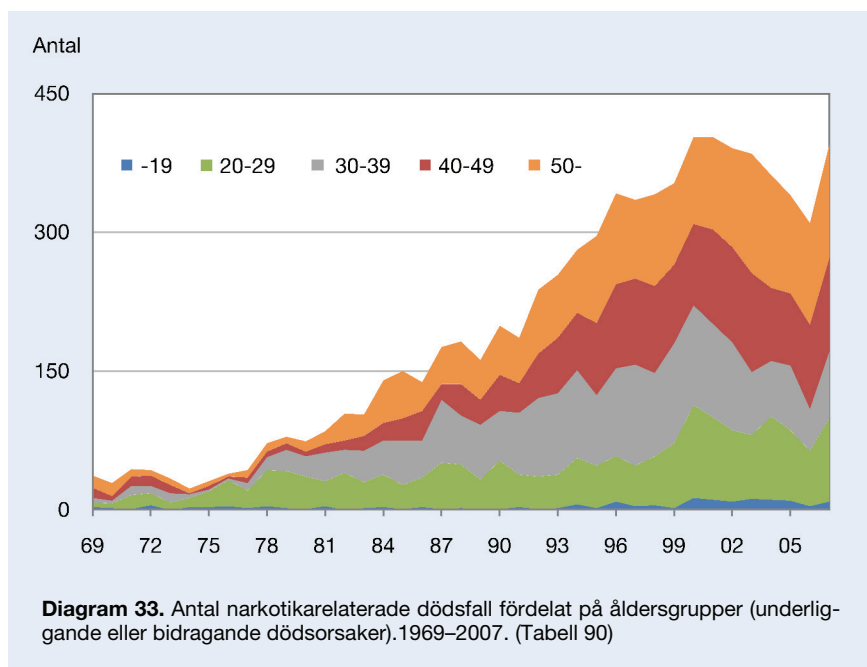
Dödlighet

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är hög. Äldre undersökningar från 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 har angett att dödligheten bland opiatmissbrukare är 20 gånger högre jämfört med befolkningen i motsvarande åldrar och i senaste rapporten (2009) sägs att narkotikaöverdoser (huvudsakligen opiatrelaterade) står för 4% av samtliga dödsfall bland européer i åldersgruppen 15–39 år.

Liksom för sjukligheten beror dödligheten bland narkotikamissbrukare på en rad faktorer; de narkotiska preparaten i sig, hur narkotikan intas samt andra omständigheter i missbrukarens livssituation. Även strukturella faktorer som tillgången till adekvat vård 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).¹⁷

Fram till mitten av 1970-talet, dvs innan heroin introducerades i Sverige, låg antalet narkotikarelaterade dödsfall relativt lågt och stabilt och uppgick till runt 35 per år (diagram 33). Därefter ökade antalet kraftigt fram till 2001 och uppgick då till ca 400. Ökningen har sannolikt flera orsaker; farligare droger

¹⁷ Ett narkotikarelaterat dödsfall innebär inte att den avlidne alltid motsvarar sinnebilden för en narkotikamissbrukare, även om så ofta är fallet. Det kan i någon mån vara fråga om personer som vid något enskilda 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.



och drogkombinationer, ett ökat antal missbrukare, en ökande sårbarhet och sjuklighet i en åldrande missbrukspopulationen etc.

Efter 2001 inträffade en nedgång men 2007 var de narkotikarelaterade dödsfallen åter ca 400. Noterbart är att nedgången 2002–2006 främst kan hänföras till gruppen 30–39 år, för vilka dödsfallen halverades. ECNN menar att tillgången på behandling, i synnerhet substitutionsbehandling, är en viktig åtgärd för att minska antalet opiatrelaterade dödsfall, och eventuellt kan den utbyggda substitutionsbehandlingen i Sverige ha bidragit till nedgången. Enligt uppgifter baserade på rättsmedicinska data¹⁸ har såväl antalet som andelen (-27 %) heroinrelaterade dödsfall minskat jämfört med toppen 2001, samtidigt som den totala siffran för 2008 var den högsta sedan 1994, dataseriens startår (Statens folkhälsoinstitut 2009).

Noterbart är att antalet dödsfall bland personer 30 år och yngre inte minskat. Detta tyder på att de totalt sett relativt höga dödstaten inte enbart kan förklaras med en sjukligare missbrukspopulation utan även av ett fortsatt inflöde av yngre missbrukare.

¹⁸ Dessa uppgifter baseras inte på ICD-koder utan redovisar antalet fall där man vid rättsmedicinska undersökningar testat för och funnit spår av narkotika. Statistikserien är relativt ny och publiceras endast på www.fhi.se.

Som en jämförelse till Socialstyrelsens index presenteras i tabell 91 det diagnosurval som redovisas till ECNN (DRD-standard version 3.1). Måttet har tagits fram för att öka jämförbarheten mellan länder¹⁹. Den europeiska beräkningsmetoden utgår från underliggande dödsorsaker och fokuserar därmed mera på de akuta fallen än den svenska. Detta innebär att nivån i detta index är lägre än Socialstyrelsens men samtidigt är trenderna likartade.

En geografisk fördelning av ECNNs index presenteras i tabellen och det kan konstateras att Stockholms län stod för runt hälften av dödsfallen perioden 1987–1999 men att länet under 2000-talet endast bidragit med en tredjedel av dödsfallen. Istället har det skett en ökning av andelarna i såväl Skåne som Västra Götaland liksom för övriga län. Minskningen av antalet dödsfall i riket som helhet under 2000-talet beror huvudsakligen på minskningar i Stockholms län.

Sammanfattningsvis kan sägas att de narkotikarelaterade dödsfallen ökade fram till millennieskiftet enligt Socialstyrelsens index och att det inte enbart går att förklara med en åldrande och sjuklig missbrukspopulation. Därefter skedde en viss nedgång men 2007 års nivå var åter hög. Den parallella redovisningen från Statens folkhälsoinstitut beskriver en likartad utveckling och enligt denna fortsatte uppgången i dödligheten även under 2008.

Narkotikasituationen internationellt

I FNs rapport om drogsituationen i världen uppskattas antalet personer som använt narkotika senaste 12 månaderna uppgå till drygt 200 miljoner, eller 5% av alla 15–64-åringar. Andelen problematiska konsumenter bedömdes uppgå till 0,6% i åldersgruppen och dessa siffror har varit oförändrade de senaste fyra åren (UNODC 2008). Cannabis är globalt sett den vanligaste drogen även om heroin konstateras orsaka de största problemen.

Även i Europa är cannabis den vanligaste narkotikasorten, vilket märks inte minst i rättsstatistiska uppgifter. Med uppgifter hämtade från frågeundersökningar redovisar ECNN (2009) att 22% av 16–64-åringarna i EU-medlemsländerna (eller 74 miljoner personer) använt cannabis minst en gång och att 4% gjort så under senaste 30 dagarna, samtidigt som det framhålls att detta är försiktiga skattningar. Högst månadsprevalens (5–7%) återfinns i Italien, Spanien, Frankrike och Tjeckien medan Rumänien, Malta, Sverige och Litauen rapporterar lägst värden (max 1%).

¹⁹ 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 Läkemedelsverket bedömdes dextropropoxifen årligen bidra till ca 200 dödsfall perioden 1992–1999, åren 2000–2006 minskade dock dessa dödsfall med 75%.

Även i USA är cannabis den vanligaste narkotikasorten och där har 41% rapporterat att de provat detta medan 6% använt drogen senaste månaden (SAMHSA 2009). Jämfört med EU-länderna är således cannabiserfarenheter vanligare i USA.

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 den varierande synen på missbruket i valet av nationella definitioner. I ECNNs årsrapport från 2008 redovisas åtta länders skattningar av injektionsmissbruk relaterat till invånarantal i åldern 15–64 år, Sverige tillhör dock inte dessa. Estland förefaller ligga relativt högt vad gäller injektionsmissbruk medan Ungern, Cypern, Kroatien, Grekland och Tyskland redovisar lägst värden, lägre än de som redovisats för Sveriges del från 1998 års kartläggning.

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 (2008) 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 vanliga och nu förekommer i praktiskt taget alla EUs medlemsstater, liksom lågtröskelprogram, även om det finns en avsevärd variation i fråga om insatsernas omfattning.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att användning av cannabis (liksom övrig narkotika) är mer utbredd i befolkningen i USA jämfört med Europa. Inom EU-länderna förekommer stora variationer och Sverige tillhör de länder där narkotikaanvändningen är mera ovanlig, detta gäller vuxna men enligt följande avsnitt också inte minst för 15–16-åriga skolungdomar.

Utvecklingen bland ungdomar

Vid fyra tillfällen perioden 1995–2007 har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. 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 2009).

I praktiskt taget alla 35 länder i 2007 års undersökning hade de flesta elever som provat narkotika använt (åtminstone) cannabis. I Tjeckien hade totalt 46% provat narkotika och nivåerna var höga också Spanien, Isle of Man,

Schweiz, Frankrike och Slovakien. Allra lägst var andelarna i Armenien, Rumänien, Norge och Färöarna (7%) samtidigt som Sveriges värde också var lågt (8%). Pojkarna är normalt i majoritet även om könsskillnaderna är små i de flesta länder. Totalt hade 22% av pojkarna och 16% av flickorna prövat narkotika (tabell 53).

I diagram 34 jämförs utvecklingen för de 32 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 två av länderna (Estland och Slovakien). Även Tjeckien, Litauen och Malta ligger klart högre 2007 jämfört med startåret. Inget land uppvisar en konstant nedgång över tid men Cypern, Finland, Färöarna, Island och Sverige ligger relativt lågt och oförändrat. Mellan 1995 och 2003 ökade andel studenter med narkotikaerfarenhet i Europa men därefter har läget totalt sett förbättrats då dubbelt så många länder uppvisar ned- istället för uppgångar 2007. Flera av nedgångarna har inträffat i högprevalensländer.

Även ECNN (2009) menar att tillgänglig information huvudsakligen pekar på att uppgångarna i cannabisanvändning bland Europeiska ungdomar som rått under tidigare år tenderat att plana ut eller vändas i nedåtgående trender, speciellt i länder där cannabis förekommit i större omfattning en längre tid. Dock är värdena för ungdomar i EU-länderna genomsnittligt högre än de svenska: 16% av 15–24-åringarna har använt cannabis senaste 12 månaderna och 8% har gjort så respektive senaste 30 dagarna, motsvarande värden i Sverige är 6 respektive 2% i samma åldersgrupp.

I USA utförs sedan många år regelbundna undersökningar av skolelevers drogerfarenheter (Johnston et al 2009). Dessa visar att den uppgång i narkotikaerfarenheten som skedde under 1990-talet bröts runt millennieskiftet men att den nedgång som varit under 2000-talet ännu inte lett till att nivåerna åter är så låga som de var i 1990-talets början. De amerikanske trenderna påminner mycket om de svenska, i synnerhet om man även inkluderar 1970- och 1980-talen i analysen.

Samtidigt får det noteras att bland elever i (motsvarande) årskurs 9 uppgav 2008 var tredje elev narkotikaerfarenhet och i (motsvarande) gymnasiets årskurs 2 gjorde närmare hälften av eleverna detta. Även om utvecklingen varit likartad över tid är alltså den amerikanske nivån på narkotikaerfarenheten väsentligt högre än den svenska.

Narkotikautvecklingen

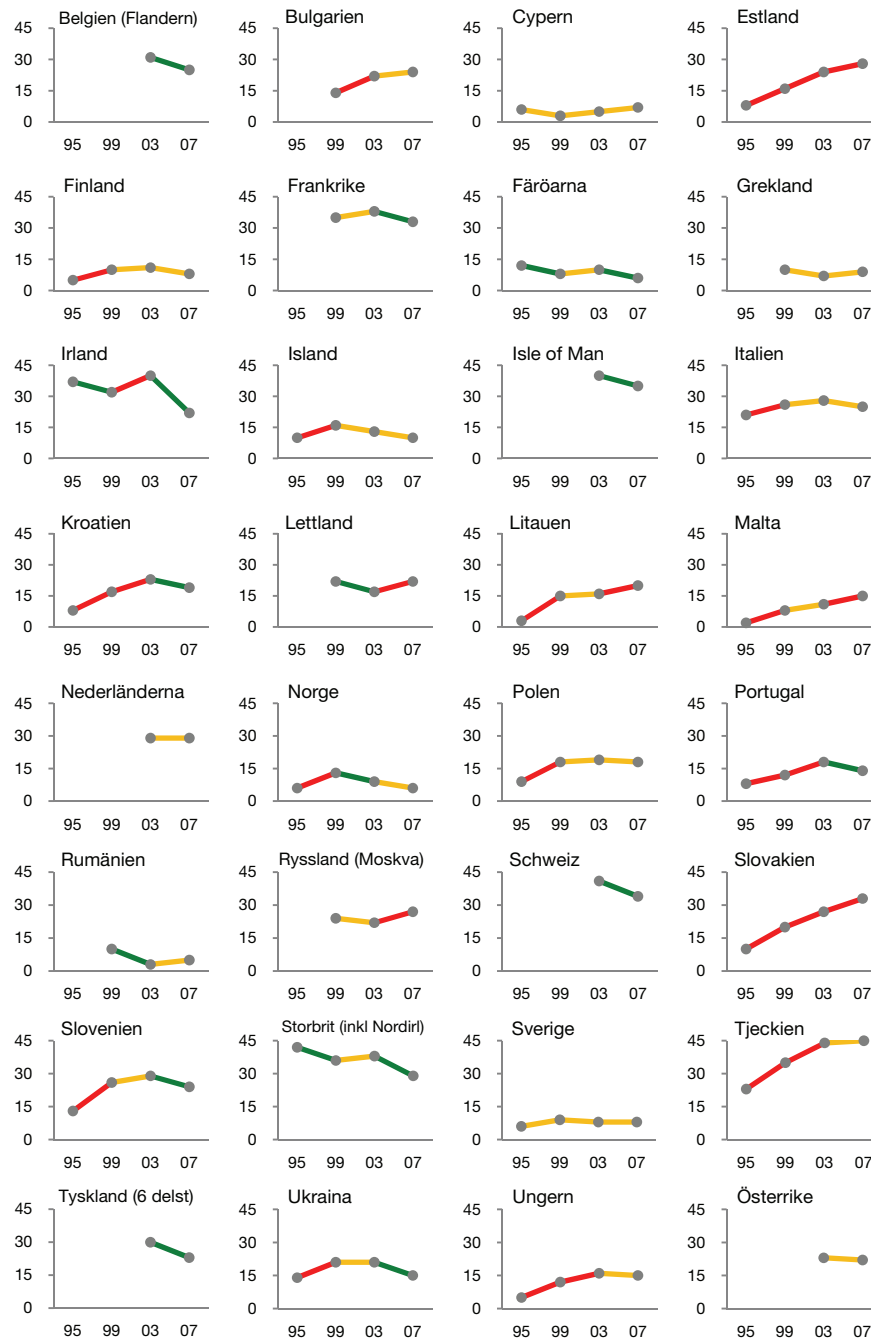


Diagram 34. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995–2007. (Tabell 53)

Referenser

- Britton et al (2009). *Baslinjestudie om blodburen smitta bland injektionsnarkomaner i Stockholms län 1 juli 2007 – 31 augusti 2008*. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för medicin och Maria Beroendecentrum AB.
- Brå (2007). *Narkotikastatistik 2006*. Brå-rapport 2007:24. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brå (2003). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*. Brå-rapport 2003:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- CAN (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Rapportserie nr 107. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Carpentier och Griffiths (2004). *An overview of cannabis potency in Europe*. EMCDDA insights series; 6. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- 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 (2009). *Årsrapport 2009. Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå.
- ECNN (2008). *Årsrapport 2008. Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevs drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. 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 (2009). *The ESPAD report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), and the Pempidou Group at the Council of Europe.
- Johnston L D et al (2009). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2008*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Jonasson U och Jonasson B (2006). Beroendeskapande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar. Rapport nr A2006:05. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- 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.
- 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.
- 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.
- SAMHSA (2009). *Results from the 2008 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.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dödsfall med förekomst av droger baserade på rättsmedicinska data*. Nedladdat från www.fhi.se 2009-10-29.
- Socialstyrelsen (2009). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008*. Statistik, Socialtjänst. 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.
- Solarz A (1990). *Vem blir drogmissbrukare. Droger, kriminalitet och kontroll*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- SOU 2008:120. *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.* Betänkande av Narkotikautredningen. Stockholm: Fritzes.
- 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.

Narkotikautvecklingen

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 (2008). *World Drug Report 2008*. Vienna: United Nations Office On Drugs and Crime.

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

Sniffningsutvecklingen

Inledning

Sniffning såsom det definieras här kan beskrivas som djup inandning av gaser eller lättflyktiga ämnen och är ett fenomen främst bland yngre tonåringar. I begreppet sniffning innefattas även ”boffning”. Preparat som sniffas är lättflyktiga lösningsmedel som aceton, bensen och thinner, preparat som boffas är gaser som till exempel lustgas, aerosoler som finns i drivgas i sprayburkar, och butangas som finns i cigarettändare.

Sniffning ger liknande effekter som alkoholberusning med minskad muskelkontroll och längre reaktionstid. Vid boffning uppstår en syrebrist i hjärnan som av användarna uppfattas som behaglig. Berusningskänslan kommer snabbt och klingar även av ganska snabbt. Sniffning och boffning kan ge skador på både kort och lång sikt. Risken för överdosering är stor och kan bland annat leda till medvetslöshet. Det är inte bara hjärnan som drabbas av syrebrist vid boffning utan samtliga organ, kroppen reagerar mot det syrefattiga tillståndet med ett ökat adrenalinpåslag vilket kan ge rubbningar i hjärtmuskeln och till och med leda till plötslig död, ofta kallad ”plötslig sniffningsdöd”.

Vissa insatser har gjorts från samhällets sida för att begränsa tillgängligheten av produkter som kan sniffas. I januari 1961 förbjöds försäljning av thinner till personer under 18 år (SFS 1960:625). Sjutton år senare kom förordning (1977:994) om försäljning och förvaring av vissa flyktiga lösningsmedel m m (omtryckt till SFS 1985:854) 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 försälas, när det kan antagas att varan förvärvas för att användas som berusningsmedel”.

Senaste ändringen i förordningen gjordes 2008 – numera ingår bland annat att Läkemedelsverket får, i syfte att hindra eller motverka att varor som avses användas i berusningssyfte, meddela särskilda föreskrifter om märkning, förvaring och försäljning efter samråd med kemikalieinspektionen (varor som avses i förordningen 1977:944). Verket får även förbjuda försäljning av visst varuslag till den som inte har fyllt 18 år. Det är även bestämt att Läkemedelsverket utövar tillsynen över att denna förordning följs och ska, efter

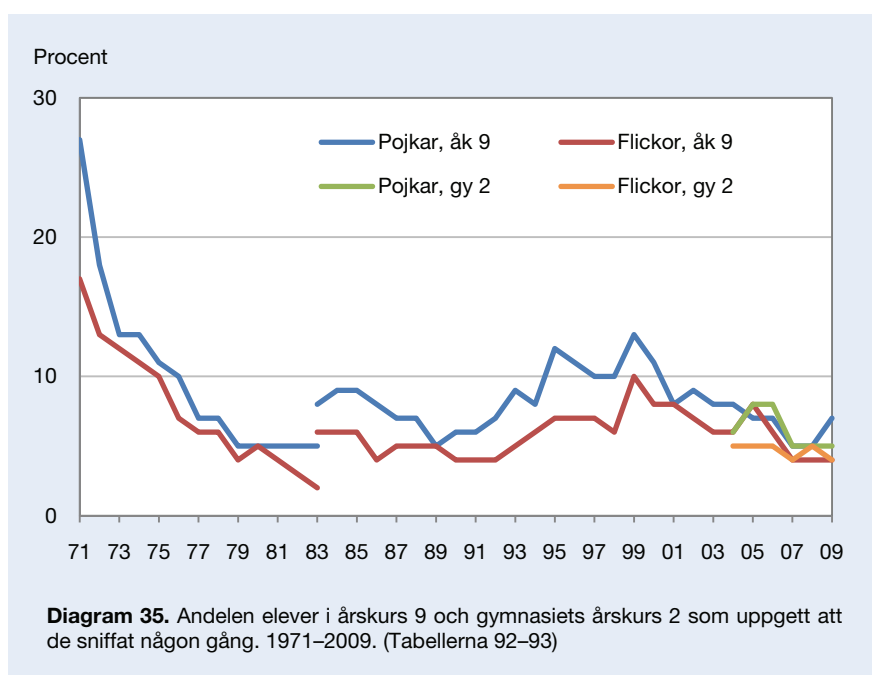
samråd med Kemikalieinspektionen, offentliggöra vägledande förteckningar över ämnen och varor som avses.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

De bästa kunskapskällorna om sniffringens utveckling och omfattning bland ungdomar utgörs av CANs regelbundna skolundersökningar (Gripe och Hvitfeldt 2009) samt av, de nu avslutade, månstringsundersökningarna bland 18-åriga män (Guttormsson 2007). Dessa beskrivs närmare i metodkapitlet.

I diagram 35 redovisas andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets andra år som sniffat någon gång. Frågeformuleringen ändrades så pass mycket 1983 att hälften av eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya för att utvärdera hur detta påverkade svaren. Två värden återges för detta år och svarmönstret 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.



att sniffa. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka och 2009 uppgår 7% av pojkarna och 4% av flickorna i årskurs 9 sådana erfarenheter. Även om situationen var den omvända 2005 är det normalt något vanligare med sniffningserfarenhet bland pojkarna än bland flickorna.

Sniffningsfrågans svarsalternativ ändrades igen inför skolundersökningen 2007 för såväl årskurs 9 som gymnasiet, detta verkar emellertid inte ha påverkat resultaten nämnvärt¹.

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 låg andelarna klart lägre än på 1970-talet, och minskade dessutom från cirka 8 till 5%.

I CANs gymnasieundersökningar i årskurs 2 från 2004–2006 var det cirka 7% av pojkarna och 5% av flickorna som svarade att de sniffat, varav cirka hälften bara gjort det en gång samtidigt som någon enstaka procent säger att de fortfarande sniffar. De tre senaste åren har det varit cirka 5% av eleverna som uppgett att de sniffat.

I de nationella skolundersökningarna i USA kan man tydligt se att elever i gymnasieåldern oftast rapporterar lägre livstidsprevalenssiffror för sniffning jämfört med elever i åldern 15–16 år (Johnston et al 2008). Liknande fenomen vad gäller rapportering av sniffning återfinns i de svenska skolundersökningarna om än inte lika tydligt. 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.

Totalt 3% av 16–24-åriga ungdomar i riksrepresentativa telefonintervjuer från 1998 respektive 2003 svarade att de sniffat någon gång (Guttormsson et al 2004). Även här 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.

¹ För ytterligare information angående detta frågebyte se *Skolelevers drogvanor 2009*.

Vuxna

Kunskaper om omfattningen av missbruk av sniffningsmedel bland vuxna är begränsad. 1985 gjordes en 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 cirka 70 personer. Denna siffra antogs vara en underskattning på grund av bortfall och mörkertal (Socialdepartementet 1987).

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 endast sniffningsmedel också tvångsvårdas.

I tabell 36 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2008 har antalet tvångsvårdade en viss dag minskat från cirka 750 till drygt 240. De senaste tio 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. Bland antalet utskrivningar från LVM-hem 2008, var det endast en person som fick LVM-vård för enbart lösningsmedelsmissbruk, av totalt 1 081, och i ytterligare ett fall förekom det i kombination med andra droger (Socialstyrelsen 2009).

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 1% 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 livstidsprevalens än flickorna.

Bland gymnasieeleverna i årskurs 2 är skillnaden mellan pojkar och flickor väldigt liten, framförallt de senaste tre åren då det inte går att se någon skill-

nad alls. 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 den vuxna befolkningen.

Regionala skillnader

Tabell 16 visar sniffningserfarenheten hos skolelever i årskurs 9 respektive gymnasiets årskurs 2 i genomsnitt för perioden 2006–2008 fördelad på olika regioner². 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 avtog under 1990-talet sniffningserfarenhet tydligt med minskande befolkningstäthet, men i de sista genomförda undersökningarna³ minskade skillnaden mellan storstadsområden, tätorter och landsbygd och var i likhet med skolundersökningen tämligen liten. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 19 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 (cirka 8%) och de lägsta i Jönköpings och Hallands län (cirka 3%).

Sociala faktorer

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

I 2009 års undersökning i årskurs 9 framkom att det var vanligare bland dem som sniffat att skolka ett par gånger i månaden samt att inte trivas i skolan, jämfört med dem som uppgett att de inte hade sniffat. Det var även något vanligare att de som sniffat uppgav att vandalism⁴ var vanligt i området samt att de gärna ville flytta därifrån så fort de kunde, jämfört med dem som inte sniffat. Även i gymnasiets andra år återfanns dessa skillnader, men de var inte lika tydliga.

År 1999 var det betydligt vanligare att ha sniffat bland mönstrande med enbart grundskoleutbildning, jämfört med dem med (pågående) gymnasieutbildning. Sysselsättning omfrågades 2005 och erfarenhet av sniffning var då vanligast bland dem som vare sig studerade eller arbetade och minst vanlig

² Sammanslagningar har gjorts eftersom urvalet är för litet för att redovisa enstaka år liksom för län med liten befolkning.

³ Den allra sista undersökningen gjordes år 2006.

⁴ Med frågan avses klotter, olaglig grafitti och förstörelse.

bland dem som studerade. I 2003 års studie framkom att sniffningserfarenhet var något vanligare bland mönstrande vars båda föräldrar inte hade högre utbildning än grundskola, jämfört med dem som hade högskoleutbildade föräldrar. Beträffande utländsk bakgrund framträdde i 2005 års undersökning inga skillnader jämfört med dem med svensk bakgrund.

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 sniffningserfarenhet 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 sniffningserfarenhet samvarierar starkt med andra drogvanor; har man sniffat är sannolikheten också stor att man röker, har provat narkotika, har en omfattande alkoholkonsumtion och så vidare.

Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet

Vid fyra tillfällen, vart fjärde år sedan 1995, har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. Undersökningen är världens största ungdomsundersökning om drogvanor och genomförs som en enkätstudie. I studien har bland annat 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 2009).

Den genomsnittliga livserfarenheten av att ha sniffat i den senaste undersökningen 2007, uppmättes till 9% och även här utan några större könsskillnader. På Cypern, Isle of Man, Malta och i Slovenien uppgår en relativt stor andel av studenterna, runt 16%, att de har erfarenhet av att sniffa medan endast 3% uppgav det i Bulgarien, Litauen, Spanien (inte ett ESPAD-land) och Ukraina. Sverige låg på samma nivå som genomsnittet. Det går inte att utläsa något geografiskt mönster av sniffningserfarenhet då de högsta livstidsprevalenssiffrorna kommer från mycket olika delar av Europa. Vad gäller erfarenhet det senaste året respektive de senaste 30 dagarna följde dessa samma mönster som det för livstidserfarenhet relativt väl.

I diagram 36 (tabell 53) jämförs resultaten från 1995, 1999, 2003 och 2007 för de 32 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om

förändringarna är större än tre procentenheter jämfört 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. I två länder, Lettland och Slovakien, har den dock försämrats 2007 jämfört med föregående mätning. Island, Grekland och Portugal uppvisar tvärtom nedgångar jämfört med samma år.

Data från nationella skolundersökningar i USA, i åldern 15–16 år, visar att sniffningserfarenheten sjunkit de senaste tio åren men att de trots detta är högre än i Sverige och även genomsnittet för Europa. Erfarenheten av att sniffa ökade från 16 till 19% mellan 1991 och 1996, och har därefter minskat till 13% 2008 (Johnston et al 2009).

Snifningsutvecklingen

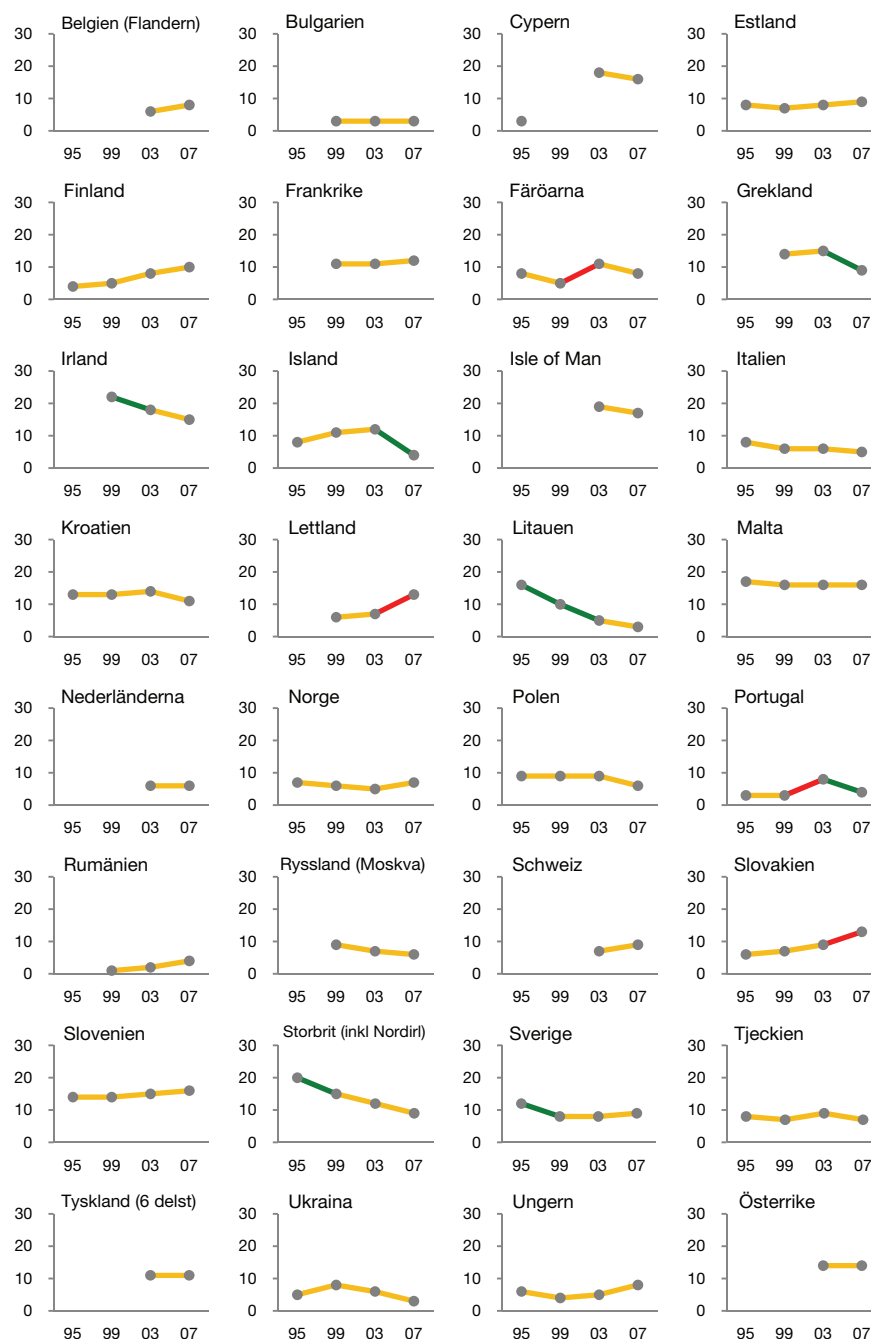


Diagram 36. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som sniffat någon gång, 1995–2007. (Tabell 53)

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 (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevs drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2009). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2008*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Socialdepartementet (1987). *Missbrukarna Socialtjänsten Tvången*. Betänkande av socialberedningen. SOU 1987:22. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (2009). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Dopningsutvecklingen

Inledning

Under 1990-talets början kom dopning som fenomen och användandet av dopningspreparat att uppmärksammas alltmer då 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. I utredningen om kontroll av missbruksmedel sägs att dopningsmissbruk utanför sporten främst återfinns bland kroppsbyggare och kriminella (SOU 2008:120).

I följande beskrivning av dopningsutvecklingen kommer endast dopningsmedel som kontrolleras av Dopningslagen att behandlas. Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel (SFS 1991:1969) trädde i kraft vid halvårsskiftet 1992 och gäller syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser som ökar produktion och frigörelse av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. I och med införandet av grovt dopningsbrott 1 april 1999 skärptes straffskalan, från två till maximalt fyra års fängelse. Samtidigt kriminaliserades även själva bruket av dessa preparat. Allra vanligast av de förbjudna preparaten är anabola androgena steroider (AAS), vanligen kallade anabola steroider.

Dopningslagen omfattar endast ett begränsat antal av de medel som ur ett idrottsligt perspektiv betraktas som dopningsmedel. World Anti Doping Agency (WADA) lista omfattar en mängd substanser som olika stimulantia, narkotiska analgetika, anabola steroider, diuretika samt peptidhormoner och analoger till dessa, men även alkohol liksom metoder som blod- och gendopning.

Detta kapitel berör alltså bara ett fåtal av alla de preparat som återfinns inom idrottens reglemente. De flesta av de övriga medlen kontrolleras av varusmuggnings-, läkemedels-, och/ eller narkotikalagstiftningen. Att detta kapitel begränsats till de medel som omfattas av Dopningslagen förklaras inte minst av att det främst är för dessa preparat som statistiska uppgifter finns att tillgå, vilket i sin tur beror på att det är användningen av dessa dopningsmedel som man ur ett samhällsperspektiv sett allvarligast på.

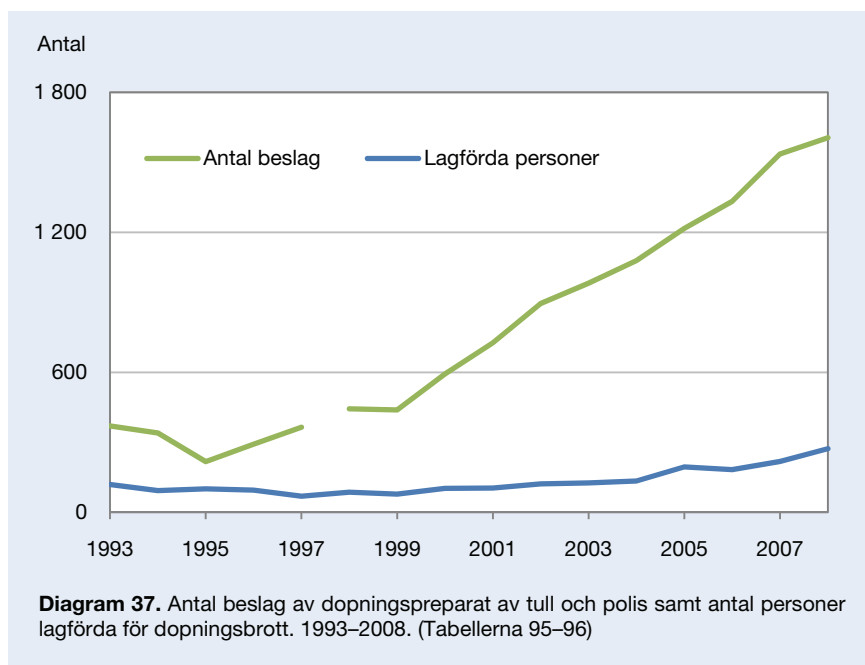
Den nationella narkotikasamordnaren fick genom ett tilläggsdirektiv i uppdrag att förstärka insatserna mot dopning och i december 2006 lämnade nar-

kotikasamordnaren in en aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat till äldre- och folkhälsoministern. Den 1 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 skapades en särskild samordningsfunktion i Regeringskansliet – ANDT-sekretariatet – för att samordna alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Narkotikautredningen (SOU 2008:120) föreslog att en höjning av övre straffgränsen för dopningsbrott samt grovt dopningsbrott till tre respektive åtta års fängelse ska införas från och med 1 juli 2010.

Beslags- och kriminalstatistik

En stor del av de hormondopningsmedel som illegalt finns tillgängliga i Sverige har smugglats in i landet. Av tabell 95 framgår tullens och polisens beslag av sådana preparat från 1993 och framåt, och det står klart att de senare årens beslag ligger på en hög nivå jämfört med tidigare. Diagram 37 visar att antalet beslag ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1998 (detta år gjordes en statistikomläggning varför linjen i diagrammet brutits). År 2008 upp-



gick tullens och polisens samlade beslag till över 1 600, jämfört med drygt 400 år 1998. År 2008 motsvarade detta 6% av antalet narkotikabeslag.

Beslagens omfattning har fluktuerat genom åren. År 2008 togs rekordmånga tabletter (över en miljon) medan mängden injektionsvätska var närmare hälften mot 2007. Sammantaget kan dock även beslagsmängderna sägas ha ökat över tid, trots de variationer som förekommit.

Sedan 1993, året efter dopningslagens tillkomst, finns helårsstatistik rörande brott mot dopningslagen (tabell 96). 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 närmare 2 000 under 2008.

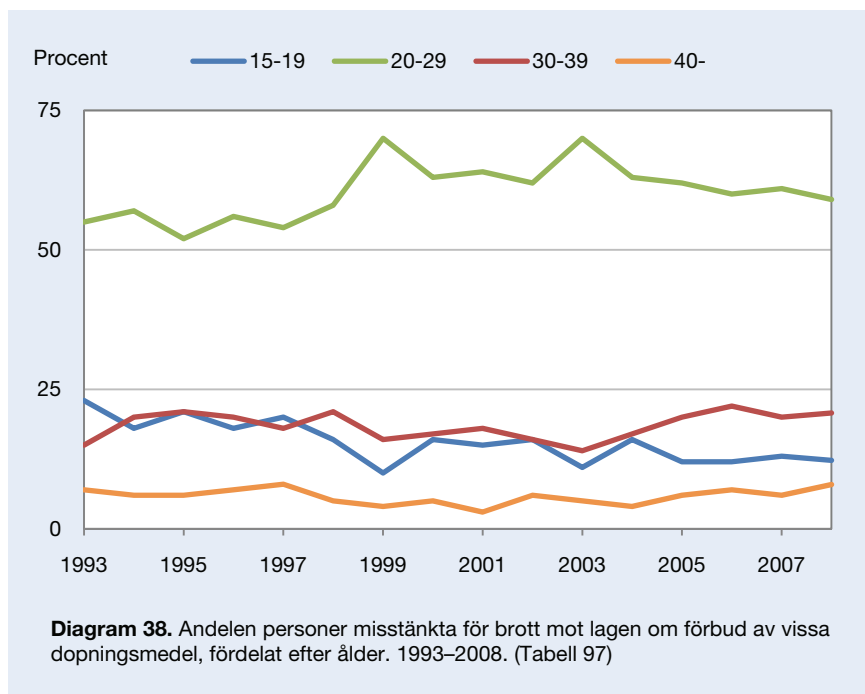
Även personer misstänkta respektive lagförda för dopningsbrott har ökat; sedan millennieskiftet rör det sig om en tredubbling. År 2008 lagfördes 273 personer för brott mot dopningslagen (diagram 37). En tredjedel av lagföringarna 2008 utgjordes av åtalsunderlåtelse¹ och denna andel har ökat under 2000-talet. Samtidigt som lagföringarna blivit fler tycks brottens grovhet således ha minskat.

Kvinnor förekommer sällan i dopningsbrottslighet. Endast ca 2% av alla misstänkta för dopningsbrott är kvinnor (tabell 97). Av efterföljande tabell (och diagram 38) framgår att merparten av dem som misstänkts för dopningsbrott är i 20–29-årsåldern. Denna andel har ökat, från drygt hälften perioden 1993–1998 till närmare två tredjedelar 1999–2008. År 2008 var 12% av de misstänkta yngre än 20 år och 8% var 40 år eller äldre. Jämfört med 1990-talet har andelen yngre dopningsbrottsmisstänkta minskat, men i absoluta tal har gruppen mer än fördubblats.

När kriminalstatistiska uppgifter som dessa används bör det beaktas att lagstiftningen rörande dopningsbrott skärpts medan statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper successivt har förbättrats genom åren. Även ändrade prioriteringar inom rättsväsendet påverkar utvecklingen av dessa uppgifter. Även narkotikabeslagen ökat kraftigt sedan 1990-talets början utan att detta tas som intäkt för att narkotikakonsumtionen ökat i motsvarande grad.

¹ Åtalsunderlåtelse innebär att den åtalade bedömts som skyldig men att åklagaren valt att inte väcka åtal. Detta kan gälla unga förstagångsförbrytare men förekommer även om den skyldige redan dömts för annan grov brottslighet och att strafftiden inte skulle utökas av det nya brottet. Brottet noteras dock i belastningsregistret.

Dopningsutvecklingen



Ovanstående externa faktorer har sannolikt spelat en större roll för uppgångarna snarare än att dessa i huvudsak skulle förklaras av mångdubblingar i antalet dopningsanvändare, detta inte minst som det är svårt att finna andra källor än de kriminalstatistiska som indikerar en motsvarande ökning. Att exempelvis andelen åtalsunderlåtelser stigit pekar på att desto flera brott av lindrigare karaktär numera kommer in i lagföringsstatistiken jämfört med tidigare.

Utvecklingen av dopningserfarenheten

För att få en uppfattning om olika drogers utbredning i samhället och i olika befolkningsgrupper är man i regel hänvisad till olika typer av frågeundersökningar. Under 1990-talets första hälft började man inkludera även dopningsfrågor i olika drogvaneundersökningar. En närmare beskrivning av sådana studier av återkommande karaktär återfinns i metodkapitlet.

Sammantaget visar dessa frågeundersökningar att någon enstaka procent av de yngre männen säger att de någon gång har provat anabola steroider och att det är mycket sällsynt att kvinnor uppger detta. Den sneda könsfördelningen överensstämmer väl med statistiken över misstänkta för dopningsbrott.

Den senaste frågeundersökningen i befolkningen om dopning genomfördes 2008 av STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) bland 18–50-åringar i syfte att utröna omfattningen av erfarenheter av anabola steroider och tillväxthormon. Man fann att 0,6% av männen 0,1% av kvinnorna uppgav att de någon gång använt sådana medel (Leifman och Rehnman 2008). Detta motsvarar ca 14 000 personer i åldersintervallet. På grund av den låga svarsfrekvensen (31%) gjordes en bortfallsuppföljning men en uppvägning baserad på bortfallsanalysen förändrade inte slutresultatet i någon betydande grad².

Endast en enda individ i STAD-studiens huvudurval uppgav sig ha använt anabola steroider eller tillväxthormon senaste 12 månaderna, materialet ger alltså inget säkert underlag för att bedöma omfattningen av det årsaktuella bruket. Om man ponerar att kvoten mellan att ha prövat någonsin respektive ha använt senaste året är densamma för dopning som för narkotika (beräknad utifrån 2008 års folkhälsoenkät) skulle detta motsvara att ca 2 500 personer (huvudsakligen män) i det aktuella åldersintervallet har använt anabola steroider under senaste 12 månadersperioden. Samtidigt är det inte känt om rapporteringsviljan respektive fortsättningskvoten är densamma för narkotika som för dopning, varför beräkningen får betecknas som spekulativ.³

Ovanstående resultat för livstidsprevalensen överensstämmer relativt väl med andra tidigare genomförda besöksintervjuer i den vuxna befolkningen (15–75 år) från perioden 1993–2000 där 0–1% av männen upp till 50 år svarade att de prövat anabola steroider medan knappt någon i övriga grupper uppgav sådana erfarenheter. I dessa studier uppgav ingen erfarenhet av tillväxthormon (tabell 102).

Även bland ungdomar är prevalenssiffrorna låga och dopningserfarenheter påträffas främst bland killar. Exempelvis har under perioden 1993–2009 i genomsnitt 1% av pojkarna och färre än 0,5% av flickorna i årskurs 9 svarat att de någon gång prövat sådana medel (tabell 98). I 2004 års skolundersökning ändrades frågeställningen, något som kan förklara att värdena sedan detta år snarast legat på 2 respektive 1% (Gripe och Hvitfeldt 2009).

Sedan 2004 inkluderas även elever i gymnasiets årskurs 2 i skolundersökningarna och resultaten är likartade för de två år äldre ungdomarna (ta-

² Denna bortfallsuppföljning gjordes med postenkäter istället för webbenkäter varför det inte är helt oproblematiskt att väga samman resultaten. Även i uppföljningen var dessutom svarsfrekvensen låg (38%) vilket i sin tur ledde till ytterligare en osäkerhet då gruppen som svarade blev liten till antalet relativt det sällsynta beteende som skulle mätas.

³ Även om dopningsanvändning ibland sägs vara mera stigmatiserande att uppge än narkotikaerfarenhet finns det även tecken på det motsatta. Simon et al (2006) fann t ex i en undersökning bland gymbesökare att rapporteringsviljan för dopningsmedel var klart högre än för narkotika. Dock är det inte osannolikt att de som prövat dopningsmedel i högre utsträckning har använt medlen i större omfattning jämfört med dem som prövat narkotika.

bell 97). Mellan 1994 och 2006 ställdes också dopingfrågor i den numera avslutade undersökningen bland män mellan 16–24 år (Guttormsson 2007). Under hela denna period sjönk andelen män som uppgav att de provat anabola steroider från 1,4 till 0,6% mellan (tabell 100).

Även i de riksrepresentativa telefonintervjuer som gjordes 1993–2003 med ungdomar 16–24 år var det någon procent av männen som uppgav erfarenhet av anabola steroider (tabell 101), liksom i dopningsutredningens omfattande telefonintervju med 10 000 18–30-åringar från 1995 (Guttormsson et al 2004 respektive Utredningen om dopning 1996).

Det får således konstateras att under det femtontal år man frågat om anabola steroider har ca 1% av de yngre männen i undersökningarna svarat att de någon gång provat sådana preparat. Att kvinnor redovisar hormondopningserfarenhet är mycket sällsynt, likaså är det mycket ovanligt med årsaktuell dopningserfarenhet.

Samtidigt bör det påpekas att resultaten i befolkningsundersökningarna torde vara miniminivåer eftersom det kan vara känsligt att svara på frågorna samtidigt som bortfallen många gånger är förhållandevis stora. Förutsatt att rapporteringsbenägenheten är ungefär densamma för anabola steroider som för narkotika, är det enligt de olika frågeundersökningarna ofta 10–20 gånger fler pojkar/män som rapporterar att de provat narkotika.

Könsskillnader

Som redan framgått är det sällsynt att kvinnor uppger erfarenheter av anabola steroider i frågeundersökningar. De enda studier där det förekommer i någon mätbar omfattning är skolundersökningarna i nian, där någon procent av kvinnorna säger att de provat anabola steroider, dvs nära nog på samma nivå som killarna.

Alla andra tillgängliga källor pekar på att steroiderfarenhet är ett manligt fenomen, inte minst statistiken över personer misstänkta för dopningsbrott – endast 2% av dessa är kvinnor. Detta mönster styrks även av att 95% av samtalen om eget missbruk till telefonjouren för dopningsmissbrukare är från män. Det finns ingen uppenbar förklaring till varför kvinnornas resultat i skolundersökningarna avviker från övrig information.

Regionala skillnader

Av såväl skol- och mönstringsundersökningarna som vuxen- samt ungdomsundersökningarna framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela landet. Eftersom det är relativt få respondenter som uppger sådana erfarenheter är det emellertid svårt att påvisa eventuella regionala variationer

med någon större säkerhet. Detta illustreras av tabell 16 där skolundersökningsresultaten redovisas regionalt.

En utförligare analys av den till respondentantalet omfattande mönstringsundersökningen har dock visat att erfarenheten av anabola steroider avtar något med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna var det normalt dubbelt så höga andelar som prövat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna (Guttormsson 2007). På grund av det stora antalet tillfrågade kan dessa data även presenteras på länsnivå (tabell 19). 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 så pass omfattande att regionala nedbrytningar möjliggjordes och denna studie fann att spridningen av erfarenheten av anabola steroider var någorlunda jämnt fördelad i riket bland de 18–30-åriga männen.

Enligt STADs undersökning från 2008 hade 1,1% av männen i Stockholms län provat anabola steroider eller tillväxthormon jämfört med 0,4% i övriga riket. Denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd.

I den mån några tendenser till regionala variationer framkommer i frågeundersökningar förefaller förekomsten vara något högre i storstadsregioner. Brås statistik över personer misstänkta för dopningsbrott från år 2000 och framåt visar att en tredjedel av de misstänkta bodde i Stockholms län och totalt bodde ca 55% i något av de tre storstadslänen.

Sociala faktorer

I dopningsutredningens omfattande studie från 1995 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.

Även i mönstringsstudien förekom likartade men svaga samband. Bland dem som studerade vid mönstringstillfället hade 0,5% prövat anabola steroider medan motsvarande värden var 2 respektive 3% för dem som arbetade respektive inte gjorde någotdera (enligt 2006 års undersökning). Även sett till föräldrarnas utbildning framkom skillnader: 0,4% av dem med högskoleutbildade föräldrar hade prövat anabola steroider jämfört med 1,3% bland dem vars föräldrar hade högst grundskoleutbildning (denna fråga är från 2003 års studie). Bland mönstrande med utländsk bakgrund (utlandsfödd eller utlandsfödd förälder) var det något vanligare med dopningserfarenheter jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar.

Av skolundersökningarna framgår att de som prövat anabola steroider trivdes sämre i skolan och skolkade oftare, jämfört med dem som saknade sådana erfarenheter. De uppgav också i högre grad att de bodde i ett område där det förekom klotter och vandalism samt att de i högre grad än andra ville flytta till ett annat bostadsområde. Dessa samband var starkare i årskurs 9 än i gymnasiets årskurs 2.

Eftersom dopning förekommer bl a i samband med träning och idrott 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. I dopningsutredningens stora studie från 1995 uppgavs exempelvis av en tredjedel av dem som använt hormonpreparat att de också använt narkotika. Bland mönstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider över 70% (2006 års studie). Av bl a gymnasie- och mönstringsundersökningarna framgår att sambandet också gäller omfattande konsumtion av alkohol, rökning och erfarenhet av snifffningsmedel.

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, även bland ungdomar, som är återhållsamma med alkohol och andra droger.

Internationell jämförelse av dopningserfarenheten

Vid fyra tillfällen (1995, 1999, 2003 och 2007) har den sameuropeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. 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 2009). Denna fråga är jämförbar mellan 1999 och 2007.

Det kan konstateras att även internationellt är det främst pojkar som uppger erfarenhet av anabola steroider. Pojkarnas värden varierade 2007 mellan 0–7% och flickornas mellan 0–2% (2 respektive 1% i genomsnitt). Endast i två länder (Tjeckien och Italien) översteg flickornas värde 1%.

Av de elva länder som 1999 hade värden på 2% eller över var sju östeuropeiska, 2003 var motsvarande förhållande sex av nio och 2007 sex av tio. En svag men innehållande tendens till förhöjda nivåer i östeuropeiska länder förekommer således. Högst erfarenhet (4%) av anabola steroider rapporterades 2007 av elever från Tjeckien.

I USA finns data om erfarenhet av anabola steroider från nationella skolundersökningar sedan 1991 och således kan en långsiktig bild av utvecklingen ges. Andelen elever i 10th grade (motsvarande årskurs 9) som prövat anabola steroider var lägre än någonsin i 2008 års undersökning. Detta år svarade 1% att de gjort så, jämfört med 4% under toppen 2000–2002. Den föregående perioden ökade andelen steroiderfarna från 2% under 2001. Utvecklingen bland de två år äldre ungdomarna i 12th grade – motsvarande år 2 i svenska gymnasiet – är likartad men på en något högre nivå (Johnston et al 2009). År 2008 var det 2% av dessa som svarade att de använt anabola steroider.

Således är erfarenheten av anabola steroider bland ungdomar likartad i många länder. Steroiderfarenheterna är 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. När (något) förhöjda nivåer påträffas bland de undersökta länderna handlar det ofta om östeuropeiska länder.

Referenser

- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevers drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. 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.
- Hibell B et al (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Johnston L D et al (2009). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2008*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Leifman H och Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.
- Regeringens proposition 1998/99:3. *Åtgärder mot dopning*. Stockholm: Elanders.
- Simon P et al (2006). *Doping in fitness sports: estimated number of unreported cases and individual probability of doping*. *Addiction* 101; 1640–1644.
- SOU 2008:120 (2008). *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m m*. Betänkande av Narkotikautredningen. Stockholm: Regeringskansliet.
- Utredningen om dopning (1996). *Doping i folkhälsoperspektiv*. SOU 1996:126. Stockholm: Socialdepartementet.

Tobaksutvecklingen

Inledning

Användandet av tobak har sitt ursprung på den amerikanska kontinenten och kom till Europa och Sverige under 1500-talet. Bruket blev dock mera allmänt förekommande under senare hälften av 1800-talet. I början dominerades konsumtionen av röktobak. Vått snus introducerades under början av 1900-talet.

Beskrivningen av tobaksutvecklingen i det här kapitlet 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 viktiga tobakspolitiska händelser och beslut.

- 1915** All svensk tobaksindustri förstatligades genom inrättandet av AB Svenska Tobaksmonopolet.
- 1942** Monopolet utvidgades till att även omfatta import (Loewe 1990).
- 1960–** 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).
- 1970–** Socialstyrelsen publicerade under 1970-talets början en rapport som bland annat 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 bland annat restriktioner mot tobaksreklam och en lag tillkom om obligatoriska varningstexter på tobaksförpackningar respektive innehållsdeklARATIONER på cigarettpaket (Magnusson och Nordgren 1994).
- 1993** Tobakslagen (1993:581) infördes. Denna innehåller bland annat regler om rökfria miljöer men också nya bestämmelser om reklamrestriktioner och varningstexter.
- 1994** Tobakslagen skärptes och förbud mot tobaksreklam i pressen infördes.

- 1997** Tobakslagen skärptes ytterligare genom att 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.
- 1998** Indikationer på en ökande svart marknad för smuggelcigaretter ledde till en sänkning av punktskatten under 1998.
- 2001** Varningstexterna på cigarettpaket gjordes avsevärt större. I Sverige ändrades också varningstexten på snus 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. Detta år introducerades även lågpriscigaretter på marknaden.
- 2002** Under våren 2002 ändrades punktskattedirektivet så att länder som redan har punktskatter över en viss nivå inte behövde uppfylla 57-procentskravet. Det infördes även förbud mot så kallad 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.
- 2005** Den 1 juni 2005 infördes rökförbud på restauranger och andra serveringar. Ytterligare skärpningar av tobakslagen trädde i kraft detta år, bland annat förbjöds tobaksreklam utanför säljställen samt försäljning av cigaretter styckvis eller i paket om färre än nitton.
- 2007** 1 januari 2007 fördubblades snusskatten från 123 till 246 kronor 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.

Aktuella händelser 2008–2009

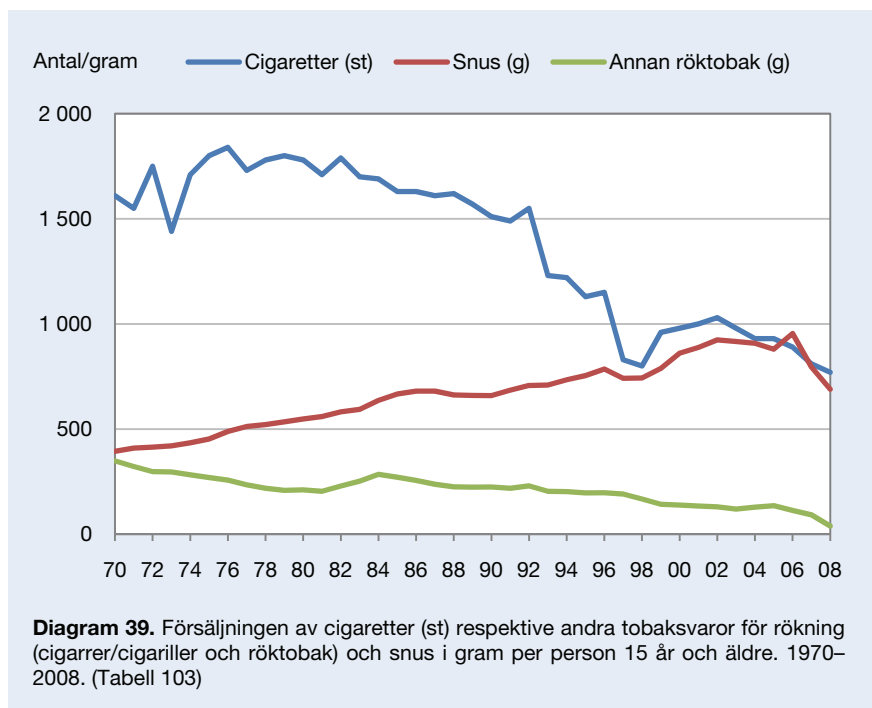
Den 1 januari 2008 höjdes återigen minimipunktskatten på cigaretter, nu till 1 krona och 24 öre och skatten på snus till 336 kr per kilo (1994:1563). I mars 2008 beslutades att en särskild utredare skulle se över effektiviteten och efterlevnaden av bestämmelsen om åldersgräns för handel med tobaksvaror och därtill knutna bestämmelser. Utredningens förslag syftar till att 18-årsgränsen ska respekteras bättre, bland annat genom effektiviserad tillsyn och skärpta krav (S:2008:03). Från och med 1 januari 2009 höjdes minimipunktskatten på cigaretter till 1 krona och 27 öre (SFS 2008:921).

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 på grund av att inte all försäljning av lågpriscigareter 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.

Av tabell 103 och diagram 39 framgår att cigarettförsäljningen därefter minskat. Efter den stora nedgången 1997–1998, vilken sammanföll med den temporära cigarettskattehöjningen, återhämtade sig försäljningen något men



har sedan 2002 åter fortsatt att sjunka, från 1 030 cigaretter per person 15 år och äldre till 770 stycken 2008. Försäljningen av annan röktobak (rulltobak, 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 de senaste åren och 2008 uppgick försäljningen till 39 gram per person 15 år äldre.

Försäljningen av snus minskade efter andra världskriget. År 1945 såldes cirka 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 2006 har försäljningsmängden sedan dess minskat och var 2008 690 gram per person 15 år och äldre. 2006 års ökning av snusförsäljningen skedde parallellt med en minskning av snusanvändandet i skolundersökningarna (tabellerna 105–106). Snusanvändandet i den vuxna befolkningen undersöks av Statens folkhälsoinstitut sedan 2004 och här kan man se en svag minskning bland männen (tabell 108). Ökningen i försäljning kan förklaras av en bunkringseffekt inför skattehöjningen 2007.

Oregistrerad konsumtion

Den svenska försäljningsstatistiken ger inte en total bild av tobakskonsumtionen. Privat införsel och organiserad smuggling är ytterligare källor, liksom de lågpriscigaretter som inte distribueras av Swedish Match. Perioden 1970–1995 översteg aldrig tullens beslag 6 miljoner cigaretter årligen. År 1997 skedde en uppgång, och några år framåt beslagtogs i genomsnitt närmare 40 miljoner cigaretter per år (tabell 103) det förefaller som om uppgången skedde i samband med skattehöjningen 1997. Den senaste femårsperioden har beslagen sjunkit till i genomsnitt 20 miljoner per år.

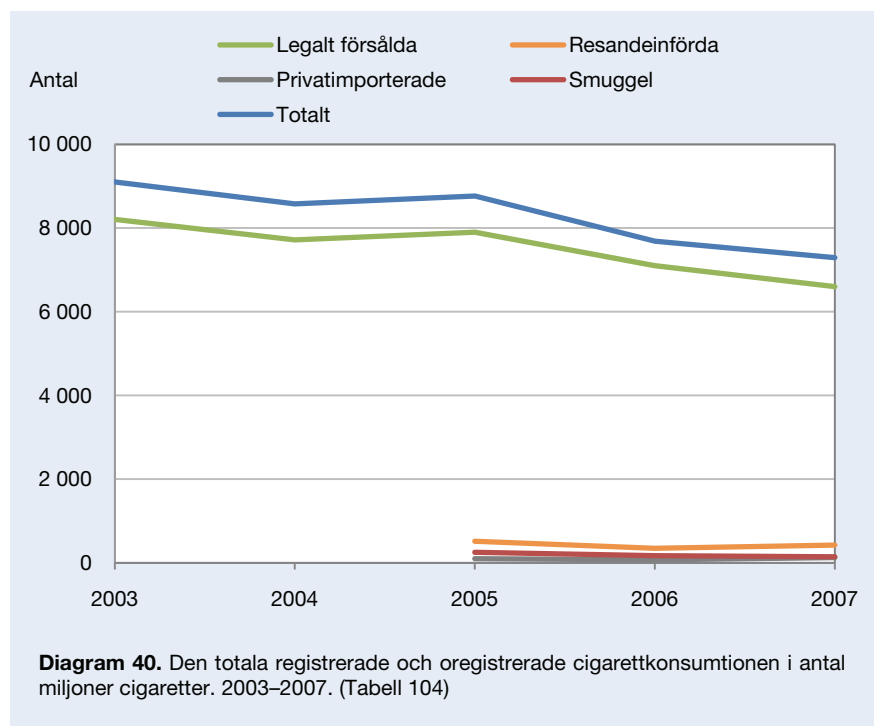
Den stora beslagsökningen kom parallellt med skattehöjningen, medan pris-sänkningen 1998 alltså inte ledde till att beslagen återgått till forna nivåer. Det kan här även påpekas att Sverige kan användas som transitland av cigarettsmugglare (Rikskriminalpolisen och Tullverket 2008).

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införsel, såväl av taxfreevaror som småskalig smuggling. Enligt Persson (1999) uppskattades cirka 20% av totalmarknaden av cigaretter våren 1998 komma från tax-freehandeln. Den registrerade försäljningen skulle då sammantaget ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettskonsumtionen 1998. Den 1 juli 1999 avskaffades taxfreeförsäljningen inom EU, något som torde ha bidragit till uppgången av den inhemska försäljningen.

Enligt diagram 40 beräknas den registrerade försäljningen 2003–2007 stå för bortåt 90% av den totala konsumtionen, betydligt högre än 1998 således, i den mån beräkningsmetoderna är jämförbara.

Av den oregistrerade försäljningen år 2003 och 2004 utgjorde privatinförsel respektive smuggling ungefär lika stora källor, cirka 5–6% vardera (Granberg och Trolldal 2005). Dessa beräkningar grundas på svaren från SoRADs frågeundersökningar¹ om privat införsel respektive inköp av cigaretter insmugglade till Sverige.

I 2007 års undersökning utgjorde lågpriscigaretterna en tämligen stor del av den legala försäljningen, nämligen cirka 1,6 miljarder (av 6,6 miljarder legalt försålda cigaretter). Dessutom ökade den oregistrerade tobakens (resandeförda-, smuggel- samt privatimporterade² cigaretter) andel från 7,6% till 9,5% mellan 2006 och 2007, samtidigt som den totala cigarettkonsumtionen fortsatte att minska (Axelsson Sohlberg 2008). Detta sammanfaller med 2007 års skattehöjning på cigaretter vilket kan vara en förklaring till den ökade andelen oregistrerade cigaretter. Andelen oregistrerade cigaretter var emellertid



¹ Frågeundersökningarna ingår i det s k Monitorprojektet som ursprungligen syftade till att skatta den oregistrerade alkoholkonsumtionen, tobaksfrågor lades till 2003.

² Personer som uppgett sig ha köpt cigaretter som privatimporterats.

ännu något högre 2003–2005 jämfört med 2007. I diagram 40 illustreras minskningen av den totala cigarettkonsumtionen åren 2003–2007³ samt de oregistrerade källorna mellan 2005 och 2007.

Den totala cigarettkonsumtionen⁴ uppgick 2007 till 7,3 miljarder cigaretter, vilket är en minskning med cirka 20% jämfört med 2003. Sett över tidsperioden har den legala cigarettförsäljningen minskat men utgör andelsmässigt runt 10% av den totala konsumtionen under hela perioden.

Relaterat till försäljningen så som den beskrivs i diagram 39⁵ (antal cigaretter per person 15 år och äldre) kan sägas att utvecklingen är den samma. När man ser till den totala cigarettkonsumtionen har minskningen sedan 2003 dock varit något större. Den totala cigarettkonsumtionen kan, för år 2007, räknas ut till 955 cigaretter per person 15 år och äldre jämfört med 810 stycken enligt försäljningsstatistiken från Swedish Match.

Konsumtionsvaneundersökningar

Frågeundersökningar rörande svenska folkets rökvanor har genomförts sporadiskt sedan mitten av 1940-talet. Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) är för närvarande den bästa källan till kunskap om tobaksvanorna i vuxenbefolkningen över en lång tid. Sedan 2004 samlar även Statens folkhälsoinstitut in uppgifter om snus- och rökvanor i befolkningen. Vad gäller ungdomars tobaksvanor finns data från skolundersökningarna men även i mönstringsundersökningarna ställdes frågor om tobak. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Tobakskonsumtion bland ungdomar

Av tabell 105 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare mellan 1971 och 2009⁶ (Gripe och Hvitfeldt 2009). Av allt att döma var rökningen mera utbredd bland skoleleverna i början av 1970-talet, för att sedan nå en relativt låg nivå under mitten av 1980-talet. Sedan 2003 svarar runt

³ Antalet legalt försålda cigaretter är hämtade från Skatteverket till skillnad från försäljningsuppgifterna i tabell 103 och diagram 39 som bland annat är hämtade från Swedish Match.

⁴ Köp via internet ej inkluderat.

⁵ Denna serie har flera källor varav de senaste årens statistik kommer från Swedish Match som bevisligen redovisar en lägre försäljning än Skatteverket, troligen på grund av att lågpriscigaretter ingår i Skatteverkets statistik men inte i statistiken från Swedish Match.

⁶ 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).

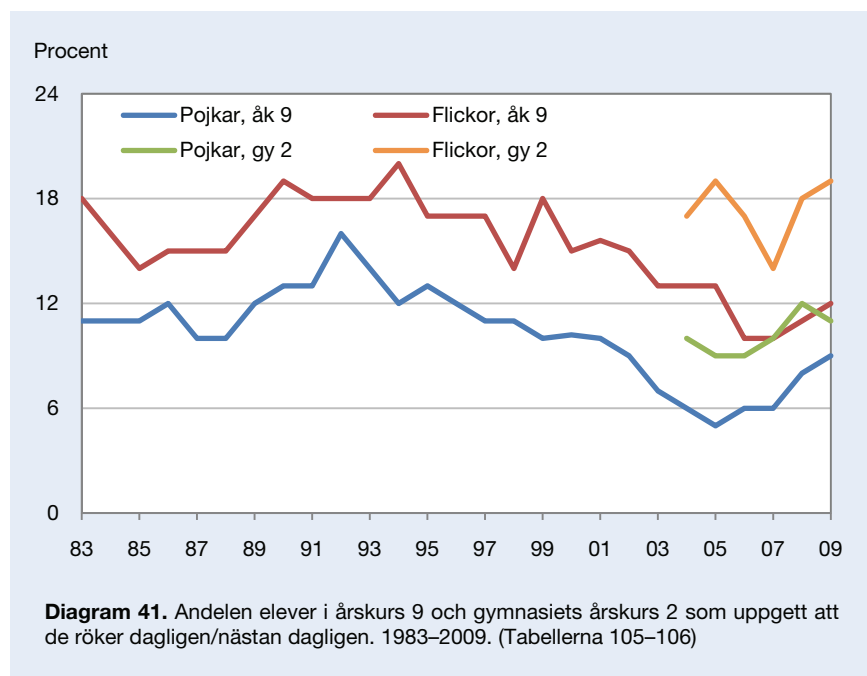
20% av pojkarna och 30% av flickorna att de röker, vilket är nedgångar jämfört mot slutet av 1990-talet.

Från och med 1983 framgår även hur många elever som röker varje eller nästan varje dag (diagram 41 och tabell 105). Sedan 1990-talets första hälft har en nedgång skett 2009 till 9% bland pojkarna och 12% bland flickorna. Trots en uppgång under de senaste åren har dagligrökning de senaste sju åren inte varit ovanligare sedan frågan infördes 1983.

Från och med 2004 ställs tobaksfrågor även till gymnasieelever i årskurs 2 och här kan man se att rökvanorna är något mera utbredda jämfört med nionorna (tabell 106). År 2009 uppgav 11% av pojkarna och 19% av flickorna i gymnasiet att de röker dagligen/så gott som dagligen (diagram 41).

Snusfrågan, liksom rökfrågan, ändrades 1983 och 1997 och därför är tidsserien något svårtolkad i båda dessa fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt (tabell 105). Snusvanorna förefaller ha varit mer omfattande under 1970-talet jämfört med 1990-talet. Detta innebär att snusvanornas utveckling bland niondeklassarna uppvisar en motsatt utveckling än den som framgår av försäljningsstatistiken.

År 2009 svarade 15% av pojkarna och 4% av flickorna att de snusade. För pojkarnas del innebär det en minskning från 26% sedan början av 2000-talet. Även andelen snusande flickor har, efter en uppgång under 2000-talet, mins-



kat och är nu nere på samma nivå som i slutet av 1990-talet. De senaste årens minskningar i snus användandet bland niondeklassare sammanfaller med en minskad försäljning.

Vad gäller snusning är andelen gymnasiepojkar som snusar högre jämfört med nian då drygt 20% av gymnasiepojarna uppger att de snusar. Bland gymnasieflickorna är skillnaden inte lika tydlig även om det är något vanligare, 2009 uppger 7% detta jämfört med 4% i årskurs 9. Liksom i årskurs 9 går det att se en minskning i snus användandet, dock endast för pojarna (från 32% 2004 till 23% 2009).

År 2000 infördes tobaksfrågor i drogvaneeenkäten som gavs till alla mönstrande artonåriga män. Då svarade 42% att de snusade eller rökte och 2006 års resultat var 38%, en marginell nedgång således (Guttormsson 2007).

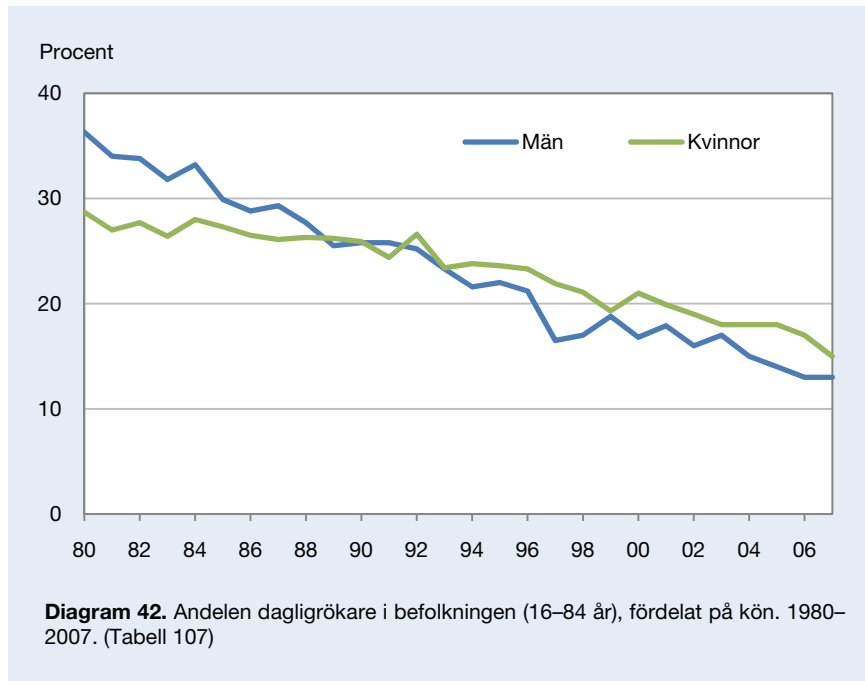
Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna (i årskurs 9). Dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar och ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner nästan könsskillnaderna. Under hela 1990- och 2000-talet har andelen tobakskonsumenter i årskurs 9 varit mycket lika bland flickor och pojkar, 2009 uppgav 28% av pojkarna och 31% av flickorna att de nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

Även i gymnasiet har andelen tobakskonsumenter varit väldigt lika mellan könen, 2009 uppgav 40% av pojkarna och 43% av flickorna att de rökte och/eller snusade.

Tobakskonsumtion bland vuxna

För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. I den första rökvanneundersökningen 1946 rökte 50% av männen och 9% av kvinnorna regelbundet. I en studie av Statistiska centralbyrån (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 antagligen 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 (diagram 42 och tabell 107). Sedan dess har rökningen minskat för båda könen, men mest



bland männen. Detta gör att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män, något som är ovanligt i ett internationellt perspektiv. 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 2007 svarade 13% av männen och 15% av kvinnorna att de röker dagligen. Högsta andelen rökare återfinns i åldersgruppen 45–64 år där 18% av männen och 20% av kvinnorna klassades som dagligrökare. Alltsedan 1980 har andelen dagligrökare varit högst bland 40-talisterna, och därefter bland dem födda på 1950-talet.

Snusning är alltså vanligast bland män, en vana som dessutom är vanligare jämfört med för tjugo år sedan. 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 senare. Under 2006⁷ ökade andelen män något för att sedan sjunka till 21% 2007. Andelen kvinnor låg på 4% 2007.

⁷ 2006 var ett övergångsår för metodbyte. Fr o m 2007 sker datainsamlingen genom datorstödda telefonintervjuer. För gällande fråga (*Snusar du dagligen?*) ser det ut som den nya metoden eventuellt påverkar resultaten för män till att bli något högre. Se Statistiska Centralbyrån och Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) för mer information.

Tobaksutvecklingen

Störst andel snusare återfinns bland män 25–44 år. 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 11% av männen och 14% av kvinnorna dagligrökare 2008 och 19% av männen och 4% av kvinnorna dagligsnusare samma år (tabellerna 108–109).

Mellan åren 2006 och 2007 visar ULF-undersökningen på en nedgång av dagligsnusandet bland män och sedan 2004 går det att urskilja början på en nedgång av dagligsnusande bland män även i folkhälsoenkäten, denna utveckling är i sin tur i linje med nedgången i försäljningen av snus.

Könsskillnader

Både försäljningsstatistik och konsumtionsvaneundersökningar visar att rökningen i befolkningen har minskat sedan 1980-talets början. Eftersom rökningen minskat mest bland män, är rökning nu 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).

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 betydligt vanligare bland män, på senare år har runt 20% av den manliga befolkningen uppgett att de snusar dagligen jämfört med 4% av den kvinnliga (tabell 108). Det är en påfallande större andel pojkar än flickor i årskurs 9 som snusar. 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 är könsskillnaderna mycket små. Folkhälsoinstitutets hälsoenkät visar emellertid att för den totala befolkningen har andelen dagliga tobakskonsumenter varit 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 16). För flickornas del är det i södra Sverige som den lägsta andelen rökare återfinns. I gymnasiet är rökvanornas regionala fördelning tämligen jämn med undantag för pojkarnas lägre värden från Stockholms län (Hvitfeldt och Nyström 2008).

Bland de 18-åriga männen i de mera omfångsrika 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%).

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 16). 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 Sverige⁸ och lägst i Skåne län.

De regionala skillnaderna för flickorna återfinns även i gymnasiets årskurs 2⁹. Där snusar 23% av flickorna från norra Sverige och 4% av dem från Skåne. För gymnasiepojkarnas del var skillnaderna fortfarande relativt små men något färre (ca 25%) snusade i Stockholms, Västra Götalands respektive Skåne län jämfört med cirka 31% i övriga regioner.

Bland mönstrande män var snusning vanligare i landsbygdsområden jämfört med storstadsområden och allra vanligast i Jämtland och Värmland (tabell 19). I Östergötland var andelen snusare lägst.

Statens folkhälsoinstitut redovisar i Hälsa på lika villkor (2009) ett åldersstandardiserat genomsnitt för åren 2005–2008 på antalet dagligrökare och dagligsnusare, efter en regional uppdelning. Dagligrökning är enligt denna undersökning vanligare i de södra delarna av Sverige både bland män och kvinnor. Däremot är det svårare att se något regionalt mönster vad gäller minst andel dagligrökare. Allra minst andel har dock Västerbotten för både män och kvinnor.

Bland de som snusar dagligen verkar det enligt Statens folkhälsoinstituts regionsuppdelning som att störst andel snusare bor i de norra delarna av landet, dock har Gotland störst andel dagligsnusare bland männen. Minst andel snusare återfinns i södra och mellersta Sverige.

⁸ "Norra Sverige" utgörs här av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

⁹ Även här, som för årskurs 9, har åren 2006–2008 slagits samman.

Intrycket utifrån dessa undersökningar är att snusning är något vanligare norröver och mindre vanligt i storstadsområden och söderöver. Även om skillnader i rökvanor är relativt små så förefaller det som om dessa, åtminstone i den vuxna befolkningen, uppvisar en något 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 knappt rökte alls på 1940-talet. Numera är förhållandena omvända. I ett längre perspektiv har således rökningen minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper.

I 2009 års skolundersökning framkommer att skolk är betydligt vanligare bland de elever som röker än bland dem som inte röker. Vad gäller otrivsel i skolan var det däremot inte så stor skillnad mellan rökare och icke-rökare, något fler rökare uppgav att de trivdes dåligt i skolan. I gymnasiet försvinner denna skillnad i trivsel i stort sett helt, men det är fortfarande vanligare att de som röker skolkar ett par gånger i månaden eller oftare.

Det var även vanligare bland dem som snusade att skolka ett par gånger i månaden i både årskurs 9 och gymnasiets andra år.

Enligt SCBs ULF-undersökning återfanns år 2005 störst andel rökare bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa, därefter i fallande ordning kom arbetarna, företagarna och tjänstemännen. Enligt samma studie var rökning dubbelt så vanligt bland utlandsfödda män, jämfört med män som var födda i Sverige av svenskfödda föräldrar. Bland kvinnorna var skillnaderna i rökvanor med avseende på utländsk bakgrund relativt små.

Enligt Statens folkhälsoinstituts rapport Hälsa på lika villkor (2009) var, 2008, dagligrökning vanligare bland kvinnor och män med kort utbildning än bland dem med mellanlång eller lång utbildning. Det var även vanligare att kvinnor och män i arbetaryrken rökte dagligen än män och kvinnor i tjänstemannayrken. Vidare så var dagligrökning vanligare bland dem som saknade kontantmarginal och/eller hade låg inkomst än bland dem som inte varit ekonomiskt utsatta. Mindre vanligt att dagligröka var det bland män födda utanför Norden och bland kvinnor födda i övriga Norden jämfört med dem födda i Sverige.

Statens folkhälsoinstitut frågar även om snusvanor och 2008 var det vanligare att ha snusat dagligen bland män med kort utbildning än bland dem med mellanlång eller lång utbildning. Bland kvinnor var dagligsnusande vanligare bland dem med kort eller mellanlång utbildning än bland dem med lång utbildning.

Det var vanligare att ha snusat dagligen bland arbetslösa män och bland män med sjuk-/aktivitetsersättning än bland män i övriga sysselsättningsgrupper. Dagligsnusande var även vanligare bland män i arbetaryrken än bland män i tjänstemannayrken. En större andel kvinnor som saknade kontantmarginal dagligsnusade jämfört med dem som hade kontantmarginal. Det var mindre vanligt att ha snusat bland kvinnor födda utanför Europa än bland kvinnor födda i Sverige.

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 sjukdomsbördan mätt i DALY's¹⁰ (WHO 2002).

WHO har utvecklat en metod att utifrån nationell dödsorsaksstatistik beräkna antalet rökningssrelaterade dödsfall i ett land (Peto 1994). Enkelt uttryckt innebär metoden att man bland annat använder lungcancerdödligheten i ett land som mått på hur länge och hur mycket man rökt i landet. Utifrån detta mått beräknar man den rökningssrelaterade dödligheten i övrigt, med utgångspunkt från data i stora epidemiologiska studier. Metoden innebär sannolikt en underskattning av antalet rökningssrelaterade dödsfall, men det är ändå av intresse att betrakta utvecklingen enligt dessa beräkningar.

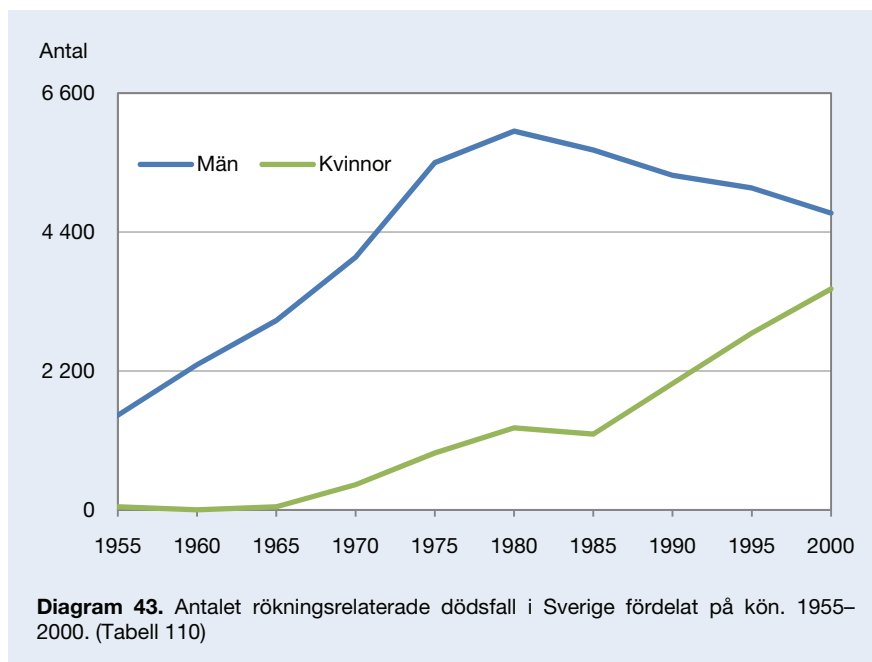
Av diagram 43 framgår att rökningen uppskattningsvis krävde nästan 8 000 liv i Sverige 1995¹¹. Fem år senare har antalet ökat något till drygt 8 000, den stora skillnaden som detta diagram belyser är dock hur männens andel av dödsfallen sjunkit sedan 1980, samtidigt som kvinnornas andel ökat. Mönstret i beräkningarna, baserade på den ovan nämnda metoden, stämmer 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.

Samma mönster framträder i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Enligt Socialstyrelsen (2005) orsakas runt 8 av 10 lungcancerfall i Sverige av rökning. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och efter 1980 kan man se en minskning av lungcancerfall bland män. Samti-

¹⁰ DALY's står för "Disability Adjusted Life Years".

¹¹ År 1960 är antalet kvinnor under 100 men exakt hur många framkommer ej av rapporten. För åren 1955 samt 1965 är antalet kvinnor hämtade från den tidigare rapporten (Peto et al 1994).

Tobaksutvecklingen



dig är lungcancer fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor (Socialstyrelsen 2008).

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en vanligare konsekvens av rökning än vad lungcancer är. Sedan 1990-talet har dödligheten i kroniska sjukdomar i andningsorganen (inklusive KOL) ökat långsamt bland kvinnorna samtidigt som den minskat något bland männen (Socialstyrelsen 2008).

Internationell jämförelse av rökvanor

Vid fyra tillfällen, vart fjärde år sedan 1995, har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. 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 2009).

För att få en uppfattning om aktuella rökvanor har man frågat eleverna om de rökt cigaretter de senaste 30 dagarna före undersökningen. I den senaste undersökningen genomförd 2007, hade Österrike, Bulgarien, Tjeckien och Lettland högst andel elever med aktuella rökvanor, varav samtliga hade en andel på mellan 40–45%.

I diagram 44 jämförs resultaten från 1995, 1999, 2003 och 2007 för de 32 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. När förändringarna är större än tre procentenheter jämfört med undersökningen dessförinnan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

Över tid är trenden i ESPAD-länderna att rökning de senaste 30 dagarna minskat eller stabiliserats bland 15–16-åringarna. Den genomsnittliga prevalensen har sjunkit fyra procentenheter mellan 1995 och 2007¹² och om man endast ser till perioden 1999 och 2007 har den sjunkit med sju procentenheter. Det finns inget uppenbart geografiskt samband men studenter i central- och östeuropeiska länder är oftare bland dem som har en hög andel rökare.

Könsskillnaderna i 2007 års undersökning var små när man såg till den genomsnittliga erfarenheten av att röka de senaste 30 dagarna, emellertid fanns det stora skillnader inom vissa länder. Till exempel var pojkar 16 procentenheter över flickor i Armenien och flickor var 19 procentenheter över pojkarna i Monaco.

Ett någorlunda likartat mönster beträffande rökningens utbredning framkom i en undersökning bland 15-åringar från 2005/2006 genomförd av WHO (Currie et al 2008), även om jämförbarheten är begränsad på grund av att frågeformuleringar och deltagande länder delvis skiljer sig åt. I undersökningen låg Grönland, Bulgarien, Österrike, Kroatien och Lettland i topp bland de länder där 15-åringar uppgett att de rökt den senaste veckan. Sverige utgjorde tillsammans med USA och Kanada, de tre länderna med minst uppmätt andel 15-åringar som rökte så ofta.

¹² Jämförelserna har gjorts mellan de länder där det finns data från alla fyra mättillfällen.

Tobaksutvecklingen

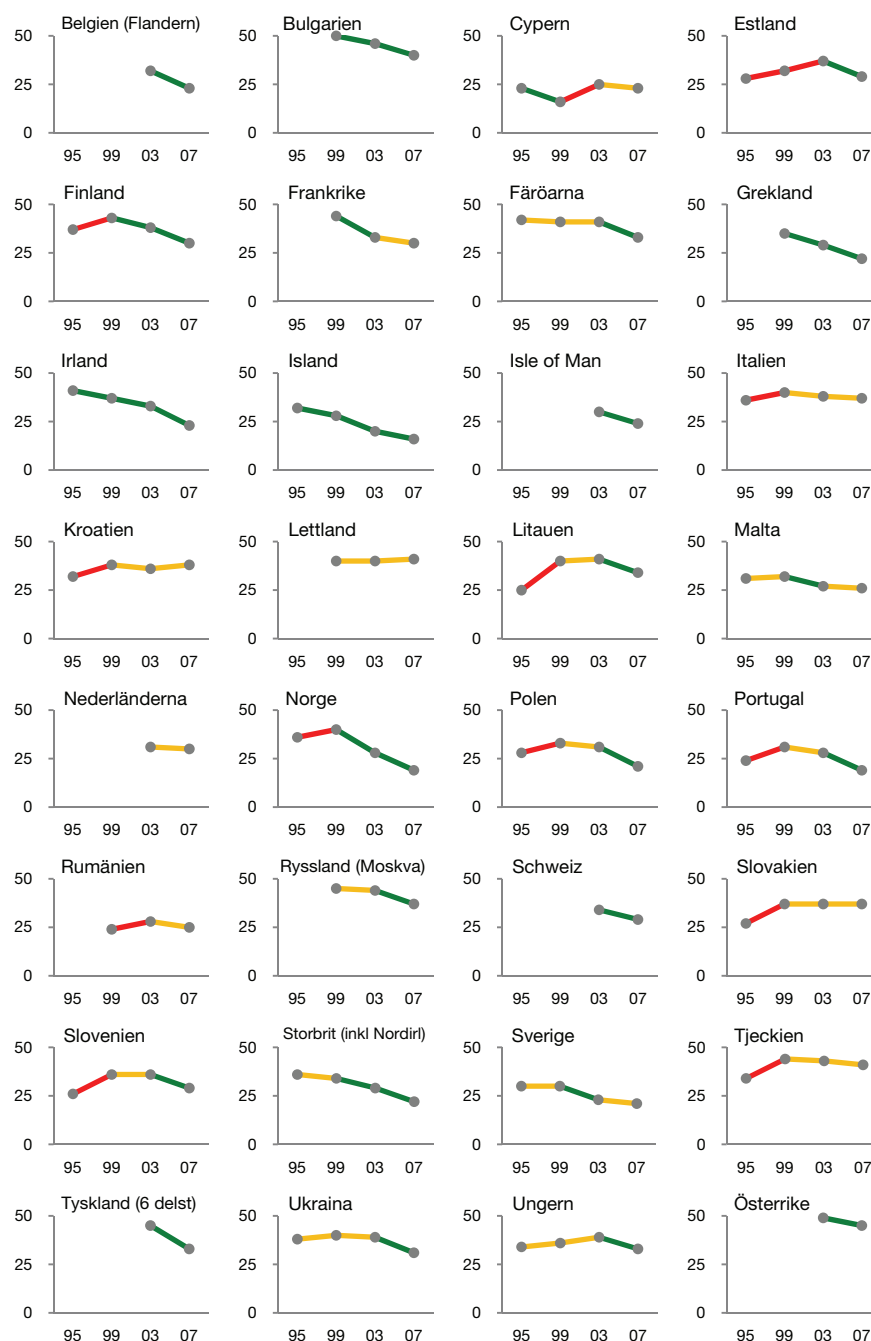


Diagram 44. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Tabell 53)

Frågor om man rökt cigaretter de senaste 30 dagarna har ställts till elever i 12th grade i USA, motsvarande gymnasiet årskurs 2, sedan 1975. Då svarade bortåt 40% att de gjort detta (Johnston et al 2008). Andelen föll därefter, men steg mellan 1992 och 1997, från 28 till 37%. Därefter har andelen sjunkit till 20% år 2008 (Johnston et al 2009). 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 2008 svarade 12% av dem att de rökt senaste 30 dagarna.

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 Väst Europa, höjt skatterna för att begränsa användningen av tobak.

Enligt WHO-rapporten är det 29% av den vuxna befolkningen som röker i Europa, 40% bland männen och 18% bland kvinnorna. Det är framför allt bland männen man kan konstatera en något lägre andel rökare jämfört med 2002. Störst andel manliga rökare återfinns i den Ryska federationen med 61%. Minst röker de svenska männen där endast 14% uppger detta. Störst andel kvinnliga rökare finns i Österrike med över 40%. De svenska kvinnorna ligger på genomsnittet för Europa med 18%. 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

- Axelsson Sohlberg T (2008). *Oregistrerad tobak – Om svenskarnas privatinförsel av tobaksprodukter samt köp av cigaretter och snus år 2007*. Stockholm: SoRAD.
- Currie C et al (red) (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:2.
- Granberg M och Trolldal B (2005). *Resandeförsel och smuggling av cigaretter åren 2003–2004*. Forskningsrapport nr. 29. Stockholm: SoRAD.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevers drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hvitfeldt T och Nyström S (2008). *Skolelevers drogvanor 2008*. Rapportserie nr 114. 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.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2009). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2008*. 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.
- Paulsson K, Karlsson A-S och Wadman C (2009). *Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – 2008*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Persson J, Sjöberg I och Johansson S-E (2004). *Bruk och missbruk, vanor och ovanor. Hälsorelaterade levnadsvanor 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.
- Peto R, Lopez A D, Boreham J & Thun M, (2006). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000 (2nd edition revised June 2006)*. Oxford: Clinical Trial Service Unit & Epidemiological Studies Unit at the University of Oxford.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2008). *Den illegala drogsituationen i Sverige 2007*. Rapport 2007:7. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.

- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från Socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor 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.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Hälsa på lika villkor. Resultat från Nationella folkhälsoenkäten – 2008*. Östersund: 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 män och kvinnor 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 även när befolkningen delas in i olika åldersgrupper.

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.

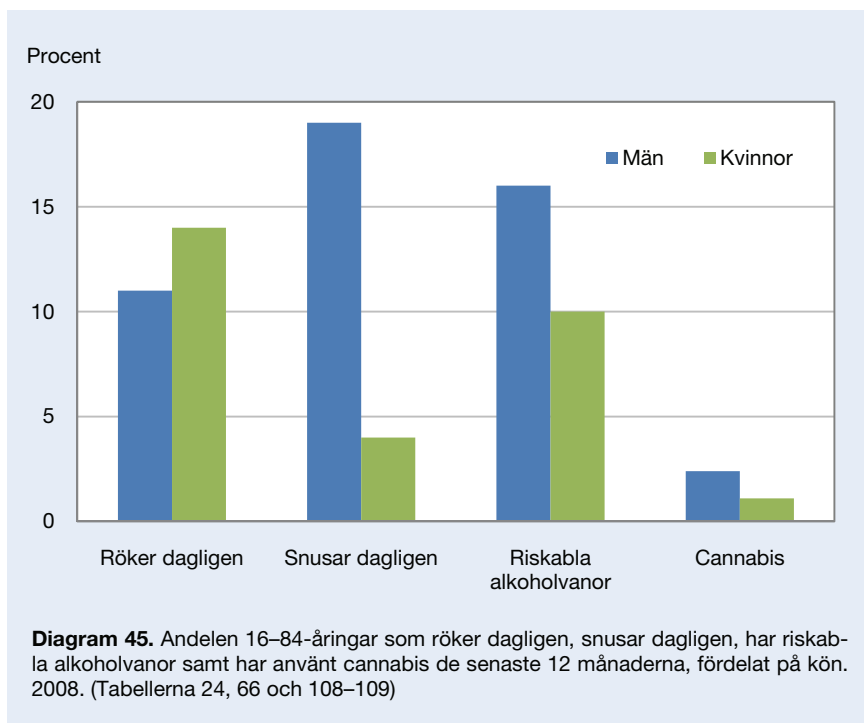
I följande avsnitt redovisas olikheter och likheter mellan män och kvinnor inom de områden som tagits upp i Drogutvecklingen i Sverige. Därefter följer en reflektion över könstillhörighetens betydelse för konsumtion och missbruk som främst är inriktad på alkohol. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

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 mån även nya fakta.

En översikt över hur skillnaderna mellan män och kvinnor såg ut 2008, inom några av de områden som tas upp i det här avsnittet, framgår av diagram 45. 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% snu-

Könsrelaterade skillnader i drogvanor



sar dagligen jämfört med männens 19%, vilket resulterar i en relativt jämnt fördelad tobakskonsumtion sett ur ett könsperspektiv.

Alkohol

Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen nått en hög nivå som överstigit 10 liter per person (15 år och äldre). Sedan 2004 har emellertid den totala konsumtionen sjunkit med en liter eller 10%.

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 alkoholkonsumtionen 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 8). Utjämnningen under 2000-talet beror på att flickornas konsumtion under en längre tid ökat samtidigt som pojkarnas sjunkit.

Sedan starten 2004 av skolundersökningarna i gymnasiets årskurs 2, har alkoholkonsumtionen varit väsentligt högre i gymnasiet jämfört med årskurs 9.

Konsumtionen bland gymnasieungdomarna var 2009 ungefär dubbelt så hög bland både pojkarna och flickorna, jämfört med vad niorna uppgav samma undersökningsår (tabell 9). Sett över ett femårsperspektiv har gymnasiepojkarna druckit i genomsnitt 70% mer än flickorna. Det verkar således som att det är i 16–18-årsåldern som större könsskillnader etableras.

Utvecklingen av andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de inte dricker alkohol 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 låg andelen icke-konsumenter runt 10%, 2009 har den andelen ökat något till 14% för pojkarna och 12% för 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 27–28). 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% och med hjälp av data från SoRAD kan man se att kvinnors andel av konsumtionen för tillfället verkar ha stannat på 45% (Boman et al 2007). Även om det rör sig om olika undersökningar tyder detta på att kvinnornas konsumtionsandel har ökat sett över tid, även fast den inte når upp till hälften av männens konsumtionsnivå.

Data från SoRAD illustrerar även tydligt att alkoholkonsumtionen är åldersrelaterad (Boman et al 2007). 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 (se diagram 8, i kapitlet om *Alkoholutvecklingen*). Enligt denna uppräknade konsumtion (2006) stod männen för 13,6 liter ren alkohol per person 15 år och äldre och kvinnorna för 6,1 liter¹. Den högsta konsumtionen, 15,8 liter ren alkohol om året, återfanns hos män 16–29 år. Den minst omfattande konsumtionen, 3,6 liter, uppgavs av kvinnor i åldern 65–80 år. I samma studie från 2003 (Leifman och Gustafsson) framgår även att gruppen 30–39-åriga kvinnor ligger något lägre än de omgivande ålderskategorierna, vilket möjligtvis är en effekt av barnafödande.

¹ Den totala konsumtionen skattades till 9,5 liter ren alkohol per person 15 år och äldre, 2008 (se tabell 3).

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 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 2008 års undersökning var andelen med riskabla alkoholvanor störst i åldersgruppen 16–29 år, i vilken ca 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 (tabell 24). Det var dessutom en större andel kvinnor än män som inte druckit någon alkohol alls de senaste tolv månaderna (tabell 23).

Det är inte helt okomplicerat att tolka alkoholskadornas utveckling, men det kan konstateras att könskillnader framträder även här. Socialstyrelsen redovisar antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987. Mellan 1987–1998 minskade antalet slutenvårdstillfällen från ca 51 000 till 37 000. Därefter har antalet ökat och uppgick år 2007 till nästan 50 000 (tabell 40). Kvinnornas andel av vårdtillfällena har ökat sedan 1987, från 19 till 26% år 2008.

Uppgifter rörande den alkoholrelaterade dödligheten hämtas från Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik (tabell 40). I tabellen redovisas den alkoholrelaterade dödligheten genom ett index sammansatt av ett diagnosurval². Det framgår tydligt att den alkoholrelaterade dödligheten ökade under 1970-talet, parallellt med den ökande alkoholkonsumtionen, detta såväl bland män som bland kvinnor. Därefter har den sjunkit bland män mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 till att nu ligga runt 37 dödsfall per 100 000. Bland kvinnorna har antal dödsfall under samma period varit mer oförändrad med en tendens till ökning och har legat mellan 7 och 10 dödsfall per 100 000. Även om männens avtryck i statistiken totalt sett minskat sedan 1980 har alkoholdödligheten bland män 65 år och äldre ökat. Den lilla ökningen bland kvinnorna återfinns främst också bland ålderspensionärerna.

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

² Såväl underliggande som bidragande diagnoser inkluderas. Åren 1987 och 1997 genomfördes revisioner av de s k ICD-koderna (International Classification of Diseases) vilka möjligen kan ha betydelse för jämförbarheten över tid.

varit 16% för alkoholberoende, 16% för alkoholpsykos och 27% för alkohol-förgiftningar.

Även i rättsstatistiken är män överrepresenterade. De är i stor majoritet bland personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott (tabell 32). Det är dessutom en mycket större andel män, jämfört med kvinnor, som blir omhändertagna enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB), även om kvinnornas andel har ökat stadigt sedan 1960-talet (tabell 29).

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 prövat narkotika är dock i genomsnitt lite högre än andelen flickor. I gymnasiets årskurs 2 har skillnaderna mellan pojkar och flickor under hela undersökningsperioden 2004–2009 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 (5 respektive 2% 2009).

Narkotikaerfarenheten bland ungdomar verkar alltså åldersmässigt följa den för alkohol. Även om pojkar vissa år har en högre narkotikaprevalens än flickor i nian är skillnaderna över tid inte särskilt stora. Trots en betydligt kortare tidsserie i gymnasiet kan det konstateras att könsskillnaderna framträder mer 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 (CAN 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 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 13% för männen och 8% för kvinnorna. Bruk av narkotika respektive enbart cannabis under de senaste 12 månaderna är således relativt ovanligt bland vuxna i såväl de äldre undersökningarna som i folkhälsoenkäterna. Det kan dock konstateras att narkotikaerfarenheten är vanligare bland män än bland kvinnor.

I tabell 90 redovisas den narkotikarelaterade dödligheten. Narkotikadödligheten ökade fram till millennieskiftet, men har därefter sjunkit och ligger 2007 åter på i stort sett samma nivå som innan millennieskiftet. Förutom att antalet användare ökade under tidigare decennier skulle uppgången i dödligheten även kunna förklaras av andra faktorer som att ökande andelar använt mera

toxiska sorter³, att narkotika är ett förhållandevis nytt fenomen samt att med en ökande medelålder i användargruppen följer ökande hälsoproblem. Kvinnornas andel av de narkotikarelaterade dödsfallen har i genomsnitt utgjort drygt 20% de senaste tio åren och andelen åren dessförinnan låg runt 30%.

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 narkotikarelaterade 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.

Enligt Socialstyrelsen (2008c) är omkring två tredjedelar, av de tvångsvårdade enligt LVM, män de senaste åren. I den yngsta åldersgruppen 29 år eller yngre var, 2007, andelen kvinnor närmare 40% medan männen dominerade de äldre åldersgrupperna. Det framkommer att en betydligt större andel av kvinnorna har missbrukat enbart narkotika eller haft ett blandmissbruk. Enligt rapporten går det att se en grov uppdelning i två grupper, yngre kvinnor som enbart missbrukar narkotika och äldre män som fördelar sig relativt jämnt över alkohol-, narkotika- och blandmissbruk, även om alkohol är något vanligare.

EMCDDA⁴ 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 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.

³ Heroin introducerades under andra halvan av 1970-talet och vann ytterligare spridning under 1990-talet.

⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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. 2009 skiljde det dock mer än på några år mellan pojkar och flickor, 7 respektive 4% (tabell 92).

Erfarenhet av att sniffa bland elever i gymnasiet årskurs 2 har sedan undersökningens början, 2004, legat på ungefär samma nivå som i årskurs 9 och även där går att se en liten överrepresentation av pojkar. 2009 uppgav 5% av pojkarna och 4% av flickorna att de sniffat någon gång.

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 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). Värt att notera är att det rör sig om mycket små antal.

Dopning

Erfarenhet av dopning är oavsett ålder vanligare bland män än bland kvinnor. I både årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 är erfarenheten av anabola steroider mycket ovanlig. Sedan frågan infördes har det dock i genomsnitt varit vanligare att pojkar någon gång provat anabola steroider än att flickor gjort det (tabellerna 98–99).

Brottstatistiken kan i viss mån ge en uppfattning om situationen i den vuxna befolkningen. Kvinnor förekommer mycket sällan i samband med dopnings-

brottslighet, i genomsnitt var bara 2% av alla misstänkta för dopningsbrott perioden 1993–2008 kvinnor (tabell 96). 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% 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 105). Även i gymnasiets årskurs 2 är flickor klart överrepresenterade vad gäller rökning (tabell 106).

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 (tabell 107). 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 kvinnorna. I Sverige rökte 13% av männen och 15% av kvinnorna dagligen 2007 (tabell 107).

Snusning är emellertid 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 108). 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 för den vuxna befolkningen har könsfördelningen av dagliga tobakskonsumenter varit relativt jämn, dock har andelen dagliga tobakskonsumenter varit större bland männen under hela undersökningsperioden 2004–2008.

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 männens. 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.

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* (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 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. Kvinnor däremot är överrepresenterade bland andelen rökare medan männen står för merparten av snusandet i landet, vilket i sin tur leder till en relativt 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 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 yngre individerna 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 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 missbrukar 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.
- CAN (2007) *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)
- 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 skål 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.

Könsrelaterade skillnader i drogvanor

- Socialstyrelsen (2008b). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2007*. Statistik, Socialtjänst 2008:4 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008c). *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapporter 2008*. Socialstyrelsen. Artikelnr 2009-126-45. Publicerat på www-socialstyrelsen.se
- 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 snus*. 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 informationen komma från indirekta indikatorer och gälla konsekvenser av användningen; uppgifter om antalet alkoholförgiftningar, antalet hepatitfall eller antalet personer som dömts för narkotikabrott.

Ibland används uppgifter om själva preparaten i sig, främst 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 måste användas.

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 alkoholproblem samtidigt som klara gränsdragningar saknas mellan socialt dryckesmönster, storkonsumtion och missbruk (för en närmare diskussion se SOU 2005:82).

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 läkarförskriven användning av sådana medel som finns upptagna i narkotikaförordningen är missbruk i juridisk mening.

En bedömning av narkotikamissbrukets omfattning enligt en sådan begrepps-förklaring 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. Så även i denna rapport.

Inom alkoholområdet kan begrepp som ”alkoholmissbruk”, ”alkoholberoende” och ”storkonsumtion” förekomma. Man försöker också hålla isär socialt 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 används som underlag för bedömningar av missbrukets omfattning och utveckling.

Vissa metoder är bäst ägnade att belysa det sociala alkoholbruket eller den tillfälliga narkotikaanvändningen, medan de inte ger någon kunskap alls om omfattningen av missbruket. Andra metoder eller data kan i sin tur tas som utgångspunkt för bedömningar av missbrukets omfattning utan att säga något 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 finns till hands, skall bedöma omfattningen och utvecklingen av bruk och missbruk.

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, webbenkäter 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. Dessa felkällor kommenteras närmare i det följande.

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 förfaringssätt 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 (estimerar) 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 avses dels personer som ingår i urvalet men inte deltar i undersökningen (externbortfall) och dels bortfall av svar på enskilda frågor (internbortfall). Man har i en rad studier 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 allvarigare blir i regel konsekvenserna för resultatens tillförlitlighet.

Externbortfallets storlek varierar i allmänhet mellan olika datainsamlingsmetoder. Det är som regel större i post- och webbenkäter, mindre i intervjuundersökningar och minst i gruppenkäter. Det kan också variera mellan olika år. Man kan i flera typer av större befolkningsundersökningar notera en ökning av externbortfallet över tid.

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 vid undersökningstillfället, p g a sjukdom, skolk eller ledighet medan befolkningsundersökningar kan drabbas av att vissa respondenter inte är anträffbara under intervjuperioden.

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 är icke kontaktbara av andra skäl.

Om bortfallet inte är alltför stort och det man vill mäta inte är alltför ovanligt så behöver inte bortfallet påverka resultaten i någon avgörande grad. 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 (Gripe och Hvitfeldt 2009).

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, som drogvanor, kan risken för mätfel antas vara särskilt stor.

Trots detta används frågeundersökningar i stor utsträckning med syfte att belysa såväl omfattningen av bruk och missbruk som olika personliga, sociala och demografiska förhållanden. På grund av det ovanstående måste sådana resultat alltså tolkas med försiktighet.

I allmänhet antar man att frågeundersökningar tenderar att underskatta t ex bruk och missbruk av droger. Gjorda metodstudier visar som regel att så ofta är fallet. Det händer också att de lämnade svaren ibland kan innebära en överskattning av det faktiska bruket. En yngre respondent kan t ex överdriva sina alkoholvanor. Normalt antas underrapporteringseffekterna vara större än överrapporteringseffekterna.

Om rapporteringsfelen är konstanta över tid kan resultaten ändå ge ett tillfredsställande underlag för en bedömning av utvecklingen. Det är dock inte uteslutet att rapporteringsviljan varierar med åren, beroende på attitydförändringar till ett visst beteende. Det är inte undersökt om detta har skett och om det eventuellt påverkat svaren i drogvaneundersökningar.

Beskrivningar av de redovisade undersökningarna

Nedan följer ett antal kortfattade beskrivningar av de undersökningar som återkommer oftare i rapporten.

Skolundersökningarna

Skolundersökningarna genomförs regelbundet sedan 1971 i årskurs 9 samt sedan 2004 i gymnasiets årskurs 2. Studierna genomförs med hjälp av grupp-enkäter som distribueras till riksrepresentativa urval av klasser och fylls i anonymt av eleverna under skrivningsliknande former. Enkäten besvaras normalt av ca 5 000 elever i nian och 4 000 elever i gymnasiet. Bortfallet till följd av frånvarande elever har varierat mellan 14 och 18% de senaste fem åren (Gripe och Hvitfeldt 2009).

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 och i avgörande fall framgår detta av text och tabeller.

ESPAD – The European School Survey on Alcohol and Other Drugs

Våren 1995 genomfördes för första gången en omfattande och enhetlig 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. CAN var med och startade projektet och fungerar idag som internationell projektkoordinator.

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolelever som fyller 16 år under det kalenderår de besvarar enkäten. Slumpmässiga och riksrepresentativa urval görs i varje land inom de årskurser som har elever i den aktuella åldersgruppen. Eleverna besvarar anonymt likadana frågeformulär översatta till respektive språk. Bearbetning och resultatredovisningen sker i standardiserad form och presenteras av CAN i övergripande rapporter (se t ex Hibell et al 2009).

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. Detta görs vart fjärde år vilket således innebär att ytterligare datainsamlingar gjorts 1999, 2003 samt 2007 och att nästa insamling görs våren 2011. Antalet

deltagande länder har ökat och ett fyrtiotal nationer väntas medverka i den kommande undersökningen.

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 av de som saknade svenskt medborgarskap, liksom personer som med läkarintyg kunde styrka att de saknade möjlighet att genomföra någon form av totalförsvarspikt (Guttormsson 2007). Inför 2007 förändrades mönstringsverksamheten i så pass hög grad att drogvastudien upphörde till följd av den kraftigt försämrade representativiteten; numera mönstrar endast en mindre och starkt selekterad andel av varje aktuell generation.

Redan under 2000-talet försämrades representativiteten något 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 drogvaneeenkätens resultat.

Studien genomfördes med anonyma gruppenkäter vilka besvarades enskilt och därefter lades i svarsådor av respondenterna. Under studiens sista 10 år låg bortfallet mellan 5 och 15%. Till följd av diverse tekniska problem finns inga data 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. Från och med 1992 viktades resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelat bortfall. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningarna

Mellan 1979 och 2003 genomfördes en serie ungdomsundersökningar i ålderna 16–24 år (initialt även 12–15 år). Med varierande kontinuitet genomfördes dessa på riksrepresentativa urval. Även urvalsstorlek och bortfall har förändrats med åren, i den sista undersökningen från 2003 gjordes 3 000 intervjuer och bortfallet uppgick till 28%.

Till och med 1994 genomförde SIFO undersökningarna. Detta år gjorde även TEMO en undersökning, liksom 1996 och 1998, medan undersökningen 2003 utfördes av ARS. En tidigare redovisad undersökning från 2000 har uteslutits då man i efterhand funnit att den inte var genomförd på ett metodologiskt godtagbart sätt (Guttormsson et al 2004).

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a bytena av opinionsinstitut men också 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 särskild försiktighet detta år.

Vuxenundersökningarna

Alkoholvanorna, och senare även narkotikavanorna, i den allmänna befolkningen (15/16–75 år) studerades mellan 1982 och år 2000 i en serie intervjuundersökningar. Till och med 1990 genomfördes datainsamlingen av SIFO, men 1992–2000 gjordes intervjuerna av TEMO.

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 runt 40% i de senare undersökningarna. För att i någon mån kompensera bortfallseffekterna vägdes materialet med avseende på kön, ålder och boendeort.

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 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.

Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF)

När det gäller beskrivningen av tobaksvanor i befolkningen är det främst Statistiska Centralbyråns undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) som erbjuder mera långsiktig information. Undersökningarna innehåller sedan 1980 frågor om rökvanor. Snusfrågor har endast ingått i undersökningen vissa år.

De resultat som används i denna rapport är ettårsvärden, till skillnad från en del andra redovisningar där tvåårsmedelvärden redovisas. Undersökningarna genomfördes t o m 2005 som besöksintervjuer i ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Nettourvalet uppgick till närmare 8 000 personer och bortfallet ökade från omkring 14% i början av 1980-talet till runt 25% under 2000-talet.

Från och med 2007 genomförs intervjuerna via telefon istället för via besök, som ett led i processen med att EU-anpassa statistiken. Under 2006 genomfördes datainsamlingen med båda teknikerna och enligt SCB visar genomförda analyser att metodbytet inte påverkat resultaten i någon nämnvärd omfattning eller riktning. Numer saknas en övre åldersgräns och urvalet bestod 2007 av ca 7 700 individer i åldrarna 16 år och däröver, samt ett tilläggsurval på ca 1 000 personer i åldrarna över 64 år. Externbortfallet uppgick till 27% och resultaten viktas med avseende på kön, ålder, civilstånd och H-region (SCB 2008a).

Nationella folkhälsoenkäten

Våren 2004 genomfördes den första nationella enkäten om folkhälsa – *Hälsa på lika villkor* av Statens folkhälsoinstitut. Undersökningen genomförs årligen och är ett samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges lands- ting/regioner. Utöver den nationella datainsamlingen genomförs enkäten även regionalt i ett antal län. I enkäten ställs bl a frågor om alkohol, cannabis och tobak.

Datainsamlingen utförs av SCB genom en brevenkät till 20 000 slumpmäs- sigt utvalda personer i åldrarna 16–84 år. Respondenterna ges även möjlighet att besvara frågorna via webben vilket 11% av de svarande gjorde i 2008 års undersökning (SCB 2008b). Detta år uppgick svarsbortfallet till 44% och det- ta har ökat från 39% år 2004. I den första studien ingick inte 16- och 17- åringar vilket gör att särskilt åldersgruppen 16–29 år från 2004 inte bör jäm- föras över tid utan en viss reflektion.

Som riskkonsumenter av alkohol definieras de kvinnor och män som uppnår minst 6 respektive 8 poäng på summaindexet för de tre första frågorna i AU- DIT-testet¹ eller de som anger att de varit berusade 2–3 gånger i månaden el- ler oftare. Endast de som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna be- svarar dessa frågor.

SoRADs Monitorprojekt

Sedan juni 2000 genomför Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD) mätningar i syfte att bl a mäta den totala alkohol- konsumtionen i Sverige, inkluderande oregistrerad konsumtion. Detta sker inom ramen för det s k Monitorprojektet.

¹ AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett internationellt instrument till för att identifiera personer med alkoholproblem och de tre första frågorna (av tio) berör hur ofta man druckit alkohol det senaste året, hur många glas man dricker en typisk dag då man dricker alko- hol och hur ofta man dricker sex glas eller fler vid samma tillfälle.

På SoRADs 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 (Boman et al 2007).

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 vissa 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 avseende: 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 konsumtion i alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. I denna rapport redovisas enbart utvecklingen av dödligheten i levercirrhos. Dödlighetsdata har hämtats från WHO:s databas rörande dödsor-saker.

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, av narkotikamissbrukets omfattning i Sverige; 1979, 1992 och 1998. Case-finding innebär helt enkelt att man samlar in uppgifter om de personer (cases) som uppfyller ett visst kriterium. Uppgifterna samlas in från myndigheter och organisationer som har kontakt med personerna, 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 samtidigt som mörkertalet då kan skattas, vilket sker i nästa steg.

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 :

$$\hat{M} = n_1 / \hat{p} = n_2 \cdot n_1 / s \quad (3)$$

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, samt att e) 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 fångsttillfällen. 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 återanalyserades (Olsson 2000).

Indikatorer på bruk och missbruk

Konsumtion och missbruk av olika droger kan leda till en rad olika konsekvenser för användarna. Ju allvarigare en persons missbruk är desto större är sannolikheten för att detta leder till komplikationer, blir känt och därmed registreras. Det kan gälla intagning på sjukhus eller behandlingshem eller rent av dödsfall. Missbruk uppmärksammas även genom socialtjänsten eller rättsväsendet. Det finns också data som inte är individrelaterade men som ändå indirekt kan antas ha ett samband med missbruksutvecklingen, t ex alkoholförsäljningen eller narkotikabeslagens omfattning.

Olika typer av ovan nämnda uppgifter är inte alltid insamlade för att i första hand spegla missbrukets utveckling, men används ofta i brist på andra källor som indikatorer på detta. Ibland har försök gjorts att med utgångspunkt från sådana uppgifter beräkna antalet personer med missbruksproblem. Vanligare är dock att indikatorerna tas som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen snarare än att bestämma omfattningen. De svårigheter och den osäkerhet som är förknippade med sådana tolkningar 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 analyseras 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 för missbruk kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och rådande vårdideologier. Samma förhållande kan i viss mån också gälla 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 och beslag av narkotika påverkas av polisens arbetsinsats, effektivitet och prioriteringar. I många fall är det svårt eller rent av 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 på 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 som 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 missbruk pekar i samma riktning, kan slutsatser dras med större säkerhet än när statistiken går åt olika håll.

Också kvalitativa skillnader mellan indikatorerna måste beaktas vid en bedömning. När det gäller att bedöma alkoholmissbrukets omfattning bör den totala konsumtionen tillmätas vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholkonsumtionen och vissa alkoholrelaterade skador är starkt, även om förändrade konsumtionsmönster också är betydelsefulla i sammanhanget. 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 omhändertaganden av berusade, under förutsättning att det inte sker några andra förändringar som påverkar siffrorna i motsatt riktning. Detsamma 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 mera kroniska sjukdomstillstånd.

Referenser

- Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Boman U, Hradilova Selin K, Ramstedt M och Svensson J (2007). Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006. Forskningsrapport nr 48. Stockholm, SoRAD.
- Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevers drogvanor 2009*. Rapportserie nr 118. 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.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2009). *The ESPAD report 2007. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- 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.
- SCB (2008a). *Undersökning av levnadsförhållanden (ULF)*. Beskrivning av statistiken 2008-04-18. LE0101. Statistiska centralbyrån BV/SV. www.scb.se.
- SCB (2008b). *"Hälsa på lika villkor?" Enkätundersökning 2008*. Teknisk rapport, Enkätenheten, Statistiska centralbyrån.
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Fritzes.

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. Till exempel 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 1–7)

Vid tolkningen av siffrorna i tabell 1, 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 från och med kvartal 4 för 1965 till och med kvartal 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 malt-dryckskategorierna, 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 3 redovisas uppskattningar av den totala alkoholkonsumtionen inklusive oregistrerad konsumtion. Uppskattningar kan inte göras för alla år. Vissa år gör SoRAD en uppskattning av försäljningen då denna statistik kommit efter, därför kan den registrerade försäljningen som uppges i denna tabell skilja sig något från den i tabell 1. 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.

I tabell 6 går det inte att jämföra prisutvecklingen för starköl i servering under hela tidsperioden då det var en ny redovisningsteknik 2003.

Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2008. (Diagram 1 och 2)

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. 1861–2008. (Diagram 1 och 2)

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. 1861–2008. (Diagram 1 och 2)

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. 1861–2008. (Diagram 1 och 2)

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	.		0,7 ^{a)}	10	6,9	100	111
2007	1,1	16	3,2	47	2,0	29	.		0,6	9	6,9	100	111
2008	1,1	16	3,2	46	2,0	29	.		0,6	9	6,9	100	113

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Uppgift för 2006 är korrigerad av Sveriges Bryggerier.

Tabell 2. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2008. ^{a)} (Diagram 3)

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
2008	9 621	812	19	293	10 745	1 561	12 306

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2008. (Diagram 4)

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	.	.	.	.	.
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	.	.	.	.	.
1998	6,0	1,7	0,5	2,2	8,2	27
1999	6,1	.	.	.	.	.
2000	6,2	1,8	0,4	2,2	8,4	26
2001	6,6	2,1	0,4	2,5	9,1	29
2002	6,9	2,3	0,7	3,0	9,9	30
2003	6,9	2,5	0,8	3,3	10,2	32
2004	6,5	2,9	1,1	4,0	10,5	38
2005	6,5	2,4	1,2	3,6	10,1	36
2006	6,8	1,9	1,1	3,0	9,7	31
2007	7,0	2,0	0,9	2,8	9,8	29
2008 ^{a)}	7,1	1,8	0,6	2,4	9,5	26

Källor: Kùhlhorn et al (2000), Leifman och Gustavsson (2003), Boman et al (2006) samt SoRAD.
a) Preliminär skattning för 2008.

Tabell 4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2008, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 5)

Dryckestyp och ursprung	Liter alkohol 100%	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsum- tionen (%)
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	1,0	46	10
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,1	6	1
Resandeförsel	0,8	38	8
Smugglade	0,2	7	2
Hembrända	0,1	2	1
Summa	2,1	100	22
Vin			
Systembolagets försäljning	2,8	74	30
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,3	9	3
Resandeförsel	0,5	12	5
Smugglat	0,1	1	1
Hemtillverkat	0,1	3	1
Summa	3,8	100	40
Starköl			
Systembolagets försäljning	1,6	54	16
Restaurangförsäljning	0,5	19	6
Resandeförsel	0,4	14	4
Smugglat	0,4	13	4
Hemtillverkat ^{b)}	0,0	1	0
Summa	2,9	100	30
Folköl	0,6	100	6
Internet	0,0		0
Totalt	9,5		100

Källa: SoRAD.

a) Aktuella siffror saknas för 2008.

b) Beräkningar från år 2003.

Tabell 5. Restaurangserveringens andel av den totala registrerade försäljningen av liter sprit-drycker, vin och starköl. 1977–2008.

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	11	32	16
2004	15	12	32	17
2005	16	11	31	15
2006	16	11	29	..
2007	14	13	28	16
2008	17	10	28	16

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 6. Prisutvecklingen för spritdrycker, vin och starköl för detaljhandel och servering. 1995–2005. Basår 1995=100.

	Detaljhandel			Servering		
	Spritdrycker	Vin	Starköl	Spritdrycker	Vin	Starköl ^{a)}
1995	100	100	100	100	100	100
1996	104	103	103	98	99	99
1997	106	100	85	95	100	96
1998	109	102	84	98	104	98
1999	111	103	82	98	107	99
2000	117	104	80	99	110	99
2001	114	100	78	100	112	99
2002	108	92	77	101	113	99
2003	102	91	73	102	115	108
2004	100	93	68	105	121	108
2005	101	92	68	107	124	110

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Ny redovisningsteknik för pris på starköl sedan år 2003, ej jämförbart med tidigare år.

Tabell 7. 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 8–28)

Blanddrycker, d v s alkoholisk och stark cider, tillkom 1998 i skolundersökningen (tabellerna 8, 10 och 12). I och med att inga frågor ställdes om dessa drycker de närmast föregående åren, samtidigt som dryckerna fanns att tillgå, innebär det att totalkonsumtionsvolymen då var underskattad. 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 10–13 avses elever som svarat att de inte dricker någon typ av alkohol.

I stället för 18 cl sprit efterfrågades i tabell 14 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 16 baseras regionerna på grupper av 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 17–19 beskriver de mönstrandets konsumtionsvanor. Efter 1992 viktades resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall. P g a ändrad frågekontext är inte svaren på berusningsfrågan i tabell 17 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 18 (se tabellnot) och detta kan förklara den kraftiga uppgången av andelen som brukar berusa sig med ”vanligt” vin.

I tabellerna 20–22 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstrecken mellan åren 1979/80 och 1989/90 innebär att undersökningen är genomförd över ett årsskifte). P g a 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 23–25 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* redovisades tabell 26 uppdelad på fyra stycken tabeller med alkoholsorter redovisade per åldersgrupp.

Tabell 8. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2009. (Diagram 6 och 11)

	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}	
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI
Åk 9													
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	1,4
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
2009	5 192	0,4	0,2	1,2	0,4	0,1	0,1	0,7	0,7	0,9	0,8	3,2	2,1

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 9. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter dryckestyp och kön. 2004–2009. (Diagram 6 och 11)

	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt	
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI
Gy 2													
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
2009	4 072	0,7	0,2	2,9	1,0	0,2	0,7	1,0	1,2	1,5	1,2	6,1	4,1

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och stark cider.

Tabell 10. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.

År	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
2009	2 584	36	21	10	6	5	6	9	6

Källa: CAN.

a) 1993 års värden avser endast de som besvarade det s k A-formuläret.

Tabell 11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.

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
2009	1 964	14	13	13	11	10	15	19	5

Källa: CAN.

Tabell 12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.

År	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–	
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
2009	2 608	30	27	12	8	7	6	5	5

Källa: CAN.

a) 1993 års värden avser endast de som besvarade det s k A-formuläret.

Tabell 13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.

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
2009	2 108	12	18	16	14	11	14	11	4

Källa: CAN.

Tabell 14. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2009. (Diagram 9)

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	25
2002	5 349	35	36	28	24
2003	5 243	30	35	25	23
2004	5 414	.	.	26	23
2005	5 373	23	25	25	23
2006	4 890	.	.	23	22
2007	5 302	21	22	23	23
2008	4 884	.	.	25	24
2009	5 192	24	28	23	23

Källa: CAN.

a) Frågan är inte längre jämförbar med perioden före 2004 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 helflaska 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 15. Berusningsbenägenhet bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter kön. Procent. 2004–2009. (Diagram 9)

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
2009	4 072	47	43	47	42

Källa: CAN.

a) Frågan är inte jämförbar med 2005 p g a att den sedan 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 16. 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, år 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, år 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 år 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 år 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 17. "Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2006.

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 18. "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 19. Mönstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- kons. minst 1 gång/ a)	An- vänt nar- kotika	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker	Snusar
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
Norrbotten	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 20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **folköl** och **starköl** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.

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 21. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inkl starkvin) och **blanddrycker**^{a)} i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.

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 22. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **sprit** respektive den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.

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 23. Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2008.

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)}	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
2008	14	10	8	21	12	14	16	13	29	17	15

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 24. Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2008. (Diagram 10)

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
2008	34	16	11	5	16	26	7	6	1	10	13

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 25. Andelen 16–84-åringar som är berusade en gång i månaden eller oftare, efter kön och ålder. 2004–2008.

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
2008	51	30	19	7	26	36	10	5	0	13	19

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Olika åldersgrupper, 18–70 år. 1982–2000 ^{a)}.

År	18–29 år	30–49 år	50–70 år	Totalt ^{b)}
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) För redovisning av alkoholsorter per åldersgrupp se Drogutvecklingen i Sverige 2007.

b) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 27. 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 28. 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 29–34)

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 29. 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 31 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 något 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 och dessa år kan alkoholfallen särskiljas (gäller även tabell 32). Fr o m 2001 innehåller den redovisade anmälningsstatistiken åter enbart alkoholrelaterat rattfylleri.

I tabell 33 och 34 redovisas antalet delaktiga förare i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada och 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 de närmare 25%. Sedan 1997 inkluderas även dessa fall, eftersom olyckstrenderna annars skulle förryckas.

Tabell 29. 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. 1963–2008.

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
2008	57 723	87	8 443	13	66 166	15	2	9	64

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

Tabell 30. 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. 1986–2008 ^{a)}.

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gottland	Blekinge	Skåne	Halland
1986	16	9	15	17	13	8	12	15	14	10	8
1987	15	8	14	15	13	9	11	14	14	8	8
1988	13	7	15	14	13	9	11	12	14	10	8
1989	12	8	16	13	12	9	11	12	14	8	8
1990	10	7	16	12	11	8	9	11	12	7	8
1991	9	7	19	11	10	6	7	11	9	7	8
1992	9	7	15	11	8	6	6	9	9	7	7
1993	9	7	16	12	9	6	6	10	10	6	8
1994	12	9	18	13	9	7	7	9	12	8	8
1995	9	7	14	11	6	5	4	7	8	6	6
1996	8	7	14	10	6	5	4	7	7	6	6
1997	8	8	15	10	7	6	5	7	8	7	7
1998	8	9	15	11	7	5	5	7	12	7	8
1999	4	6	13	9	7	5	5	6	11	6	8
2000	4	5	10	11	6	4	6	6	9	5	8
2001	4	6	10	10	6	4	5	6	7	5	7
2002	4	7	7	10	6	2	5	6	8	5	6
2003	4	6	8	10	6	4	5	7	6	5	6
2004	4	6	8	9	6	4	5	9	6	5	6
2005	4	6	9	9	6	3	5	8	7	6	6
2006	5	6	10	11	7	4	7	10	8	7	7
2007	6	8	12	13	6	5	8	10	8	7	9
2008	6	8	11	13	7	5	9	11	9	7	10

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Åren 1973–1985 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

Forts.

Forts. **Tabell 30.** 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. 1986–2008 ^{a)}.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrland	Hela landet
1986	19	14	12	19	13	10	12	10	10	14	14
1987	20	12	12	18	13	10	12	10	8	12	14
1988	17	12	13	17	13	9	11	9	9	12	13
1989	16	10	12	17	11	8	11	7	8	11	12
1990	14	9	13	15	9	7	11	8	8	11	11
1991	13	8	14	16	8	7	12	6	7	9	10
1992	12	8	13	16	7	6	11	6	7	10	10
1993	12	9	13	16	8	6	11	5	7	11	9
1994	13	9	13	20	9	7	11	8	8	13	11
1995	12	8	11	14	6	5	9	7	6	9	9
1996	11	7	9	12	6	5	7	8	7	9	8
1997	11	8	10	12	5	5	8	8	8	9	9
1998	13	10	12	14	5	5	7	10	7	10	9
1999	10	6	9	12	5	3	7	7	5	8	7
2000	9	6	9	10	4	4	7	7	5	8	7
2001	9	5	9	10	6	4	7	7	5	7	6
2002	7	5	7	10	5	5	8	8	6	6	6
2003	7	5	7	10	5	5	8	7	6	6	6
2004	7	6	9	11	5	5	8	7	6	6	6
2005	8	6	9	12	5	6	8	8	7	7	7
2006	9	7	10	14	6	8	10	10	7	7	7
2007	9	8	11	14	6	9	11	12	8	10	8
2008	9	10	11	13	7	9	15	14	9	13	9

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Åren 1973–1985 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

Tabell 31. Anmällda trafiknykterhetsbrott. 1950–2008 ^{a)}.

Anmällda brott			Anmällda brott			Anmällda 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	2008	18 845	204
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 32. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2008.^{a)}

År	Ålder						Totalt	Per 100 000 inv.	Andel män (%)
	15–17	18–19	20–29	30–39	40–49	50–			
1975	1 660	1 800	6 292	3 417	1 824	1 324	16 317	199	.
1976	1 390	1 539	5 755	3 514	1 766	1 382	15 346	187	.
1977	1 228	1 390	5 092	3 263	1 549	1 144	13 666	166	.
1978	1 170	1 352	5 803	3 800	1 730	1 295	15 150	183	.
1979	1 010	1 286	5 233	3 781	1 919	1 366	14 595	176	.
1980	948	1 228	5 440	4 300	2 202	1 529	15 647	188	.
1981	829	1 187	5 062	4 161	2 114	1 487	14 840	178	.
1982	823	1 240	5 146	4 253	2 232	1 578	15 272	183	.
1983	785	1 253	5 247	4 259	2 454	1 502	15 500	186	.
1984	621	1 167	4 860	3 835	2 321	1 447	14 251	171	94
1985	532	1 219	4 740	3 665	2 426	1 459	14 041	168	94
1986	560	1 234	5 140	3 809	2 725	1 586	15 054	180	93
1987	325	939	5 388	3 926	2 986	1 688	15 252	182	93
1988	343	925	5 559	3 891	3 117	1 803	15 638	185	93
1989	370	1 060	6 307	4 161	3 370	1 912	17 180	202	92
1990	389	905	6 194	4 345	3 516	2 081	17 430	204	92
1991	463	807	6 119	4 618	3 975	2 414	18 396	213	93
1992	388	721	5 329	4 364	3 735	2 584	17 121	198	92
1993	440	655	4 809	4 161	3 687	2 860	16 612	191	91
1994	367	512	3 904	3 697	3 421	2 762	14 663	167	91
1995	489	516	2 848	2 864	2 749	2 329	11 795	134	91
1996	419	410	2 538	2 698	2 594	2 357	11 016	125	92
1997	332	450	2 470	2 773	2 588	2 548	11 161	126	92
1998	320	411	2 319	2 592	2 550	2 470	10 662	121	91
1999 ^{b)}	187	275	2 090	2 348	2 252	2 341	9 493	107	91
2000 ^{b)}	383	513	2 660	2 922	2 660	2 543	11 695	132	91
2001	425	534	2 609	2 670	2 541	2 847	11 631	131	89
2002	477	555	2 561	2 497	2 574	3 020	11 691	131	89
2003	434	542	2 671	2 404	2 617	3 206	11 883	133	89
2004	415	552	2 640	2 502	2 738	3 435	12 287	137	89
2005	429	516	2 522	2 417	2 935	3 681	12 507	139	88
2006	490	510	2 878	2 627	3 223	4 153	13 889	153	88
2007	543	551	2 946	2 771	3 420	4 430	14 672	160	89
2008	500	605	2 958	2 675	3 527	4 776	15 044	163	89

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 ingår även rattfylleri under påverkan av narkotika.

Tabell 33. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2008.^{a)}

År	Olyckor med dödlig utgång			Andra olyckor med personskada			Delaktiga förare totalt			Index per inv. 1985=100
	Del-aktiga förare	Därav miss-tänkta alko-holpåverkade		Del-aktiga förare	Därav miss-tänkta alko-holpåverkade		Del-aktiga förare	Därav miss-tänkta alko-holpåverkade		
		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
2008	487	40	8	26 514	1 096	4	27 001	1 136	4	98

Källor: SIKA och SCB.

a) Fr o m 1997 inkluderas även olyckor där uppgifter om eventuell alkoholpåverkan saknas.

Tabell 34. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2008.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
–14	93	0	–	0	0
15	783	3	9	1	1
16–17	515	2	48	4	9
18–19	1 631	6	92	8	6
20–24	3 146	12	196	17	6
25–34	4 771	18	214	19	4
35–44	5 012	19	239	21	5
45–54	9 908	14	172	15	4
55–64	2 991	11	100	9	3
65–74	1 318	5	38	3	3
75–	949	4	14	1	1
Okänd	1 884	7	14	1	1
Totalt	27 001	100	1 136	100	4

Källa: SIKA.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen; Vård, sjuklighet och dödlighet (tabellerna 35–46)

Tabellerna 35–36 beskriver antalet missbrukare i institutionsvård enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 6 § Socialtjänstlagen (SoL). Från och med 1998 redovisar tabellerna situationen 1 november, innan gjordes tvärsnittsundersökningarna 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 37–46 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 37 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 eftersom EpC övergått till att använda samma diagnosindex som för den alkoholrelaterade dödligheten. Detta innebär att diagnosen K85 (akut pankreatit) utesluts 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 37 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 ha lett till försämringar av jämförbarheten över tid också för detta mått.

I tabellerna 40–41 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 42–46 redovisar utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall för fyra diagnostyper. I tabell 46 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 35. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt LVM (tvångsvård) och 6§ Socialtjänstlagen (frivillig vård) den 1 november. 1983–2008.

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
2008	244	38	2 485	26	2 729

Källa: Socialstyrelsen.

a) 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader.

b) Fr o m 1998 ingår inte längre 18–20-åringar vilket minskar jämförbarheten med tidigare år. Inga LVM-siffror är tillgängliga för detta år.

Tabell 36. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2008.

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	56	21
2008	244		151	62	93	38	103	42	76	31	65	27

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 37. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2008. ^{a)} (Diagram 12)

År	Alkoholrelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Första-gångs-vårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	41 655	81	9 568	19	51 223	100	3,1	26 822	26 820
1988	40 739	81	9 500	19	50 239	100	3,0	26 679	15 681
1989	38 026	80	9 219	20	47 245	100	2,9	25 550	12 288
1990	35 901	80	8 853	20	44 754	100	2,7	24 459	10 816
1991	36 229	80	8 957	20	45 186	100	2,6	24 507	10 244
1992	35 475	80	8 968	20	44 443	100	2,6	24 162	9 803
1993	36 607	81	8 840	19	45 447	100	2,7	24 103	9 516
1994	37 072	80	9 439	20	46 511	100	2,8	24 679	9 814
1995	35 383	79	9 237	21	44 620	100	2,8	24 003	9 435
1996	32 935	79	8 977	21	41 912	100	2,6	22 721	8 581
1997	30 661	77	8 983	23	39 644	100	2,6	22 130	8 760
1998	28 655	77	8 545	23	37 200	100	2,4	21 270	8 552
1999	29 491	76	9 182	24	38 673	100	2,6	21 615	8 596
2000	29 864	76	9 664	24	39 528	100	2,7	21 537	8 941
2001	28 778	76	9 301	24	38 079	100	2,6	21 239	8 890
2002	29 702	75	9 724	25	39 426	100	2,7	21 619	9 062
2003	31 456	76	9 776	24	41 232	100	2,9	22 011	9 037
2004	31 887	75	10 786	25	42 673	100	2,9	22 973	9 891
2005	30 996	74	11 036	26	42 032	100	2,8	23 305	10 016
2006	32 684	74	11 608	26	44 292	100	2,9	24 384	10 782
2007	34 673	74	12 489	26	47 162	100	3,1	25 487	11 363
2008	36 963	74	13 133	26	50 096	100	3,3	26 263	11 492

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iaktas 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 förstagångsvårdade.

Tabell 38. Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1), efter ålder. 1987–2008^{a)}. (Diagram 13)

År	Ålder										Totalt	
	–19		20–39		40–49		50–59		60–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	681	3	8 154	30	7 577	28	5 231	20	5 179	19	26 822	100
1988	894	3	7 845	29	7 607	29	5 080	19	5 253	20	26 679	100
1989	885	3	7 247	28	7 544	30	4 922	19	4 952	19	25 550	100
1990	963	4	6 680	27	7 292	30	4 699	19	4 825	20	24 459	100
1991	1 032	4	6 086	25	7 402	30	4 827	20	5 160	21	24 507	100
1992	1 025	4	5 839	24	7 324	30	4 982	21	4 992	21	24 162	100
1993	1 108	5	5 740	24	7 313	30	5 021	21	4 921	20	24 103	100
1994	1 430	6	5 788	23	7 296	30	5 236	21	4 929	20	24 679	100
1995	1 447	6	5 505	23	6 819	28	5 475	23	4 757	20	24 003	100
1996	1 302	6	4 911	22	6 454	28	5 556	24	4 498	20	22 721	100
1997	1 435	6	4 724	21	6 034	27	5 570	25	4 367	20	22 130	100
1998	1 532	7	4 350	20	5 532	26	5 578	26	4 278	20	21 270	100
1999	1 680	8	4 216	20	5 419	25	5 778	27	4 522	21	21 615	100
2000	1 829	8	4 074	19	5 168	24	5 932	28	4 534	21	21 537	100
2001	2 059	10	3 779	18	4 926	23	5 845	28	4 630	22	21 239	100
2002	1 862	9	3 751	17	4 845	22	6 162	29	4 999	23	21 619	100
2003	1 561	7	3 818	17	4 884	22	6 432	29	5 316	24	22 011	100
2004	2 009	9	3 857	17	4 821	21	6 476	28	5 810	25	22 973	100
2005	2 251	10	3 822	16	4 810	21	6 288	27	6 134	26	23 305	100
2006	2 458	10	3 966	16	4 799	20	6 476	27	6 685	27	24 384	100
2007	2 734	11	4 248	17	4 846	19	6 424	25	7 235	28	25 487	100
2008	2 649	10	4 345	17	5 025	19	6 564	25	7 615	29	26 198	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iaktas 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 förstagångsvårdade.

Tabell 39. Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008.^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	11 430	22	11 008	21	7 293	14	21 492	42	51 223	100
1988	11 155	22	10 565	21	6 681	13	21 838	43	50 239	100
1989	10 016	21	10 350	22	6 072	13	20 807	44	47 245	100
1990	9 668	22	10 052	22	5 970	13	19 064	43	44 754	100
1991	10 430	23	9 601	21	6 111	14	19 044	42	45 186	100
1992	10 980	25	8 885	20	5 775	13	18 804	42	44 444	100
1993	11 419	25	9 855	22	5 754	13	18 419	41	45 447	100
1994	12 550	27	9 697	21	5 676	12	18 588	40	46 511	100
1995	12 421	28	8 813	20	5 146	12	18 240	41	44 620	100
1996	10 846	26	8 480	20	5 119	12	17 468	42	41 913	100
1997	9 674	24	7 995	20	4 932	12	17 043	43	39 644	100
1998	9 850	26	6 197	17	4 844	13	16 309	44	37 200	100
1999	11 308	29	6 884	18	4 422	11	16 059	42	38 673	100
2000	13 648	35	5 823	15	4 044	10	16 014	41	39 529	100
2001	13 093	34	5 306	14	3 733	10	15 947	42	38 079	100
2002	13 387	34	6 231	16	3 701	9	16 107	41	39 426	100
2003	15 191	37	6 194	15	3 899	9	15 948	39	41 232	100
2004	15 059	35	6 802	16	4 089	10	16 723	39	42 673	100
2005	13 726	33	6 743	16	4 406	10	17 158	41	42 033	100
2006	14 875	34	6 868	16	4 726	11	17 823	40	44 292	100
2007	16 317	35	6 979	15	4 683	10	19 183	41	47 162	100
2008	17 587	35	7 378	15	5 077	10	20 056	40	50 098	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iaktas 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 40. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2007. ^{a)} (Diagram 14 och 15)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	
	–39	40–49	50–59	60–69	70–	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Index per inv. 1985 =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
2007	136	233	579	792	452	1 708	36,8	484	9,8	2 192	104

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iaktas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 41. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 1) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1992–2007.

Län	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
Stockholm	34	31	30	31	31	27	31	29	26	29	26	28	29	27	26	25
Uppsala	18	21	16	17	17	16	17	15	17	17	20	16	20	18	16	18
Södermanland	24	19	18	23	15	13	17	15	17	20	22	22	26	21	23	26
Östergötland	16	22	18	17	16	19	19	14	13	23	20	21	20	19	17	19
Jönköping	18	13	13	15	14	11	16	14	13	14	14	17	14	16	14	19
Kronoberg	15	13	10	15	12	21	21	21	24	18	14	24	29	22	22	20
Kalmar	17	20	15	13	16	17	18	12	11	18	13	18	18	20	22	20
Gotland	29	20	15	35	29	19	17	23	19	19	30	17	34	17	24	25
Blekinge	18	19	15	18	20	18	22	23	21	24	22	18	20	19	23	24
Skåne	20	20	23	23	21	27	22	24	26	27	25	27	24	25	24	28
Halland	15	18	14	17	17	16	21	19	23	16	13	19	22	18	20	17
V:a Götaland	28	25	26	26	25	23	23	23	23	23	20	23	23	25	21	22
Värmland	24	20	20	21	18	23	16	18	21	27	21	22	24	22	24	24
Örebro	21	23	18	16	17	21	17	15	18	15	20	21	18	21	22	19
Västmanland	23	25	24	22	20	16	21	20	23	18	22	20	17	25	25	29
Dalarna	16	21	22	17	21	20	17	21	22	18	21	20	17	18	20	18
Gävleborg	25	25	26	28	18	26	19	22	21	20	25	24	20	23	18	26
Västernorrland	24	24	25	23	22	21	23	20	17	19	20	25	21	26	23	21
Jämtland	31	18	19	23	16	19	24	18	19	19	23	14	28	20	27	22
Västerbotten	18	18	16	16	18	16	14	15	12	15	15	14	17	15	18	17
Norrbottn	19	20	23	21	21	19	25	25	20	22	30	19	25	23	23	24
Hela riket	24	23	23	23	22	22	22	22	21	23	22	23	23	23	22	23

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1987–1991 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med tidigare år.

Tabell 42. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1960–2007.^{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
2007	624	561	792	393	1 185

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
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 43. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1960–2007. ^{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
2007	235	634	698	171	869

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iaktas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 44. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9). 1960–2007. ^{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
2007	16	64	60	20	80

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
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: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1960–2007.^{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
2007	151	188	250	89	339

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
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. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2007. ^{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
2007	0,2	2,6	6,8	1,7	11,2

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1959 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.
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.
b) K70.0–K70.4, K70.9, K74.0–K74.6, K76.0–K76.1, K76.6.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 47–53)

I tabell 47 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i metodkapitlet och materialet är hämtat ur den sk ECAS-studien.

I tabell 48 redovisas försäljningsdata från WHO, Global Information System on Alcohol and Health. Här bör påpekas att totalcolumnen kan avvika något från summan av de olika dryckerna, vad detta beror på är i nuläget oklart men påverkar inte översikten nämnvärt. Påpekas bör dock att vad gäller Lettland så visar dess totalsiffra en så pass mycket lägre summa att de, när man endast ser till totalsiffran, skulle placera sig längre ned på listan i jämförelse med övriga länder. I kategorin ”övrigt” räknas all den alkohol in som inte redovisats i övriga kategorier. För Sveriges del, och eventuellt i vissa andra länder, redovisas dock cider, alkoholisk och liknande produkter i sprit-, vin- och ölkategorierna beroende på vilken alkoholbas som har använts.

I tabell 49 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. Text ingår lätt-drycker 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 förvrider statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 50 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 50 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 51 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder samt år 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 52 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen i tabell 50 och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

Tabell 47. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000. (Diagram 16)

	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 48. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 2005. (Diagram 17)

	Sprit	Vin	Öl	Övrigt ^{a)}	Totalt ^{b)}
Malta	1,86	1,45	1,79	0,15	5,26
Sverige	1,10	2,90	2,60	0,00	6,60
Italien	0,42	6,38	1,73	0,00	8,02
Grekland	2,38	4,51	2,20	0,13	9,21
Cypern	2,95	2,97	3,25	0,12	9,29
Polen	2,97	1,23	5,27	0,00	9,47
Belgien	0,62	3,55	5,49	0,03	9,69
Finland	2,82	2,24	4,59	0,31	9,95
Spanien	1,31	3,59	4,52	0,61	10,03
Slovenien	1,33	5,10	4,10	0,00	10,53
Rumänien	4,14	2,33	4,07	0,00	10,54
Nederländerna	1,81	3,10	4,70	1,10	10,71
Bulgarien	4,88	2,44	3,53	0,10	10,94
Slovakien	5,40	1,70	3,90	0,00	11,00
Lettland	6,24	1,10	3,61	0,10	10,20
Danmark	1,78	4,43	5,06		11,27
Storbritannien	2,41	3,53	4,93	0,67	11,54
Tyskland	2,30	3,15	6,22	0,00	11,67
Luxemburg	2,00	8,16	1,59	0,00	11,75
Portugal	1,27	6,65	3,75	0,51	12,18
Litauen	4,50	1,80	5,60	0,60	12,50
Ungern	3,02	4,94	4,42	0,14	12,51
Österrike	1,60	4,10	6,70	0,40	12,70
Frankrike	2,62	8,14	2,31	0,17	13,24
Irland	2,51	2,75	7,04	1,09	13,35
Tjeckien	3,59	2,33	8,51	0,39	14,82
Estland	9,19	1,09	5,53	0,43	16,24

Källa: WHO, Global Information System on Alcohol and Health.

a) Kategorin innehåller bl a cider.

b) Totalkolumnen kan avvika något från summan av de olika dryckerna (se tabellkommentarerna).

Tabell 49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 18)

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 49.** Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 18)

År	Italien	Luxem- burg	Neder- länderna	Portugal	Spanien	Storbri- tannien	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 50. 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 19)

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

Källor: 1955–1995: Norström, red (2002) och 1996–2001: SOU 2004:86.

Tabell 51. 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 52. 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 53. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat^{a)} alkohol de senaste 30 dagarna, prövat narkotika^{b)} någon gång, sniffat någon gång respektive rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Diagram 20, 34, 36 och 44).

Land	Intensivkonsumerat senaste 30 dagarna				Prövat narkotika någon gång				Sniffat någon gång				Rökt cigaretter senaste 30 dagarna			
	95	99	03	07	95	99	03	07	95	99	03	07	95	99	03	07
Belgien (Flandern)	.	.	52	41	.	.	31	25	.	.	6	8	.	.	32	23
Bulgarien	.	33	39	47	.	14	22	24	.	3	3	3	.	50	46	40
Cypern	..	38	33	34	6	3	5	7	3	..	18	16	23	16	25	23
Danmark	61	64	60	..	18	25	23	..	6	7	8	..	28	38	30	..
Estland	39	47	46	54	8	16	24	28	8	7	8	9	28	32	37	29
Finland	51	48	40	34	5	10	11	8	4	5	8	10	37	43	38	30
Frankrike	.	33	28	43	.	35	38	33	.	11	11	12	.	44	33	30
Färöarna	31	34	45	42	12	8	10	6	8	5	11	8	42	41	41	33
Grekland	.	31	39	41	.	10	7	9	.	14	15	9	.	35	29	22
Grönland	.	59	47	.	.	21	27	.	.	19	22	.	.	67	60	.
Irland	47	57	57	..	37	32	40	22	..	22	18	15	41	37	33	23
Island	36	28	30	22	10	16	13	10	8	11	12	4	32	28	20	16
Isle of Man	.	.	57	61	.	.	40	35	.	.	19	17	.	.	30	24
Italien	31	..	34	38	21	26	28	25	8	6	6	5	36	40	38	37
Kroatien	27	31	36	50	8	17	23	19	13	13	14	11	32	38	36	38
Lettland	..	45	42	54	..	22	17	22	..	6	7	13	..	40	40	41
Litauen	38	36	39	41	3	15	16	20	16	10	5	3	25	40	41	34
Malta	40	48	50	57	2	8	11	15	17	16	16	16	31	32	27	26
Nederländerna	.	..	58	..	.	..	29	29	.	..	6	6	.	..	31	30
Norge	37	50	47	38	6	13	9	6	7	6	5	7	36	40	28	19
Polen	34	46	23	39	9	18	19	18	9	9	9	6	28	33	31	21
Portugal	14	23	25	56	8	12	18	14	3	3	8	4	24	31	28	19
Rumänien	.	27	24	33	.	10	3	5	.	1	2	4	.	24	28	25
Ryssland (Moskva)	.	40	38	31	.	24	22	27	.	9	7	6	.	45	44	37
Schweiz	.	.	41	35	.	.	41	34	.	.	7	9	.	.	34	29
Slovakien	29	31	41	50	10	20	27	33	6	7	9	13	27	37	37	37
Slovenien	23	47	44	51	13	26	29	24	12	14	15	16	26	36	36	29
Storbritannien (inkl. Nordirland)	50	56	54	54	42	36	38	29	20	15	12	9	36	34	29	22
Sverige	41	43	37	37	6	9	8	8	12	8	8	9	30	30	23	21
Tjeckien	38	43	47	52	23	35	44	46	8	7	9	7	34	44	43	41
Tyskland (6 delst.)	.	.	..	..	.	.	30	23	.	.	11	11	.	.	45	33
Ukraina	46	35	39	36	14	21	21	15	5	8	6	3	38	40	39	31
Ungern	23	23	30	36	5	12	16	15	6	4	5	8	34	36	39	33
Österrike	.	.	..	..	.	.	23	22	.	.	14	14	.	.	49	45
Årsmedel ^{c)}	37	41	41	43	13	18	22	21	9	9	10	9	32	38	35	29
Trendmedel ^{c)}	35	39	40	44	12	18	21	18	9	9	9	8	32	35	33	28

Källa: CAN.

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

b) Inkluderar cannabis, amfetamin, ecstasy, kokain, crack, LSD och heroin.

c) Trendmedelvärdet är beräknat på länderna med värden för samtliga fyra år medan årsmedelvärdet är beräknat för samtliga länder respektive år och lämpar sig därmed ej för trendjämförelser.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 54–59)

Beslagsstatistiken i tabellerna 54–58 har hämtats från Rikspolisstyrelsens s k BAR-register (beslags- och analysregistret). Detta innehåller bl a uppgifter om narkotikabeslag gjorda av tull och polis.

I totalsiffran i tabell 54 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 (en nedgång med uppskattningsvis två procent 2004). Vidare ändrades tullens rapporteringsrutiner detta år, vilket också kan ha påverkat jämförbarheten över tid.

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 54. Kategorin ”läkemedel” i tabellen innehåller till allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om andra narkotikaklassade läkemedel – ofta av smärtstillande typ – också kan ingå.

När cannabisplantor påträffas i Sverige vägs och registreras allt växtmaterial ovan mark, även sådant som inte används i russyfte således . År 2008 gjordes större beslag av cannabisplantor vilket därmed torde ha lett till att haschandelens detta år är särskilt låg.

I amfetaminbeslagen i tabell 56 ingår även de besläktade preparaten metamfetamin och fenmetrazin. Metamfetaminbeslagen har under senaste tioårsperioden ökat sin viktandel från enstaka procent till att utgöra 15% av alla amfetaminbeslag 2008.

I tabell 59 redovisas prisutvecklingen för fyra narkotikasorter. Prisuppgifterna är rapporterade av representanter för länspolismyndigheterna inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger (CRD) och uttrycks i 2008 års penningvärde, omräknade enligt SCBs konsumentprisindex (KPI).

Tabell 54. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska preparat. 1968–2008^{a)}. (Diagram 21 och 28)

År	Preparat				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, 1987=100
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	50
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	153
1991	5 328	608	2 851	1 137	1 561	8 594	10 155	118	159
1992	4 964	645	3 538	1 472	1 501	9 482	10 983	127	171
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	165
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	255
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	327
2003	8 247	1 057	6 972	4 347	2 228	20 251	22 479	251	338
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	2 354	22 739	25 093	275	370
2007	10 052	871	6 962	7 443	3 179	23 917	27 096	295	397
2008	10 996	688	6 219	7 121	3 380	23 561	26 941	291	392

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket. Perioden 1965–1967 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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

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

c) Narkotikaklassade läkemedel, företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

Tabell 55. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2008. ^{a)} (Diagram 23)

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch
	Antal beslag	Kilo		Antal beslag	Kilo		Antal beslag	Kilo	
			Kilo (%)			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
2008	9 564	915	62	1 432	553	81	10 996	1 468	69

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 56. Polisens och tullens beslag av amfetamin ^{a)}. 1970–2008 ^{b)}. (Diagram 23)

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	..	..
2008	6 020	227	130	199	6 219	426	..	..

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin (se tabellkommentarerna).

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

Tabell 57. Polisens och tullens beslag av kokain. 1974–2008 ^{a)}. (Diagram 21 och 23)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1974	2	0	1	0	3	0
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
2008	736	28	77	21	813	49

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 58. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2008 ^{a)}. (Diagram 23)

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
2008	666	28	22	26	688	54

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 59. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2008 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2008. Index 1988=100. (Diagram 22)

År	Hasch		Amfetamin		Kokain		Heroin (brunt)	
	Median	Index	Median	Index	Median	Index	Median	Index
1988	170	100	680	100	1361	100	2 892	100
1989	136	80	639	94	1438	106	3 196	111
1990	127	75	579	85	1736	128	2 893	100
1991	112	66	529	78	1323	97	2 646	91
1992	110	65	453	67	1294	95	2 425	84
1993	111	65	447	66	1236	91	1 854	64
1994	97	57	363	53	1210	89	2 117	73
1995	106	62	354	52	1180	87	2 360	82
1996	100	59	323	47	1174	86	1 585	55
1997	93	55	350	52	1285	94	1 460	50
1998	105	62	351	52	1111	82	1 608	56
1999	105	62	303	45	1281	94	2 126	73
2000	92	54	288	42	1038	76	1 153	40
2001	90	53	281	41	1125	83	1 125	39
2002	88	52	275	40	882	65	1 102	38
2003	86	51	270	40	865	64	1 189	41
2004	86	51	269	40	861	63	1 077	37
2005	86	50	268	39	858	63	1 286	44
2006	85	50	264	39	846	62	1 058	37
2007	83	49	233	34	828	61	1 035	36
2008	80	47	250	37	850	62	1 000	35

Källa: CAN.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 60–68)

I tabell 60 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiveras av att resultaten detta år redovisades 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. År 2006 ändrades frågekonstruktionen och detta år redovisas värden för båden den gamla och nya varianten i tabellerna 60–61. I dessa tabeller redovisas även andelen som vet någon som kan sälja narkotika respektive uppgiven benägenhet att pröva narkotika och dessa andelar är beräknade endast på elever utan redovisad narkotikaerfarenhet.

Det stora internbortfallet i månstringsundersökningen 1985 och 1987 berodde på tekniska svårigheter att läsa de optiska blanketterna (tabellerna 63–64). Resultaten bedöms inte ha påverkats i någon avgörande grad av detta, vilket också gäller det under 1990-talets första hälft tämligen höga externbortfallet. Efter 1992 viktades resultaten rutinmässigt 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 65–67 redovisas siffror från Statens folkhälsoinstituts årliga hälsoenkät. År 2004 ingick inte 16–17-åringar i urvalet vilket kan vara en anledning till att siffrorna för 2004 skiljer sig och inte minst vid jämförelser över tid för åldersgruppen 16–29 år bör detta beaktas.

Tabell 60. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2009. (Diagram 24–25)

År	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika		
		Någon gång		Senaste månaden ^{a)}		Vet någon som kan ge el. sälja	Haft möjlighet att prova	Haft lust att prova
		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
2009	5 192	9	7	3	1	.	20	6

Källa: CAN.

a) 1986–1997 avsåg frågan endast hasch eller marijuana. Sedan 2006 är frågan omformulerad vilket kan medföra jämförelseproblem.

Tabell 61. Erfarenhet av narkotika bland elever i gymnasiets åk 2 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 2004–2009. (Diagram 24–25)

Gy 2	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			
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	3	44	36	6
2007	4 303	17	13	4	2	.	34	7
2008	3 983	17	15	4	2	.	31	7
2009	4 072	18	15	5	2	.	35	7

Källa: CAN.

a) Sedan 2006 är frågan omformulerad vilket kan medföra jämförelseproblem.

Tabell 62. Använda narkotikasorter bland elever i gymnasiets åk 2. Procentuell fördelning. 2004–2009.

	Canna- bis	Amfe- tamin	Kokain	Ecstasy	LSD	Heroin	GHB	Benso- diazepin- preparat ^{a)}	Annan nar- kotika
2004	14	2	1	3	1	1	1	.	1
2005	14	2	1	2	1	0	1	.	1
2006	15	3	2	3	1	1	1	3	1
2007	14	2	1	2	1	0	0	2	1
2008	15	2	1	2	1	1	0	2	1
2009	16	2	1	1	1	0	0	2	1

Källa: CAN.

a) "Sömn-/lugnande medel av bensodiazepintyp utan läkarordination". Preparatexempel ges och uppdateras kontinuerligt i frågeformuläret.

Tabell 63. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006. (Diagram 24–25)

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 64. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 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 65. Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2008.

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	12
2005	22	20	10	1	13	19	11	4	0	8	11
2006	28	20	9	1	13	17	11	4	0	7	10
2007	22	21	13	0	14	16	10	5	0	7	11
2008	20	20	11	1	12	14	11	4	0	7	10

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 66. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2008. (Diagram 26)

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
2008	7	2	1	0	2	4	1	0	0	1	2

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 67. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis de senaste 30 dagarna, efter kön och ålder. 2004–2008.

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)}	3	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
2008	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 68. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 27)

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 69–79)

I tabell 69 redovisas antalet arbetstimmar som polisen totalt sett lagt ned på narkotikaärenden, omräknat till årsarbetskrafter. Beräkningsgrunderna för dessa siffror har förändrats inför 1985, 1992, 1997 och 2007. Den första förändringen innebar att rikskriminalpolisens resurser inte längre medräknades medan man fr o m 1997 utöver utredning även inkluderar ledning, planering samt förebyggning och fr o m 2007 inkluderas samtliga Polisens resurstimmar för narkotikabekämpning och inte enbart – som var fallet dessförinnan – de vid polismyndigheterna. Detta innebär således att rikskriminalpolisens resurser åter inkluderas och att de två sista förändringarna medfört rent tekniska öknings av antalet årsarbetskrafter. Den senaste förändringen fick dessutom inte fullt genomslag förrän 2008.

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 69). Ökningen av anmälda smugglingsbrott 2001 i tabell 69 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 71–72.

I tabellerna 74–79 redovisas lagföringar med narkotikabrott som huvud- eller bibrott (till skillnad från Brås normala redovisningar av lagföringarna där endast huvudbrotten ingår). I tabell 74 ingår även åtalsunderlåtelse för brott mot narkotikastrafflagen, men inte mot varusmuggningslagen (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 69. Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2008.

År	Antal polisårs- arbetskrafter nedlagda på narkotika- ärenden ^{a)}	Anmälda narkotikabrott					
		VSL ^{b)}	VSL per 100 000 invånare	VSL, index 1987=100	NSL	NSL per 100 000 invånare	NSL, index 1987=100
1965	31	.	.	.	737	10	2
1966	44	.	.	.	1 051	13	3
1967	76	.	.	.	4 043	51	10
1968	117	.	.	.	7 959	101	20
1969	541	.	.	.	43 946	552	111
1970	512	.	.	.	15 803	196	39
1971	389	.	.	.	18 075	223	45
1972	272	.	.	.	19 047	235	47
1973	223	.	.	.	21 005	258	52
1974	223	1 227	15	68	18 926	232	46
1975	222	904	11	50	21 075	258	52
1976	230	963	12	55	17 871	218	44
1977	304	1 370	17	77	20 737	252	51
1978	309	1 103	13	59	20 647	249	50
1979	322	1 335	16	73	22 598	273	55
1980	335	2 554	31	141	59 421	715	143
1981	391	2 330	28	127	67 500	811	163
1982	440	2 045	25	114	68 502	822	165
1983	481	1 993	24	109	47 993	577	116
1984	523	1 887	23	105	38 223	458	92
1985	495	1 595	19	86	35 945	431	86
1986	538	1 507	18	82	38 004	454	91
1987	528	1 856	22	100	41 857	499	100
1988	482	1 644	19	86	28 976	343	69
1989	478	1 556	18	82	33 601	395	79
1990	466	1 498	18	82	26 496	309	62
1991	551	1 379	16	73	30 746	357	72
1992	560	1 500	17	77	29 182	337	68
1993	632	995	11	50	40 621	466	93
1994	670	816	9	41	30 785	351	70
1995	676	682	8	36	28 413	321	64
1996	721	632	7	32	30 817	349	70
1997	914	564	6	27	30 383	343	69
1998	901	451	5	23	31 845	359	72
1999	901	546	6	27	36 525	412	83
2000	869	381	4	18	32 443	366	73
2001	889	1 366	15	68	32 415	365	73
2002	964	1 478	17	77	38 018	425	85
2003	1 006	1 355	15	68	40 860	455	91
2004	1 053	874	10	45	45 093	502	101
2005	1 005	755	8	36	51 807	573	115
2006	1 284	910	10	45	66 857	736	147
2007	1 335	1 273	14	64	71 546	782	157
2008	1 464	1 607	17	77	78 188	848	170

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992, 1997 och 2007 ändrades statistikrutinerna vilket begränsar jämförbarheten över tid.

b) Ökningen fr o m 2001 är åtminstone delvis artificiell och beror på förbättrad inrapportering av dataunderlagen från Tullverket.

Tabell 70. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2008. (Diagram 28)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggnings- lagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1987=100
	Totalt	Därav över- låtelse					
		Antal	%				
1970	5 023	.	.	639	5 662	70	90
1971	4 955	.	.	523	5 478	68	87
1972	5 245	.	.	444	5 689	70	90
1973	5 080	.	.	418	5 498	68	87
1974	4 677	.	.	611	5 288	65	83
1975	3 763	1 468	39	514	4 277	52	67
1976	3 923	1 297	33	529	4 452	54	70
1977	3 636	1 276	35	713	4 349	53	68
1978	3 778	1 299	34	753	4 531	55	70
1979	3 557	1 253	35	700	4 257	51	66
1980	5 936	2 228	38	1 180	7 116	86	110
1981	7 091	2 570	36	1 289	8 380	101	129
1982	7 496	2 590	35	1 243	8 739	105	135
1983	6 360	2 046	32	1 154	7 514	90	116
1984	5 595	2 033	36	1 136	6 731	81	104
1985	5 649	2 047	36	918	6 567	79	101
1986	5 530	1 949	35	896	6 426	77	99
1987	5 521	1 952	35	1 012	6 533	78	100
1988	5 678	1 911	34	1 019	6 697	79	102
1989	6 216	1 864	30	947	7 163	84	108
1990	6 668	1 862	28	1 008	7 676	90	115
1991	7 052	1 896	27	1 071	8 123	94	121
1992	7 077	1 855	26	897	7 974	92	118
1993	6 706	1 685	25	688	7 394	85	109
1994	7 984	1 860	23	620	8 604	98	126
1995	9 110	1 711	19	463	9 573	108	139
1996	8 782	1 719	20	496	9 278	105	135
1997	10 159	1 936	19	466	10 625	120	154
1998	11 049	1 964	18	441	11 490	130	167
1999	10 020	1 696	17	380	10 400	117	151
2000	11 966	1 665	14	579	12 545	141	182
2001	12 954	1 767	14	760	13 714	154	198
2002	14 376	1 958	14	924	15 300	171	220
2003	15 443	1 949	13	693	16 136	180	231
2004	16 482	2 094	13	558	17 040	189	243
2005	18 357	2 129	12	487	18 844	208	267
2006	20 080	2 261	11	459	20 539	225	289
2007	21 220	2 046	10	532	21 752	237	305
2008	23 284	2 340	10	636	23 920	258	332

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2008.

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
2008	134	21	95	15	325	51	82	13	636	100

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2008.

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
2008	6 142	26	4 044	17	3 620	16	9 478	41	23 284	100

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) fördelat på ålder och kön. 1975–2008.

År	Ålder										Totalt ^{a)}		Andel kvinnor
	–19		20–29		30–39		40–49		50–				
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
1975	1 328	35	1 969	52	353	9	90	2	23	1	3 763	100	..
1976	1 140	29	2 220	57	459	12	83	2	23	1	3 925	100	..
1977	832	23	2 189	60	479	13	117	3	19	1	3 636	100	..
1978	863	23	2 233	59	548	15	94	2	40	1	3 778	100	..
1979	823	23	2 104	59	507	14	100	3	23	1	3 557	100	..
1980	1 474	25	3 467	58	823	14	137	2	35	1	5 936	100	..
1981	1 788	25	4 041	57	1 065	15	155	2	42	1	7 091	100	..
1982	1 751	23	4 224	56	1 248	17	207	3	66	1	7 496	100	..
1983	1 233	19	3 641	57	1 229	19	198	3	59	1	6 360	100	..
1984	904	16	3 135	56	1 273	23	234	4	49	1	5 595	100	..
1985	701	12	3 000	53	1 557	28	327	6	64	1	5 649	100	..
1986	583	11	2 969	54	1 591	29	318	6	69	1	5 530	100	15
1987	322	6	2 888	52	1 820	33	419	8	72	1	5 521	100	14
1988	324	6	2 726	48	2 049	36	489	9	90	2	5 678	100	15
1989	389	6	2 808	45	2 340	38	580	9	99	2	6 216	100	14
1990	403	6	2 866	43	2 529	38	746	11	124	2	6 668	100	14
1991	380	5	2 927	42	2 728	39	859	12	158	2	7 052	100	13
1992	329	5	2 757	39	2 825	40	984	14	182	3	7 077	100	13
1993	326	5	2 280	34	2 751	41	1 140	17	209	3	6 706	100	15
1994	451	6	2 587	32	3 248	41	1 431	18	267	3	7 984	100	15
1995	796	9	3 025	33	3 536	39	1 511	17	242	3	9 110	100	15
1996	935	11	2 890	33	3 266	37	1 472	17	247	3	8 810	100	14
1997	1 310	13	3 554	35	3 346	33	1 644	16	305	3	10 159	100	15
1998	1 386	13	3 843	35	3 531	32	1 961	18	328	3	11 049	100	15
1999	1 077	11	3 495	35	3 158	32	1 891	19	399	4	10 020	100	14
2000	1 649	14	4 414	37	3 378	28	2 060	17	425	4	11 966	100	15
2001	2 105	16	4 815	37	3 355	26	2 205	17	460	4	12 954	100	15
2002	2 333	16	5 335	37	3 656	25	2 448	17	581	4	14 376	100	15
2003	2 260	15	5 964	39	3 753	24	2 740	18	713	5	15 443	100	15
2004	2 483	15	6 410	39	3 724	23	2 976	18	862	5	16 482	100	15
2005	2 961	16	7 194	39	3 887	21	3 218	18	1 081	6	18 357	100	15
2006	3 206	16	7 967	40	4 146	21	3 493	17	1 244	6	20 080	100	15
2007	3 414	16	8 557	40	4 228	20	3 636	17	1 365	6	21 220	100	15
2008	3 920	17	9 640	41	4 376	19	3 774	16	1 553	7	23 284	100	15

Källa: Brå.

a) Inklusive okänd ålder för ca 20 fall per år.

Tabell 74. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2006.

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 opiat	Cannabis och opiat	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.

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.

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.

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		Central- stimulantia		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 två gånger om året och har karaktären av tvärsnittsstatistik (här redovisas skattningen från 1 april). 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. 1968–2008.^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
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
2008	10 820	5 256	49	4 214	39	2 087	19

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 samt Göteborg Hisingen/förorter, 2006 ingick ej Göteborg och 2007 ingick ej Karlstad.

Tabell 81. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1969–2008.^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
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
2008	3 907	2 147	55	1 363	35	866	22

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, 2005 ingick ej Johannesberg samt Västervik Norra, 2006 ingick ej Viskan, Asptuna samt Beateberg, 2007 ingick ej Beateberg, Färingsö samt Salberga och 2008 ingick ej Beateberg.

Tabell 82. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2008.^{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
2008	4 327	42	1 703	16	4 340	42	10 370	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 83–91)

I tabellerna 83–85 och 90–91 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet. Eftersom EpC 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker – ICD-10 – minskar jämförbarheten med tidigare år samtidigt som klassifikationen är detaljrikare än tidigare. (Se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna.) Som framgår av tabell 90 har klassifikationssystemet även ändrats 1987.

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.

Tabellerna 86–87 visar antalet kliniskt anmälda fall av hepatit (gulsot) via intravenöst missbruk. Av de hepatitformer som förekommer är numera hepatit C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna och sådan diagnostik blev möjlig först 1990. Den regionala fördelningen gäller i vilket landsting smittan upptäcktes första gången, vilket inte behöver vara samma sak som var smittan överfördes.

Tabellerna 88–89 visar utvecklingen av kliniskt anmälda fall av HIV via intravenöst missbruk. Länsindelningen baseras på i vilket landsting den behandlande läkaren är verksam när det årliga statistikuttaget görs, och överensstämmer därmed inte nödvändigtvis med i vilket län smittan upptäcktes (eller för den delen inträffade).

Av tabell 90 framgår utvecklingen av narkotikarelaterad dödlighet enligt Socialstyrelsens index och i tabell 91 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 urvalet 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 används mindre i andra europeiska länder.

I tabell 90 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.

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). 1987–2008.^{a)} (Diagram 28 och 31)

År	Narkotikarelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen, %	Vårdade personer		Första-gångs-vårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%		Antal	Index per inv. 1987=100	
1987	5 002	66	2 535	34	7 537	100	0,5	4 342	100	4 342
1988	5 465	66	2 830	34	8 295	100	0,5	4 821	111	3 453
1989	5 634	66	2 956	34	8 590	100	0,5	4 941	114	3 062
1990	6 259	67	3 074	33	9 333	100	0,6	5 336	123	3 104
1991	6 533	67	3 156	33	9 689	100	0,6	5 635	130	3 088
1992	6 768	68	3 213	32	9 981	100	0,6	5 676	131	2 928
1993	7 347	68	3 463	32	10 810	100	0,6	6 054	139	2 991
1994	8 045	68	3 726	32	11 771	100	0,7	6 607	152	3 196
1995	8 637	69	3 913	31	12 550	100	0,8	6 884	159	3 239
1996	8 852	69	4 026	31	12 878	100	0,8	7 255	167	3 386
1997	9 346	65	4 988	35	14 334	100	0,9	8 580	198	4 573
1998	9 134	64	5 238	36	14 372	100	0,9	8 682	200	4 444
1999	9 138	64	5 135	36	14 273	100	0,9	8 647	199	4 317
2000	9 548	64	5 337	36	14 885	100	1,0	8 951	206	4 425
2001	9 970	64	5 670	36	15 640	100	1,1	9 234	213	4 563
2002	9 571	64	5 395	36	14 966	100	1,0	9 027	208	4 471
2003	9 419	64	5 210	36	14 629	100	1,0	8 671	200	4 144
2004	9 566	65	5 146	35	14 712	100	1,0	8 742	201	4 170
2005	9 816	65	5 272	35	15 088	100	1,0	8 706	201	4 063
2006	10 190	66	5 135	34	15 325	100	1,0	9 075	209	4 187
2007	11 021	66	5 656	34	16 677	100	1,1	9 663	223	4 471
2008	11 485	65	6 283	35	17 768	100	1,2	10 246	236	4 700

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 förstagångsvårdade.

Tabell 84. Antal personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos fördelat på ålder (se bilaga 1). 1987–2008. ^{a)} (Diagram 29)

År	Ålder										Totalt	
	–19		20–29		30–39		40–49		50–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	155	4	1 457	34	1 552	36	636	15	542	12	4 342	100
1988	295	6	1 521	32	1 722	36	727	15	556	12	4 821	100
1989	309	6	1 447	29	1 783	36	809	16	593	12	4 941	100
1990	316	6	1 522	29	1 899	36	946	18	653	12	5 336	100
1991	317	6	1 581	28	2 008	36	1 042	18	687	12	5 635	100
1992	323	6	1 530	27	2 081	37	1 084	19	658	12	5 676	100
1993	316	5	1 579	26	2 237	37	1 202	20	720	12	6 054	100
1994	358	5	1 554	24	2 376	36	1 459	22	860	13	6 607	100
1995	422	6	1 596	23	2 414	35	1 524	22	928	13	6 884	100
1996	473	7	1 654	23	2 468	34	1 653	23	1 007	14	7 255	100
1997	681	8	1 895	22	2 720	32	1 892	22	1 392	16	8 580	100
1998	624	7	1 935	22	2 700	31	1 947	22	1 476	17	8 682	100
1999	705	8	1 947	23	2 515	29	1 996	23	1 484	17	8 647	100
2000	720	8	2 125	24	2 447	27	2 072	23	1 587	18	8 951	100
2001	853	9	2 279	25	2 453	27	2 099	23	1 550	17	9 234	100
2002	842	9	2 234	25	2 271	25	2 057	23	1 623	18	9 027	100
2003	635	7	2 192	25	2 120	24	2 031	23	1 693	20	8 671	100
2004	758	9	2 277	26	2 012	23	2 031	23	1 664	19	8 742	100
2005	789	9	2 251	26	1 890	22	2 034	23	1 742	20	8 706	100
2006	876	10	2 478	27	1 884	21	2 034	22	1 803	20	9 075	100
2007	954	10	2 732	28	1 982	21	2 106	22	1 889	20	9 663	100
2008	1 051	10	2 914	28	2 045	20	2 163	21	2 073	20	10 246	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10).

Tabell 85. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008. ^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	2 817	37	1 284	17	1 031	14	2 405	32	7 537	100
1988	3 269	39	1 334	16	1 098	13	2 594	31	8 295	100
1989	3 237	38	1 400	16	1 134	13	2 819	33	8 590	100
1990	3 502	38	1 554	17	1 166	12	3 111	33	9 333	100
1991	3 598	37	1 623	17	1 219	13	3 249	34	9 689	100
1992	3 767	38	1 486	15	1 330	13	3 398	34	9 981	100
1993	3 968	37	1 902	18	1 526	14	3 414	32	10 810	100
1994	4 410	37	1 947	17	1 740	15	3 674	31	11 771	100
1995	4 905	39	2 028	16	1 756	14	3 861	31	12 550	100
1996	4 921	38	2 086	16	1 799	14	4 074	32	12 880	100
1997	4 945	34	2 435	17	1 988	14	4 966	35	14 334	100
1998	4 368	30	2 526	18	2 089	15	5 389	37	14 372	100
1999	4 659	33	2 433	17	1 988	14	5 193	36	14 273	100
2000	5 149	35	2 272	15	2 036	14	5 428	36	14 885	100
2001	5 471	35	2 518	16	1 906	12	5 745	37	15 640	100
2002	5 105	34	2 360	16	1 794	12	5 708	38	14 967	100
2003	5 025	34	2 351	16	1 833	13	5 420	37	14 629	100
2004	5 167	35	2 374	16	1 737	12	5 434	37	14 712	100
2005	5 028	33	2 721	18	1 702	11	5 637	37	15 088	100
2006	4 877	32	2 896	19	1 971	13	5 581	36	15 325	100
2007	5 373	32	3 090	19	2 012	12	6 202	37	16 677	100
2008	5 501	31	3 324	19	1 994	11	6 949	39	17 768	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 86. Samtliga kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C respektive med intravenös smittväg. 1980–2008. (Diagram 32)

År	Hepatit B			NonAnonB			Hepatit C ^{a)}			Totalt
	Totalt		Därav IV	Totalt		Därav IV	Totalt		Därav IV	
	Antal		%	Antal		%	Antal		%	
1980	418	.	.	207	.	.	.	.	.	625
1981	414	.	.	179	.	.	.	.	.	593
1982	471	.	.	179	.	.	.	.	.	650
1983	405	.	.	218	.	.	.	.	.	623
1984	422	.	.	174	.	.	.	.	.	596
1985	518	239	46	152	.	.	.	.	.	670
1986	382	155	41	126	.	.	.	.	.	508
1987	313	134	43	113	.	.	.	.	.	426
1988	222	86	39	78	.	.	.	.	.	300
1989	266	129	48	102	.	.	.	.	.	368
1990	257	93	36	122	62	51	459	289	63	838
1991	254	94	37	145	..	..	1 355	945	70	1 754
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	144	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	1 509	65	2 544
2000	225	110	49	.	.	.	2 116	1 412	67	2 341
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	259	113	44	.	.	.	1 864	1 194	64	2 123
2005	217	83	38	.	.	.	1 710	1 063	62	1 927
2006	162	63	39	.	.	.	1 646	932	57	1 808
2007	201	62	31	.	.	.	1 854	992	54	2 055
2008	177	61	34	.	.	.	2 251	1 076	48	2 428

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

a) Den kraftiga puckeln i 1990-talets början beror på att hepatit C-diagnostik blev möjlig först 1990 samtidigt som flera varit smittade redan tidigare.

Tabell 87. Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av hepatit C med intravenös smittväg, per landsting. 1991–2008.

	Stockholm	Västra Götaland	Region Skåne	Övriga	Riket totalt
1991	223	91	115	516	945
1992	521	349	216	2 114	3 200
1993	600	318	228	1 528	2 674
1994	767	271	219	1 306	2 563
1995	463	181	176	1 008	1 828
1996	398	174	186	905	1 663
1997	..	..	..	..	1 545
1998	428	93	271	824	1 616
1999	412	111	243	743	1 509
2000	320	199	251	642	1 412
2001	249	203	213	604	1 269
2002	291	191	222	591	1 295
2003	285	152	217	538	1 192
2004	334	168	219	473	1 194
2005	266	163	145	489	1 063
2006	212	169	141	410	932
2007	226	174	143	449	992
2008	249	197	134	496	1 076

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 88. Totalt antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda respektive per intravenös smittväg. 1983–2008.

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
2008	22	7	29	448	6

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 89. Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av HIV med intra-venös smittväg, per landsting. 1985–2008.

	Stockholm	Västra Götaland	Region Skåne	Övriga	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
2008	17	0	3	9	29

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 90. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (bilaga 1). Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2007^{a)}. (Diagram 28 och 33)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index per inv. 1987=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	22
1970	2	5	3	5	14	20	0,5	9	0,3	29	17
1971	1	15	10	10	8	29	0,8	15	0,5	44	26
1972	5	13	8	11	6	27	0,8	16	0,4	43	25
1973	0	8	10	9	7	27	0,8	7	0,2	34	20
1974	3	10	4	1	5	19	0,5	4	0,1	23	13
1975	3	17	2	4	5	19	0,5	12	0,4	31	18
1976	4	28	2	2	3	28	0,6	11	0,2	39	23
1977	2	19	8	6	8	34	0,9	9	0,3	43	25
1978	4	39	14	6	9	54	1,3	18	0,5	72	42
1979	2	40	23	7	7	62	1,4	17	0,4	79	45
1980	1	35	22	5	11	58	1,4	16	0,4	74	42
1981	4	27	31	9	14	58	1,4	27	0,7	85	49
1982	0	40	25	10	29	64	1,6	40	1,0	104	60
1983	2	28	34	16	23	67	1,7	36	1,0	103	59
1984	3	35	37	19	46	95	2,8	45	1,3	140	80
1985	1	26	48	24	51	104	2,9	46	1,5	150	86
1986	3	32	40	32	31	81	2,2	57	1,5	138	79
1987	1	50	68	17	40	127	3,0	49	1,2	176	100
1988	2	47	53	34	46	122	2,9	60	1,4	182	103
1989	1	32	59	27	43	111	2,6	51	1,1	162	91
1990	1	52	54	39	53	151	3,5	48	1,1	199	111
1991	3	35	67	32	49	146	3,4	40	0,9	186	103
1992	1	35	85	48	69	169	4,0	69	1,5	238	131
1993	2	36	88	60	68	182	4,2	72	1,7	254	139
1994	6	50	95	62	68	205	4,6	76	1,6	281	153
1995	2	46	76	78	94	211	4,8	85	1,9	296	160
1996	9	49	95	91	98	237	5,4	105	2,4	342	185
1997	4	44	109	93	85	261	5,9	74	1,7	335	181
1998	5	53	90	94	99	264	5,9	77	1,7	341	184
1999	2	70	108	85	88	269	6,0	84	1,9	353	190
2000	13	100	108	88	94	320	7,2	83	1,9	403	217
2001	11	89	101	102	100	315	7,0	88	1,9	403	216
2002	9	77	95	103	107	313	7,0	78	1,8	391	209
2003	12	69	68	107	129	287	6,4	98	2,2	385	205
2004	11	90	60	79	122	289	6,5	73	1,6	362	192
2005	10	76	70	78	106	258	5,7	82	1,8	340	180
2006	4	60	45	91	110	243	5,4	67	1,4	310	163
2007	9	90	72	101	123	302	6,6	93	2,0	395	206

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker. Försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa år.

Tabell 91. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.1 – se tabellkommentarerna), fördelat på län. 1987–2006.

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

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Före 2004 beräknades dödsfallen enligt DRD-standard version 3.0 men övergången har ingen praktisk betydelse för resultaten. År 1997 infördes nya ICD-koder för klassificering av dödsorsaker, försiktighet bör därför iakttas vid jämförelser över dessa år.

Tabellkommentarer: Snifningsutvecklingen (tabellerna 92–94)

Tabell 92 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. Snifningsfrågan omformulerades inför skolundersökningen 2007, både för årskurs 9 och gymnasiets andra år, tabell 92-93, detta verkar emellertid inte ha påverkat resultaten nämnvärt. För ytterligare information angående detta frågebyte se *Skolelevs drogvanor 2009*.

Tabell 94 redovisar andelen mänstrande 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 snifningsmedel i mänstringsundersökningen, vilket medför svårigheter att tolka siffrorna. Ökningen 1995 får till stor del tillskrivas att exemplen på snifningsmedel uppdaterades från ”thinner, tri, solution” till ”lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande”. Den tidigare formuleringen, med snifningsmedel 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 92. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2009. (Diagram 35)

Ak 9		Har sniffat		Sniffar fortfarande	
År	Antal	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	5	4	.	.
2008	4 884	5	4	.	.
2009	5 192	7	4	.	.

Källa: CAN.

a) Hälften av eleverna besvarade den gamla frågeformuleringen och hälften den nya.

b) Frågan omformulerad, detta verkar dock inte ha påverkat jämförbarheten nämnvärt.

Tabell 93. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 2004–2009. (Diagram 35)

Gy 2		Har sniffat		Sniffar fortfarande	
År	Antal	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	.	.
2009	4 072	5	4	.	.

Källa: CAN.

a) Frågan omformulerad, detta verkar dock inte ha påverkat jämförbarheten nämnvärt.

Tabell 94. Andelen mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren ^{a)}. Procent. 1970/71–2006.

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 95–102)

Tabell 95 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. Ovanstående redovisningstekniska förändringar bedöms dock inte ha påverkat jämförbarheten över tid i någon avgörande omfattning.

Dopningslagstiftningen skärptes 1999 vilket kan ha lett till ökade insatser från rättsväsendets sida, med åtföljande beslagsökningar. Detta kan även påverka innehållet i tabellerna 96–97 som redovisar olika rättsstatistiska uppgifter.

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 (tabell 98).

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 100).

Tabell 95. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2008. (Diagram 37)

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
2008	1 217	850 372	11	389	173 509	32	1 606	1 023 881	43

Källor: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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 annorlunda redovisningsmetod dessa år.

Tabell 96. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antal personer lagförda för brott (huvudbrott) mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2008. (Diagram 37)

År	Anmälda brott		Misstänkta personer		Lagförda personer	
	Antal	Antal per 100 000 invånare	Antal	Andel kvinnor (%)	Antal	Andel åtalsunderlåtelse (%)
1993	564	6	229	3	119	..
1994	412	5	197	2	93	..
1995	288	3	178	4	101	15
1996	320	4	181	2	95	9
1997	340	4	176	1	69	14
1998	273	3	189	1	86	16
1999	416	5	172	2	78	13
2000	438	5	264	3	103	25
2001	482	5	318	2	104	11
2002	640	7	393	3	122	15
2003	634	7	425	2	126	13
2004	925	10	480	2	134	15
2005	851	9	652	3	195	16
2006	1 053	12	666	2	183	19
2007	1 422	16	719	2	218	23
2008	1 957	21	881	2	273	31

Källa: Brå.

Tabell 97. Personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2008. (Diagram 38)

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
2008	108	12	520	59	183	21	70	8	881	100

Källa: Brå.

Tabell 98. Andel elever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2009.

År	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	.	.
2009	5 192	1	1	.	.

Källa: CAN.

a) Frågeställningen ändrades 2004.

b) 1995–2003 redovisades enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 99. Andel elever i gymnasiets årskurs 2 som använt anabola steroider. 2004–2009.

År	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
2009	4 072	2	0

Källa: CAN.

Tabell 100. Andel mänstrande 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 101. 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	1	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 102. 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	0	–	–	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 103–110)

I tabell 103 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.

I tabell 104 är siffrorna för den oregistrerade konsumtionen 2003–2004 hämtade ur Granberg och Trolldal (2005) och antalet försålda cigaretter från Skatteverket. Den oregistrerade konsumtionen är inräknad i totalsumman då kategorierna inte helt stämmer överens mellan 2003–2004 och 2005–2007. För åren 2005–2007 är samtliga siffror hämtade ur Axelsson Sohlberg (2008), i vilken uppgifterna om de försålda cigaretterna var från Skatteverket.

Utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9 redovisas i tabell 105. 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 105 har dock inte påverkats av detta.

Tabell 107 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt SCBs ULF-undersökningar. År 2006 ändrades insamlingsmetoden, från intervju via telefon istället för, som tidigare, besöksintervjuer. Detta innebär att 2006 års data är en sammanslagning av de båda metoderna och från och med 2007 är metoden telefonintervju.

I tabell 108 och 109 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 tabell 110 är antalet kvinnor under 100 stycken år 1960, den exakta siffran redovisas dock inte. För åren 1955 samt 1965 är antalet kvinnor hämtade från den tidigare rapporten (Peto R et al, 1994).

Tabell 103. 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. 1970–2008. (Diagram 39)

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
2008	770	39	690	19

Källor: Swedish Match och Tullverket.

Tabell 104. Den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter. 2003–2007. (Diagram 40)

	Legalt försålda	Resande- införda	Privat- importerade	Smuggel	Totalt
2003	8 207	.	.	.	9 103
2004	7 718	.	.	.	8 578
2005	7 900	515	99	251	8 765
2006	7 100	346	70	172	7 688
2007	6 600	424	126	144	7 294

Källor: Skatteverket, Granberg och Trolldal 2005, Axelsson Sohlberg 2008.

Tabell 105. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2009. (Diagram 41)

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
2009	5 192	23	30	9	12	15	4

Källa: CAN.

a) När nya frågor infördes 1983 och 1997 fick hälften av eleverna besvara de gamla och hälften de nya.

Tabell 106. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker eller snusar. 2004–2009. (Diagram 41)

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
2009	4 072	33	40	11	19	23	7

Källa: CAN.

Tabell 107. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2007. (Diagram 42)

År	Män					Kvinnor				
	Ålder					Ålder				
	16–24	25–44	45–64	65–84	Totalt	16–24	25–44	45–64	65–84	Totalt
1980	28	43	37	37	36	37	40	24	10	29
1981	25	38	35	31	34	36	35	25	10	27
1982	24	40	35	28	34	32	38	27	9	28
1983	22	38	34	25	32	29	37	25	9	26
1984	22	38	38	26	33	31	37	29	11	28
1985	23	33	34	24	30	30	37	27	10	27
1986	17	34	34	22	29	26	37	24	12	27
1987	17	32	35	26	29	27	35	28	10	26
1988	17	32	31	24	28	28	36	27	10	26
1989	16	29	30	20	26	26	35	27	12	26
1990	14	29	32	21	26	22	34	28	13	26
1991	17	30	29	20	26	23	31	28	11	24
1992	14	28	31	21	25	21	34	30	14	27
1993	14	25	30	17	23	19	28	28	13	23
1994	15	21	29	15	22	20	29	28	11	24
1995	14	22	28	19	22	21	29	27	12	24
1996	16	21	27	16	21	23	27	27	13	23
1997	12	16	19	15	17	19	25	27	12	22
1998	10	15	22	16	17	18	23	28	11	21
1999	14	17	26	13	19	18	20	25	11	19
2000	13	15	21	14	17	19	23	26	12	21
2001	14	17	23	13	18	19	20	26	10	20
2002	10	14	23	13	16	18	20	23	13	19
2003	10	15	23	14	17	16	18	24	11	18
2004	11	12	23	9	15	14	18	22	11	18
2005	8	12	20	11	14	12	18	23	14	18
2006 ^{a)}	10	12	17	12	13	14	17	22	9	17
2007 ^{b)}	10	11	18	9	13	15	14	20	10	15

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

a) Övergångsår för metodbyte – 50% intervju via besök och 50% via telefon.

b) Fr o m 2007 enbart intervju via telefon.

Tabell 108. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2008.

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)}	25	29	21	8	22	4	5	3	1	3	12
2005	22	29	24	9	22	3	4	3	2	3	13
2006	24	25	21	10	20	4	6	3	2	4	12
2007	22	21	19	9	19	5	4	4	1	4	11
2008	21	23	19	9	19	5	4	3	2	4	11

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 109. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 2004–2008.

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)}	10	13	19	10	14	15	17	25	12	19	16
2005	10	11	17	10	12	15	16	22	11	17	15
2006	8	12	18	11	13	13	14	21	10	15	14
2007	9	10	18	10	12	14	13	22	13	16	13
2008	8	11	15	9	11	12	11	19	11	14	13

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 110. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–2000. (Diagram 43)

	Män	Kvinnor
1955	1 500	50
1960	2 300	<100
1965	3 000	50
1970	4 000	400
1975	5 500	900
1980	6 000	1 300
1985	5 700	1 200
1990	5 300	2 000
1995	5 100	2 800
2000	4 700	3 500

Källa: WHO (Peto et al 1994 och Peto et al 2006).

ICD-koder

Från och med 1997 övergick man inom sjukvården till att klassificera sjukdomar och dödsfall enligt den tionde internationella diagnos- och dödsorsakssklassifikationen (*International Classification of Diseases – ICD*). Den svenska versionen heter Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) och utges av Socialstyrelsen. Även om denna version är bättre än de föregående, i så måtto att den mera korrekt beskriver sjukdomar och dödsfall i enlighet med dagens kunskaper, så kan det vara problematiskt med översättningar och jämförelser med tidigare versioner. Detta för med sig att man måste vara försiktig med tolkningar där tidsserierna passerar över årtalen då nya revisioner införts; 1969, 1987 och 1997.

När det är möjligt skrivs de aktuella ICD-koderna ut i tabellrubrikerna. I andra fall gäller redovisningen olika index som inte på ett enkelt sätt låter sig redovisas i tabellrubrikerna. Nedan redovisas därför de fyra index som är aktuella enligt ICD-10 i denna rapport. 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: Socialstyrelsen, EpC.

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	Alkohol-kardiomyopati
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: 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: 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: Socialstyrelsen, EpC.

Tidigare rapporter

Nr 77	Skolelevers drogvanor 2003
Nr 78	Mönstrandens drogvanor 2003
Nr 79	Uppföljning och utvärdering av insatserna mot svartsprit
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 gymnasiets 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
Nr 113	Drogutvecklingen i Sverige 2008
Nr 114	Skolelevers drogvanor 2008
Nr 115	CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser första halvåret 2008
Nr 116	CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser andra halvåret 2008

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