

CAN Rapport 125

Drogutvecklingen i Sverige 2010

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 (1–250)
Sättning: Britta Grönlund, CAN
Tryck: EO Grafiska, 2010
Omslag: Löwenberg Media
ISSN 0283-1198
ISBN 978-91-7278-229-7 (tryck)
URN:NBN:se:can-2010-6 (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 2010



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 125

Stockholm 2010

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 2010* har fördelats på två redaktörer. Siri Nyström har ansvarat för kapitlen gällande alkohol-, sniffnings- och tobaksutvecklingen medan Ulf Guttormsson ansvarat för narkotika- samt dopningsutvecklingen liksom kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Britta Grönlund har stått för korrekturläsning samt sättning.

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

Stockholm i november 2010

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

Sammanfattning.....	17
Alkoholutvecklingen.....	29
Inledning	29
Alkoholpolitik	30
Försäljningsutvecklingen.....	32
Konsumtionsutvecklingen	40
Skadeutvecklingen.....	54
Internationella aspekter.....	67
Referenser	77
Narkotikautvecklingen.....	81
Inledning	81
Narkotikamarknaden.....	84
Utvecklingen av narkotikaanvändningen.....	93
Utvecklingen av tungt missbruk	99
Vård, sjuklighet och dödlighet	107
Narkotikasituationen internationellt	114
Referenser	118
Sniffningsutvecklingen.....	121
Inledning	121
Missbrukets omfattning	122
Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet.....	126
Referenser	129
Dopningsutvecklingen.....	131
Inledning	131
Beslags- och kriminalstatistik.....	132
Utvecklingen av dopningserfarenheten.....	134
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten	138
Referenser	139
Tobaksutvecklingen.....	141
Inledning	141
Försäljningsutvecklingen.....	143
Konsumtionsvaneundersökningar	146
Konsekvenser av tobakskonsumtion.....	154
Internationell jämförelse av rökvanor	155
Referenser	159

Metodproblem och tillförlitlighet	161
Inledning	161
Metodproblem vid frågeundersökningar	162
Indikativa källor	165
Beskrivningar av undersökningar och indikatorer	167
Referenser	175
 Tabeller.....	 177

Diagram

Alkoholutvecklingen

1.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelad på dryckessorter. 1861–2009.	33
2.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelad på dryckessorter. 1946–2009.	34
3.	Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2009.	36
4.	Prisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. 1956–2009.	37
5.	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2009.	39
6.	Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelad på dryckestyper. 2009.	40
7.	Beräknad genomsnittlig årskonsumtion i liter alkohol 100% i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 efter kön. 1977–2009.	43
8.	Självrapporterad alkoholkonsumtion i liter alkohol 100% bland 18–75-åringar (1990–2002) samt bland 16–80-åringar (2003–2008), fördelad på kön.	44
9.	Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden. 1972–2009.	46
10.	Andelen 16–84-åringar med riskabla alkoholvanor efter kön och ålder. 2010.	47
11.	Självrapporterad genomsnittlig konsumtion av vin, sprit och starköl i olika åldersgrupper i liter 100% alkohol. Procent. 2008.	50
12.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2009.	60
13.	Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, efter ålder. Procent. 1987–2009.	61
14.	Antal alkoholrelaterade dödsfall fördelat på ålder (underliggande eller bidragande dödsorsak). 1969–2008.	63
15.	Antal alkoholrelaterade dödsfall fördelat på kön (underliggande eller bidragande dödsorsak). Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2008.	63

16.	Utvecklingen av antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott, omhändertagna enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB), alkoholrelaterade dödsfall samt antalet vårdade i slutenvård med alkoholdiagnos, per 100 000 invånare. 1990–2009.	66
17.	Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.	68
18.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver fördelad på dryckessorter. 2005.	71
19.	Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003.	72
20.	Alkoholförsäljningen i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver, i utvalda länder i Norden och Baltikum. 1995–2005.	73
21.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna. 1995–2007.	76

Narkotikautvecklingen

22.	Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2009.	85
23.	Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2009 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2009.	87
24.	Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2009.	89
25.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mänstrande som uppgett att de någon gång provat narkotika. 1971–2009.	94
26.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 samt andelen mänstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna. 1971–2009.	94
27.	Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste året, efter kön och ålder. 2010.	96
28.	Uppskattat antal personer med tungt missbruk 1979–1998 samt uppskattat antal personer med problematiskt missbruk 1998–2004 respektive 2007.	100
29.	Utvecklingen av antalet narkotikabeslag (tull och polis), antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet vårdade med narkotikarelaterad diagnos samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1987–2009.	102
30.	Andelen personer under 30 år misstänkta för narkotikabrott, vårdade i slutenvård med narkotikarelaterad diagnos respektive avlidna i narkotikarelaterade dödsfall. 1987–2009.	103
31.	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.	105

32.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotika-relaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2009.	110
33.	Antal kliniskt anmälda fall av hepatit C-positiva per intravenöst missbruk respektive andra (eller okända) smittvägar. 1990–2009.	111
34.	Antal narkotikarelaterade dödsfall fördelat på åldersgrupper (underliggande eller bidragande dödsorsaker).1969–2008.....	112
35.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång provat narkotika. 1995–2007.....	117

Snifningsutvecklingen

36.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2009.	122
37.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som sniffat någon gång. 1995–2007.	128

Dopningsutvecklingen

38.	Antal beslag av dopningspreparat av tull och polis samt antal lagföringsbeslut för dopningsbrott. 1993–2009.....	132
39.	Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2009.	134

Tobaksutvecklingen

40.	Försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och rökto bak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2009.	144
41.	Skattning av den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter 2003–2008, samt andel av den totala cigarettkonsumtionen 2008.	146
42.	Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2009.....	148
43.	Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år), fördelat på kön. 1980–2008/2009.	149
44.	Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år), fördelat på ålder. 2004–2010.	150
45.	Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år), fördelat på utbildning. Åldersstandardiserat. 2004–2010.....	154
46.	Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare och år. Åldersstandardiserat. 1955–2005.	155
47.	Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007.....	157

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. 1861–2009.	179
2. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2009.	183
3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2009.	184
4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2009, uppdelad på dryckestyp och ursprung.	185
5. Restaurangserveringens andel av den totala registrerade försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2009.	186
6. Prisutvecklingen för spritdrycker, vin och starköl för detaljhandel 1995–2009 och servering 1995–2005.	187
7. Prisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. 1956–2009.	188

Konsumtionsvaneundersökningar

8. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2009.	192
9. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i gymnasiets årskurs 2 efter dryckestyp och kön. 2004–2009.	193
10. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.	194
11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.	195
12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2009.	196
13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i gymnasiets årskurs 2 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 2004–2009.	197
14. Intensivkonsumtion någon gång per månad eller oftare bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 efter kön. Procent. 1971–2009.	198
15. Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2007–2009.	199

16.	"Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2006.	200
17.	"Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2006.	201
18.	Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.	202
19.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	203
20.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och blanddrycker i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	204
21.	Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av sprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	205
22.	Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2010.	205
23.	Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2010.	206
24.	Andelen 16–84-åringar som är berusade en gång i månaden eller oftare, efter kön och ålder. 2004–2010.	206
25.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Olika åldersgrupper, 18–70 år. 1982–2000.	207
26.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000.	208
27.	Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000.	208

Skadeutvecklingen: fylleri, trafik och olyckor

28.	Ingripanden i antal och per 1 000 invånare 15 år och äldre enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2009.	210
29.	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. 1986–2009.	211
30.	Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2009.	213
31.	Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2009.	214
32.	Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2008.	215
33.	Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2008.	216

Skadeutvecklingen: vård, sjuklighet och dödlighet

34.	Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt LVM (tvångsvård) och 6§ Socialtjänstlagen (frivillig vård) den 1 november. 1983–2009.....	218
35.	Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2009.....	219
36.	Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2009.	220
37.	Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, efter ålder. 1987–2009.....	221
38.	Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2009.	222
39.	Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1970–2008.....	223
40.	Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1993–2008.	224
41.	Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1960–2008.	225
42.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1960–2008.	226
43.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9). 1960–2008.	227
44.	Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1960–2008.	228
45.	Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2008.	229

Internationella aspekter

46.	Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000.	231
47.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 2005.	232
48.	Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003.	233
49.	Försäljning av alkoholhaltiga drycker per invånare 15 år och äldre i Baltikum och Norden i liter 100% alkohol. 1995–2005.	235
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.....	236
51.	Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i några europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.....	237

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.	238
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.	239

Narkotikautvecklingen

Beslagsstatistik

54.	Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska preparat. 1969–2009.	241
55.	Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2009.	242
56.	Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2009.	243
57.	Polisens och tullens beslag av kokain. 1974–2009.	244
58.	Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2009.	245
59.	Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2009 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medelvärden. 1988–2009.	246

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

60.	Erfarenhet av narkotika bland elever i årskurs 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.	248
61.	Erfarenhet av narkotika bland elever i gymnasiets årskurs 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.	249
62.	Använda narkotikasorter bland elever i gymnasiets årskurs 2. Procentuell fördelning. 2004–2009.	249
63.	Andelen månstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006.	250
64.	"Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland månstrande. 1976–2006.	251
65.	Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2010.	252
66.	Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste året, efter kön och ålder. 2004–2010.	252
67.	Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste månaden, efter kön och ålder. 2004–2010.	253
68.	Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk. 1979, 1992 och 1998.	253

Kriminalstatistik

69.	Antalet resurstimmar omräknat till ett ungefärligt antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden samt antalet anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) respektive narkotikastrafflagen (NSL). 1966–2009.	255
70.	Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2009.	256
71.	Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2009.	257
72.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2009.	258
73.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) fördelat på ålder och kön. 1975–2009.	259
74.	Antal lagföringsbeslut där narkotikabrott ingår efter ålder och kön. 1975–2009.	260
75.	Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med ett eller flera preparat ingått. 1975–2009.	261
76.	Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med cannabis ingått. 1975–2009.	262
77.	Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med centralstimulantia ingått. 1975–2009.	263
78.	Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med opiater ingått. 1975–2009.	264
79.	Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med olika preparat ingått. 1975–2009.	265

Missbrukare inom kriminalvården

80.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1968–2009.	267
81.	Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april. 1968–2009.	268
82.	Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2009.	269

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. 1987–2009.	271
84.	Antal personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos fördelat på ålder. 1987–2009.	272
85.	Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2009.	273

86.	Antal kliniskt anmälda fall av hepatit C med intravenös smittväg per landsting respektive samtliga anmälda fall. 1990–2009.	274
87.	Totalt antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda respektive per intravenös smittväg. 1983–2009.	275
88.	Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av HIV med intravenös smittväg, per landsting. 1985–2009.	276
89.	Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2008.	277
90.	Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008.	278

Snifningsutvecklingen

91.	Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive senaste 30 dagarna. 1971–2009.	280
92.	Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive senaste 30 dagarna. 2004–2009.	281
93.	Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2006.	282
94.	Sambandet mellan snifningserfarenhet och vissa andra variabler. Andelen elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 med eller utan erfarenhet av att ha sniffat. 2009.	283

Dopningsutvecklingen

95.	Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2009.	285
96.	Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antal personer lagföringsbeslut gällande lagen om förbud av vissa dopningsmedel (huvudbrott). 1993–2009.	286
97.	Personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2009.	287
98.	Andel elever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2009.	288
99.	Andel elever i gymnasiets årskurs 2 som använt anabola steroider. 2004–2009.	288
100.	Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2006.	289
101.	Andelen 16–24-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.	290
102.	Andelen 15–75-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.	290

Tobaksutvecklingen

103. Den årliga försäljningen av cigaretter respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i vikt per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2009.	293
104. Skattning av den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter. 2003–2008.	294
105. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2009.	295
106. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som uppgett att de röker eller snusar. 2004–2009.	296
107. Andelen dagligrökande män i befolkningen (16–84 år). 1980–2008/2009.	297
108. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2010.	299
109. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 2004–2010.	299
110. Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare. Åldersstandardiserat. 1955–2005.	300

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 de en god uppfattning om drogproblemens omfattning och utveckling. Inom andra ger de en sämre bild, beroende på kvalitetsbrister eller på att viss information helt enkelt saknas. Frågor som berör datakällorna i den här rapporten och källornas eventuella brister behandlas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Alkoholutvecklingen

Alkohol har en lång tid varit ett inslag i den svenska kulturen. I det här kapitlet belyser vi hur alkoholutvecklingen sett ut över tid. För att kunna skapa en så bra helhetsbild som möjligt av alkoholutvecklingen används många olika statistikkällor.

Statistiken som gäller alkoholförsäljningen omfattar Systembolagets och restaurangernas försäljning samt butikernas folkölsförsäljning. För att få en uppfattning om den totala konsumtionen måste vi lägga till data om oregistrerad konsumtion, det vill säga privatinförd, smugglad och hemtillverkad alkohol. För att få fram den typen av konsumtion används frågeundersökningar.

Alkoholförsäljningen uppgick 2009 till 7,4 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Den totala konsumtionen för 2009 beräknades till 9,3 liter. Andelen registrerad alkohol beräknades därmed utgöra 78 procent och oregistrerad alkohol 22 procent.

Under 2000-talet nådde alkoholkonsumtionen en historiskt sett hög nivå, samtidigt som den registrerade försäljningen förblev relativt oförändrad. Samtidigt fördubblades andelen oregistrerad alkohol mellan 1990 och 2004. Till viss del berodde ökningen på ett större inslag av illegal alkohol, men främst handlade det om ökade mängder privatinförd alkohol. Därefter, sedan 2004, har den totala konsumtionen sjunkit med över tio procent, till följd av att andelen oregistrerad alkohol minskat.

Det har över tid skett stora förändringar i val av dryckestyper. Under hela efterkrigstiden har exempelvis vin stadigt ökat i betydelse. Om man ser till totalkonsumtionen, det vill säga både registrerad och oregistrerad alkohol, sva-

Sammanfattning

rade andelen vin för 41 procent, och öl för 36 procent under 2009 medan sprit stod för endast 22 procent. Vi kan alltså konstatera att Sverige sedan 1990-talet är ett öl- och vinland och inte längre ett spritland.

I CANs årliga undersökning i årskurs 9 får eleverna svara på flera alkoholrelaterade frågor. Pojkarna i nian har tidigare i störst utsträckning konsumerat sprit, medan starköl numera är den största dryckeskategorin. Flickors dryckesmönster är mera spritt över olika alkoholtyper än pojkars. Även om spritandelen minskat något bland flickorna under de senaste tio åren står sprit för det största enskilda bidraget räknat i ren alkohol, men blanddrycker är numera mycket nära att dela denna första plats. Bland pojkarna i år 2 på gymnasiet utgör starkölet en ännu större del av konsumtionen än bland dem i nian. Bland flickorna på gymnasiet utgör vinet en större del av konsumtionen än bland flickorna i nian, blanddrycker och sprit fortsätter dock att dominera flickornas konsumtion.

I en undersökning av befolkningen 16–80 år framkommer att vinkonsumtion utgör den största andelen (44 procent) redan i den yngsta ålderskategorin kvinnor, 16–29 år, för att sedan öka och stå för drygt 80 procent i den äldsta åldersgruppen 65–80 år. Hos män utgör starkölen det största bidraget i den yngsta åldersgruppen men minskar sedan med åldern på bekostnad av vinkonsumtion.

En samlad bedömning av årskurs 9 elevernas alkoholkonsumtion är att den under 1990-talet ökade i omfattning. Men efter toppen runt millennieskiftet har det skett en nedgång. Minskningen återfinns både hos flickorna och hos 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 så kallad 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. Undersökningarna bland gymnasieelever har genomförts under en kortare tidsperiod men här ser vi att konsumtionen är betydligt högre jämfört med i nian och intensivkonsumtion är betydligt vanligare.

Bland niorna har könsskillnaderna vad gäller konsumtionen minskat sedan millennieskiftet, men i gymnasieundersökningen är könsskillnader tydligare. Undersökningar av befolkningen visar att yngre män dricker mer än yngre kvinnor och när konsumtionstoppen infinner sig runt 20–25-årsåldern är männens konsumtion mer än dubbelt så hög som kvinnornas. Hos männen minskar sedan konsumtionens omfattning med stigande ålder medan kvinnornas konsumtion snarare stabiliseras. Under 1980-talet var kvinnornas genomsnittliga konsumtion drygt 40 procent av männens och sedan 1990-talets mitt fram till 2008 har den legat på runt 45 procent.

Det begränsade antalet undersökningar bland vuxna gör analyser över tid osäkra, bland annat eftersom frågemetoder och åldersintervall skiftar. Vi kan dock se en tendens under efterkrigstiden till en ökad alkoholkonsumtion, inte minst bland kvinnor. Under 1980- och 1990-talen var alkoholkonsumtionen tämligen oförändrad. Men vi ser en ökning vid millennieskiftet. Det är tydligt att män är överrepresenterade vad gäller intensiv- och storkonsumtion samt att högst alkoholkonsumtion återfinns i den yngsta ålderskategorin, 16–29 år.

En jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden i Sverige och flera andra länder visar på betydande likheter. Perioden karakteriserades av en ökande 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 vad gäller vin. I Sverige ökade tvärtom vinkonsumtionen under motsvarande period.

Vi 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.

En jämförelse mellan länderna i Norden och Baltikum visar att Sverige tillsammans med Norge och Island är de länder som har lägst alkoholkonsumtion (mätt i försäljningssiffror) medan Estland och Litauen har högst konsumtion.

Att alkoholen ger upphov till både sociala och medicinska skador är väl känt. En del av skadorna går att beskriva någorlunda väl med statistiska uppgifter, men det saknas data som entydigt visar omfattning och utveckling av alkoholskadorna. Detta gäller speciellt sociala skador, som till exempel sjukskrivningar eller konsekvenser för anhöriga i hem där missbruk förekommer. Vi saknar också säkra uppgifter om utvecklingen av antalet missbrukare eller alkoholberoende. Bristerna i mått på alkoholskadenivån i samhället beror bland annat på 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. Även inläggningar med diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos i slutna psykiatrisk vård ökade markant. Den alkoholrelaterade dödligheten ökade också kraftigt fram till och med 1979. För denna period finns det alltså ett samband mellan konsumtions- och skadeutvecklingen.

Sammanfattning

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 låg på en relativt jämn nivå under samma tid. Under 2000-talet har alkoholkonsumtionen ökat och ligger nu runt 10 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Under 2000-talet finns även en antydning till en ökning av de alkoholrelaterade dödsfallen.

Antalet omhändertaganden med stöd i lagen om omhändertagande av berusade personer, minskade kraftigt under 1980- och 1990-talen, sannolikt till största delen på grund av samhällets inställning och agerande runt berusning. Det kan dock noteras att denna nedgång bromsades runt millennieskiftet och att antalet ingripanden ökat sedan dess.

Vi kan vidare konstatera att antalet anmälda trafiknykterhetsbrott per invånare ökat med mer än 40 procent sedan 1998. Ökningen förklaras sannolikt till stor del av nytillkomna lagar och resursprioriteringar inom polisen och uppgången har heller inte inneburit att anmälningarna nått upp till den nivå som gällde när de var som flest; under 1990-talets början. 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 att förändringar inom vårdutbudet har inverkan på statistiken.

Mellan 1979 och 2000 sjönk den alkoholrelaterade dödligheten för män med 29 procent räknat i standardiserade dödstal. På senare år har nedgången hejdat och en uppgång om ca fem procent noteras sedan 2000, om än inte till 1970-talets nivåer. Även kvinnornas alkoholrelaterade dödlighet var relativt hög 1979, men har en nedgång med sju procent fram till år 2000. Under 2000-talet har antalet kvinnliga alkoholrelaterade dödsfall dock ökat något.

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 skillnaden mellan män och kvinnor minskat, som en följd av ökade konsumtionsnivåer hos kvinnorna.

Även sett till flera andra indikatorer är det en ökning bland kvinnorna. Andelen kvinnor omhändertagna för fylleri har till exempel stigit under 2000-talet. Andelen kvinnor misstänkta för trafiknykterhetsbrott har ökat mellan 1984 och 2009 och när det gäller alkoholrelaterad slutenvård har andelen kvinnor stigit; under 2000-talet har de utgjort en fjärdedel.

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

Vi kan konstatera att de mätbara alkoholskadorna för flera indikatorer inte förefaller ha ökat i motsvarande grad som den faktiska konsumtionen. Det kan bero på en fördröjning innan effekterna syns liksom att konsumtionsökningen åtminstone delvis ligger bland grupper som tidigare druckit relativt lite och traditionellt inte tillhört problemkonsumtionsgrupper. För att förstå och följa skadeutvecklingen i detalj är det viktigt att ha god information om dryckes-
mönster och förändringar i dryckes-
mönster i olika befolkningsgrupper.

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. Det är därför viktigt att olika konsumtionsmönster hålls isär och inte klumpas samman under begreppet narkotikamissbruk.

Liksom när det gäller uppgifterna om alkoholutvecklingen återspeglar undersökningar och statistik om narkotika inte bara den faktiska situationen utan resultaten påverkas också av andra omständigheter. Exempel på sådana är förändringar i lagstiftning och tillämpning av lagarna, förändrade inriktningar och resurser inom narkotikabekämpning, narkomanvård etc.

Sammanfattning

Den ökning av tillgången på narkotika som iaktogs under 1990-talet verkar delvis ha stannat av under 2000-talet, en slutsats som kan dras med anledning av att prisfallen på narkotika har avmattats. Samtidigt ligger priserna stabilt lågt trots att historiskt stora mängder narkotika beslagtogs av rättsväsendet. Därför kan vi utgå ifrån att vi idag har en god tillgång på narkotika.

Kunskap om mera tillfällig narkotikaanvändning får vi i första hand genom frågeundersökningar. Trots de metodproblem som finns vid den typen av undersökningar bedöms de spegla utvecklingen relativt bra.

Sedan 1971 finns nationella uppgifter om ungdomars självrapporterade narkotikaanvändning. Under 1980-talet minskade andelen ungdomar som prövat narkotika och en låg nivå uppnåddes under slutet av årtiondet. Under 1990-talet däremot mer än fördubblades andelen elever i årskurs 9 som prövat narkotika och samma utveckling noterades även i andra frågeundersökningar. Efter en viss svacka under mitten av 2000-talet svarade år 2009 totalt åtta procent av eleverna i nian och dubbelt så många i gymnasiets andra år att de prövat narkotika.

Normalt visar frågeundersökningar att ca 60–70 procent av dem som prövat narkotika enbart använt cannabis, medan 5–10 procent enbart använt annan narkotika än cannabis. Amfetamin kommer på andra plats men om vi räknar med illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp) är de minst lika vanligt förekommande som amfetamin.

Den mera aktuella användningen (använt senaste 30 dagarna) bland ungdomar har i stort sett följt samma trender som livstidsprevalensen (någon gång har använt). År 2010 uppgav tre procent av gymnasieeleverna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna.

Sedan 2004 har 16–84-åringar tillfrågats om cannabisvanor och enligt postenkäten från 2010 svarade tolv procent att de någon gång prövat cannabis, vilket motsvarar ca 900 000 personer i det aktuella åldersintervallet. I samma undersökning svarade två procent att de använt cannabis under det senaste året och en procent att de använt den senaste månaden. Aktuell cannabisanvändning var vanligast bland 18–29-åringarna och i denna åldersgrupp svarade nio procent av männen och sex procent av kvinnorna att de använt cannabis senaste året (motsvarar ca 130 000 personer).

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är vanligare bland män än bland kvinnor och det kan konstateras att skillnaderna mellan mäns och kvinnors användning uppstår i gymnasieåldern samt att de förstärks när man ser till mer frekvent användning. Män i 20–25-årsåldern är den befolkningsgrupp som allra oftast använder cannabis.

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

Även om studier av 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. Men det är känt från olika undersökningar 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 syns ännu tydligare vid aktuell konsumtion. Det betyder att de som prövar narkotika och sedan fortsätter använda narkotika ofta skiljer ut sig när det gäller de 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. Man kan se det som att det var under den perioden det moderna narkotikamissbrukets etablerade sig i Sverige. Tillgängliga data tyder på en viss stabilisering av det allvarigare missbruket under början av 1970-talet. Andra halvan av 1970-talet uppvisade narkotikabrotten och narkotikabeslagen återigen en uppåtgående trend, liksom den injektionsrelaterade hepatitmittan och de narkotikarelaterade dödsfallen. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i landet.

Med utgångspunkt från en stockholmsundersökning från 1967 uppskattades antalet personer med ”tungt missbruk” till 6 000. 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 hur ofta) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste fyra veckorna. Utifrån de ovan presenterade uppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten allra högst perioden 1992–1998.

År 1998 dominerade amfetaminet missbruket för ca 32 procent medan 28 procent hade opiater som dominerande drog. I tidigare kartläggningar tog amfetaminet en större plats. För åtta procent var cannabis dominerande preparat 1998, vilket var en nedgång mot tidigare.

Vissa beräkningar av problematisk narkotikaanvändning under 2000-talet har presenterats men eftersom de gjorts med andra metoder är det svårt att jämföra med de tidigare kartläggningarna. De nyare beräkningarna tyder dock inte på att det skulle ha skett någon direkt positiv utveckling när det gäller den mest problematiska narkotikaanvändningen.

Andelen kvinnor med tungt missbruk har legat tämligen stabilt runt en knapp fjärdedel i kartläggningarna. Detta är högre än andelen narkotikabrottslagför-

Sammanfattning

da kvinnor (ca 14 procent) men lägre än andelen kvinnor som vårdats på sjukhus p g a narkotikamissbruk (omkring 34 procent). Med kartläggningarna som utgångspunkt kan man alltså dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade sett till vårdbehov.

I brist på direkta mått över utvecklingen av den mera problematiska narkotikaanvändningen är man hänvisad till indikativa källor, d v s uppgifter som indirekt kan tänkas spegla effekter av missbruk, t ex kriminal- eller dödsorsaksstatistik. Ett tydligt mönster i kartläggningarna är det tyngre narkotikamissbrukets koncentration till storstadsregionerna. Detta mönster återfinns även i olika indikatorer rörande narkotikabeslag liksom narkotikarelaterad kriminalitet, sjuklighet och dödlighet.

Om man jämför de indikatorer vi har med de genomförda kartläggningarna så ger de en någorlunda likartad bild 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 antalet individer slutenvårdade för narkotikamissbruk högre än någonsin under 2009 och denna statistikkälla pekar även på att nyrekryteringen är fortsatt hög.

Mest positivt ser det ut när det gäller de narkotikarelaterade dödsfallen. Där har utvecklingen bromsats in och ligger nu på samma nivå som år 2000. Detta kan eventuellt förklaras av en utökad substitutionsbehandling för opiatmissbrukare, som är den grupp som uppvisar högst överdödlighet. Samtidigt är uppgången fortfarande mycket stor för de kriminalstatistiskt relaterade uppgifterna. Bilden är alltså inte samstämmig. Att de kriminalstatistiska uppgifterna fortfarande pekar tydligt uppåt skulle delvis kunna förklaras av att polisens insatser mot narkotika har ökat i omfattning.

Sammantaget är det inte alldeles enkelt att uttala sig om utvecklingen av det tunga, eller problematiska, missbruket under 2000-talet. Det vi kan se är att situationen i vart fall inte verkar ha förbättrats jämfört med 1990-talet. Tvärtom pekar flera relevanta indikatorer på en försämring de senare åren. Detta bland annat i ljuset av att narkotika idag är förhållandevis lätt tillgängligt.

Andelen ungdomar som prövat narkotika är relativt låg i Sverige jämfört med andra EU-länder. Det gäller även mindre allvarlig konsumtion i befolkningen i stort. Men om man jämför uppgifter om problematisk narkotikaanvändning och narkotikarelaterade dödsfall ligger Sverige inte lika bra till.

Sniffningsutvecklingen

Under 1950-talet uppmärksammades sniffning som ett fenomen bland ungdomar. Med sniffning menade man då inhalering av lösningsmedel som thinner, lim och liknande. Idag används flera sniffningsmedel och sedan slutet av 1980-talet har olika typer av gaser som butangas och aerosoler blivit vanligare sniffningsmedel.

Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 minskade sniffningen markant i slutet av 1970-talet, en nedgång som i viss mån fortsatte under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter jämförelsevis ovanliga; då svarade fem procent av eleverna att de sniffat. Tio år senare hade andelen fördubblats, men under 2000-talet har sniffningen gått tillbaka igen.

I den mån vi har jämförbara data från mönstringsundersökningen så visar de ungefär samma utveckling som för skoleleverna. Även i USA hade man en liknande upp- och nedgång i sniffningserfarenheterna under 1990-talet.

Ända sedan början av 1970-talet har det varit något vanligare med sniffningserfarenheter bland pojkar än bland flickor.

Ofta kan man se regionala skillnader när det gäller användning av olika droger. För sniffning däremot verkar det enligt tillgängliga frågeundersökningar inte finnas några större olikheter mellan storstäder och mindre städer. Sniffningserfarenheterna verkar idag vara relativt jämt fördelade över riket.

Bland skoleleverna i årskurs 9 var det 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. Dessutom var det år 2009 något vanligare bland dem som sniffat att uppge att vandalism var vanligt i bostadsområdet, samma mönster finns bland ungdomarna i gymnasiet. För flickor i gymnasiet var det däremot ingen skillnad mellan dem som hade sniffningserfarenhet och inte, när det gäller upplevd vandalism i bostadsområdet.

Kunskaperna om sniffning bland vuxna är begränsade. I undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning 1992 och 1998 framkom att en till två procent av narkotikamissbrukarna hade lösningsmedel som ett av flera missbruksmedel. Av tvångsvårdade vuxna har sedan 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 hade spridits till andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym. I SOU 2008:120 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 lagen utökades 1999 till att även omfatta konsumtion, samtidigt som straffsatserna höjdes. Allra vanligast av de förbjudna preparaten är anabola androgena steroider (AAS), vanligen kallade anabola steroider.

Ända sedan dopningsfrågor introducerades i riksrepresentativa undersökningar i början av 1990-talets har omkring en procent av yngre manliga respondenter svarat att de någon gång prövat AAS. Storleksordningen är i linje med ungdomsundersökningar i flera andra europeiska länder, men något lägre än i exempelvis USA och vissa länder i Östeuropa.

I och med att få respondenter i frågeundersökningar uppger att de har erfarenhet av anabola steroider ger undersökningarna inget säkert underlag för att bedöma omfattningen av mera aktuell eller regelbunden användning. En uppskattning gjord utifrån en brevenkät genomförd under 2008 uppskattar att ca 9 000 män i åldrarna 18–34 år har använt anabola steroider någon gång under de senaste tolv månaderna.

Erfarenhet av tillväxthormon är mer sällsynt och det är även ovanligt att kvinnor rapporterar erfarenhet av hormondopningsmedel. När det gäller ungdomar har man konstaterat kopplingar mellan dopningserfarenhet och omfattande alkoholkonsumtion liksom kopplingar till erfarenhet av narkotika och andra droger.

Beslags- och kriminalstatistiken har pekat uppåt för dopningen under en tid. Sedan 1998 är tullens och polisens beslagsuppgifter jämförbara och fr o m detta år har beslagsantalen mer än tredubblats samtidigt som mängderna ökat. Av kriminalstatistiken framgår samma utveckling för antalet lagförda för dopningsbrott. Cirka 60 procent 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. Andelen misstänkta 30 år och äldre ökade med tolv procentenheter mellan 2003 och 2009, något som kan peka på att nyrekryteringen avtagit.

När kriminalstatistiska uppgifter används är det dock viktigt att beakta att lagstiftningen rörande dopningsbrott skärpts och att statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper har förbättrats genom åren. Även ändrade prioriteringar inom rättsväsendet kan påverka utvecklingen. Narkotikabeslagen har

också ökat kraftigt sedan 1990-talets början utan att vi drar slutsatsen att narkotikakonsumtionen ökat i motsvarande grad.

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

Tobaksutvecklingen

Fram till andra världskrigets slut steg årsförsäljningen av cigaretter aldrig över 500 stycken per person 15 år och äldre. Försäljningen ökade sedan och nådde en topp 1976 om ca 1 800 cigaretter. Därefter har försäljningen mer än halverats; 2009 såldes drygt 780 cigaretter per person 15 år och äldre. SO-RADs monitorundersökningar visar den totala cigarettkonsumtionen, försäljningen inklusive smuggling och privat införsel. De visar på en konsumtion per person som är något högre, men den följer samma utveckling (sedan 2003 då mätningen startade).

I linje med den vikande cigarettförsäljningen har också konsumtionen gått ned. För över 50 år sedan var rökning vanligast bland män. År 1946 var 50 procent av männen regelbundna rökare och motsvarande siffra för kvinnorna var nio procent. År 1963 hade män och kvinnor närmast sig varandra (49 respektive 23 procent) och 1980 rökte 36 respektive 29 procent av 16–84-åringarna. Därefter har det alltså skett en nedgång i rökningen även bland kvinnorna, 2008/2009 var andelen dagligrökande män 13 procent medan motsvarande andel bland kvinnorna var 16 procent.

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.

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 början av 1990-talet har rökningen gått ned till nio procent bland pojkarna och tolv procent bland flickorna (2009). I gymnasiets andra årskurs svarar tio respektive 17 procent att de röker dagligen, i genomsnitt om man ser till de senaste fem årens undersökningar.

Sammanfattning

Snusförsäljningen ökade stadigt mellan 1970 och 2002 – från cirka 400 till 920 gram per år och invånare 15 år och äldre. Försäljningen har stabiliserats på en lägre nivå de tre senaste åren.

Även konsumtionen ökade samma period. Enligt Statistiska Centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden var 17 procent av männen dagligsnusare i slutet av 1980-talet. Andelen ökade därefter något för att sedan sjunka de senaste åren (21 procent 2008/2009). Andelen kvinnor var en procent 1988/89 och tre procent 2008/2009.

Bland skolelever är snusning mycket vanligare bland pojkar än bland flickor, 2009 svarade 15 procent av pojkarna och fyra procent av flickorna i årskurs nio att de snusar. 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 tio procent av kvinnorna under åren 2004–2009.

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla samhällsskikt. För 50 år sedan var rökningen allra mest utbredd i mera välsituerade grupper, nu är förhållandet det omvända. Det är vanligare bland arbetare, bland ekonomiskt utsatta och bland låginkomsttagare att röka dagligen.

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

Rökning medför medicinska snarare än sociala skadeverkningar och sambandet mellan rökning och ohälsa är välkänt. Enligt en svensk beräkning bidrar tobak till tio procent av sjukdomsördan i Sverige.

Mönstret för utvecklingen av rökningrelaterade dödsfall stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig av konsumtions- och försäljningsstatistiken. Dödligheten har minskat bland männen men bland kvinnorna har nedgången varit mindre och kommit senare, så statistiken pekar inte på någon minskning i rökningrelaterade dödsfall för dem. Under första halvan av 2000-talet var dödligheten i lungcancer bland män i genomsnitt 45 per 100 000 och 28 per 100 000 bland kvinnor, alltså fortfarande betydligt högre bland män än bland kvinnor.

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 viktigare 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 jämlikt.
- 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.
- 2006** En ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 lades fram av regeringen i proposition 2005/06:30. Där fastslås att

Alkoholutvecklingen

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.

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.

2008 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.

Alkoholpolitiska händelser 2009–2010

I alkohollagsutredningen som presenterades i mars 2009 föreslogs bland annat att kravet på köksutrustning och lagad mat ska få en annan utformning vilket skulle ge sushi- och vegetariska restauranger tillstånd att servera alkohol (SOU 2009:22). Regeringens förslag till ny alkohollag (prop. 2009/10:125) överlämnades till riksdagen den 18 mars 2010.

I januari 2010 kom diskussionspromemorian av Missbruksutredningen ut, i enlighet med beslutet om en översyn av den svenska missbruks- och beroendevården (Dir. 2008:48). Utredningens två mest centrala områden gällde kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk eller beroende.

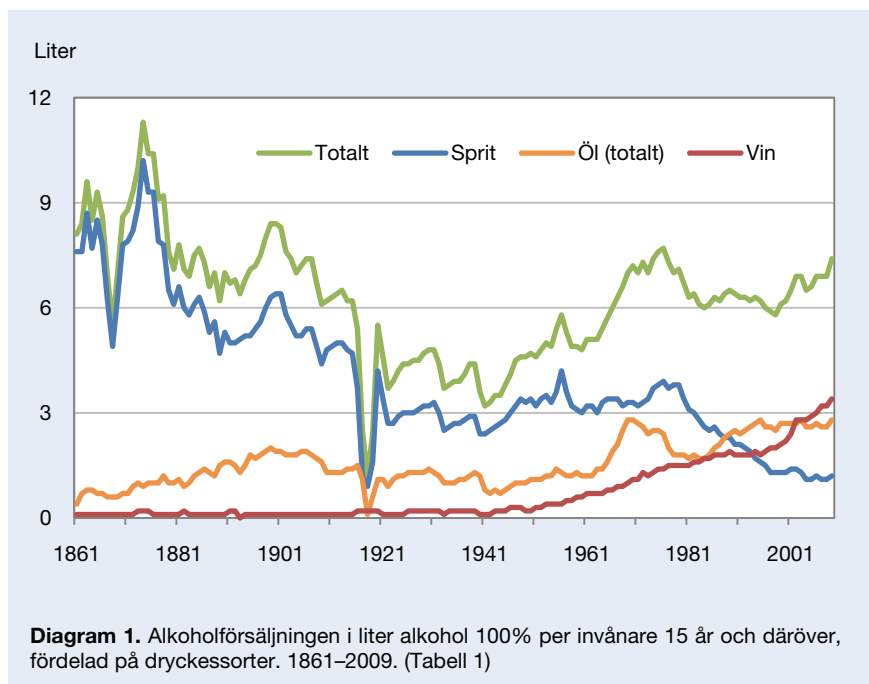
Försäljningsutvecklingen

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 SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet).

I diagram 1 redovisas försäljningen¹ 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 Statistik och text över regional försäljning finns i tidigare upplagor av *Drogutvecklingen i Sverige*.

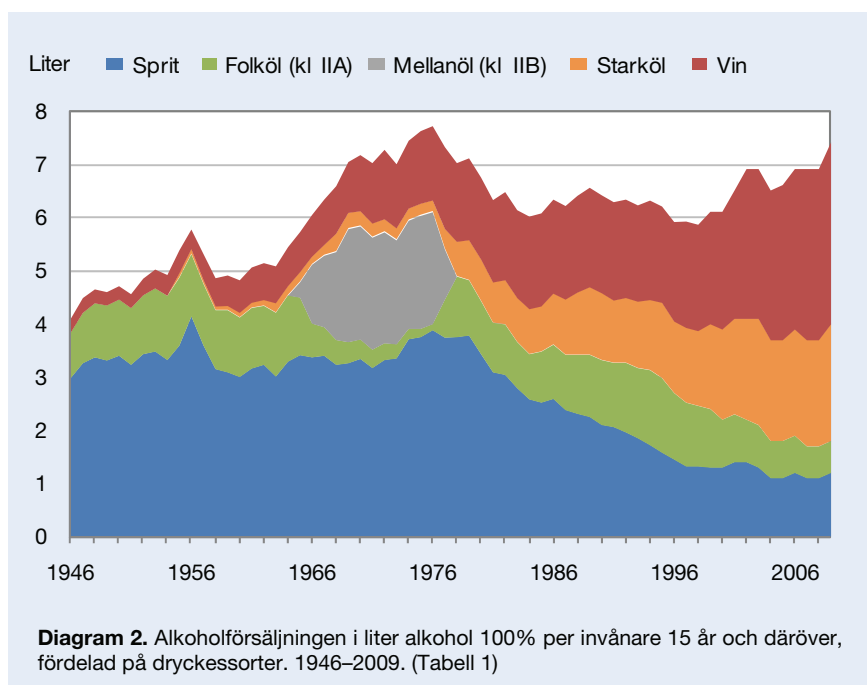
Alkoholutvecklingen

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 fördelad 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 efter det har försäljningen ökat till 7,4 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. Sedan dess har andelen sjunkit till ca 16% de senaste fem åren. I absoluta tal räknat inleddes dock inte nedgången förrän 1980.

Under hela efterkrigstiden har vin ökat i betydelse och de tre senaste åren har vin svarat för 46% av försäljningen. Även starkölet svarar sedan flera år för en klart större andel än spriten och 2009 bidrog denna dryck till 30% av försäljningen. Folkölets andel av totalförsäljningen har halverats under de senaste tio åren och utgjorde 8% 2009.

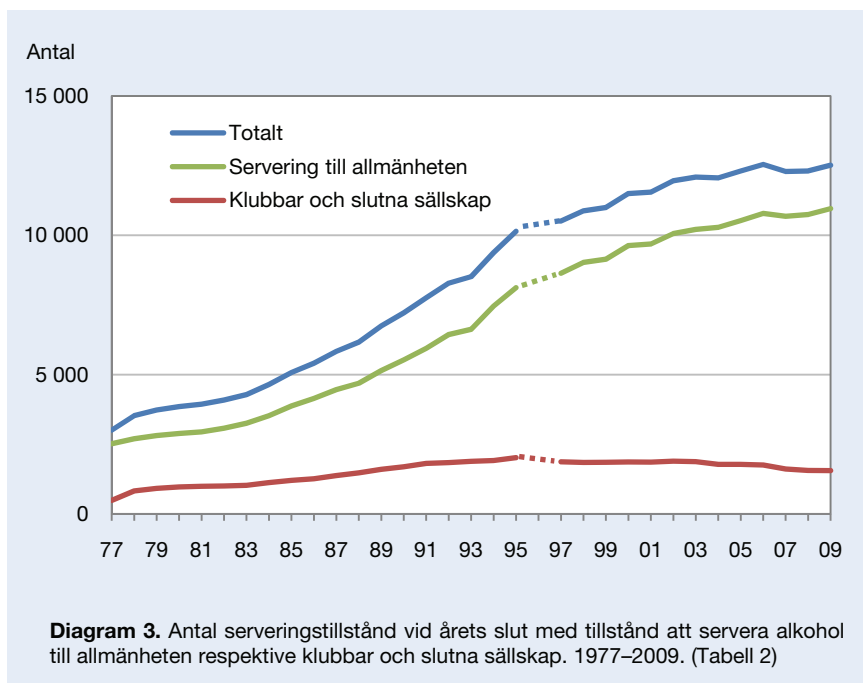
Restaurangförsäljning

Mellan 1977 och 1999 ökade andelen restaurangförsåld alkohol (sprit, vin och starköl) från 5 till 21% – räknat i ren alkohol på den kända försäljningen (tabell 5). Därefter har restaurangkonsumtionens andel sjunkit något, till 16% 2009.

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, 2009 var motsvarande siffra 25%. Andelen vin som konsumeras på restauranger låg under andra hälften av 90-talet och första hälften av 2000-talet på en högre nivå jämfört med början på serien, 1977. År 2009 har den andelen gått ned något och är inte mycket större än den var 1977 (8% 2009 jämfört med 6% 1977). För spriten gäller att dess andel ökat, från runt 3% under 1980-talet till 15% 2009.

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).

Alkoholutvecklingen



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).

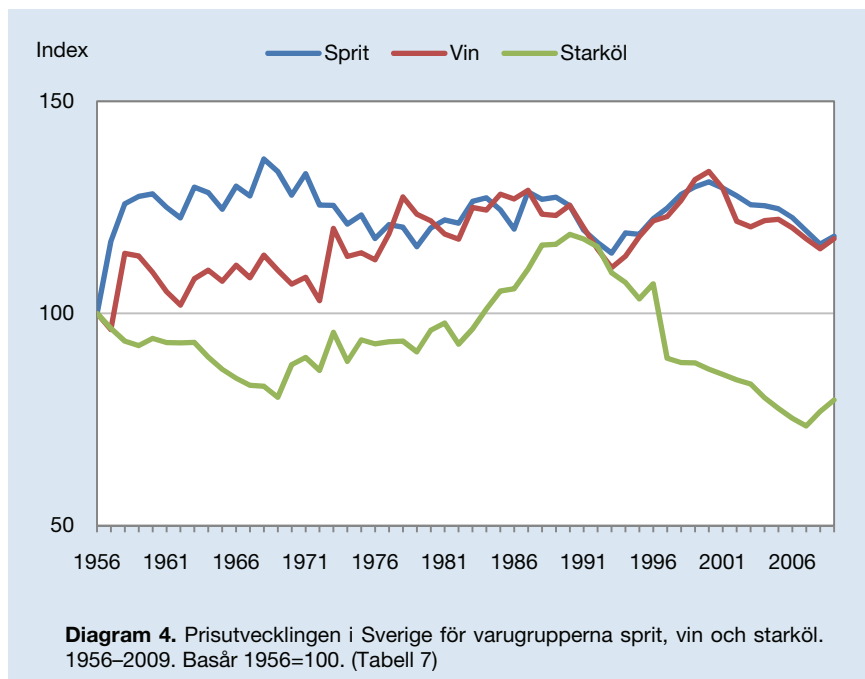
I diagram 4 åskådliggörs prisindexutvecklingen för vin, sprit och starköl sedan 1956, såld via Systembolaget. I prisutvecklingen har hänsyn tagits till inflationen för att få alkoholvarornas prisutveckling i relation till den allmänna prisnivån. Av den orsaken syns inte alltid förändringar i beskattningen av alkoholvarorna då prisutvecklingen bland annat påverkas av skatteändringar på andra varor. Därför går det inte alltid att förklara olika upp och nedgångar i prisutvecklingen.

Det var först vid slutet av 1950-talet som priset på alkohol och således beskattningen av alkohol började användas som ett alkoholpolitiskt instrument. I november 1956 höjdes spritskatten med ca 30% (Johansson 2008), som går att se i diagram 4. Under 1960- och 1970-talet skedde flera skattehöjningar på alkoholdrycker. 1963 höjdes spritskatten med i genomsnitt 12% med en något lägre procentuell höjning för vin. Även 1968 skedde en relativt stor höjning av spritskatten med 9%. Båda dessa ökningar går att se i diagram 4.

Även 1977 och 1980 skedde skattehöjningar av alkohol. Vid årsskiftet 1982/83 samt 1987 höjdes alkoholskatterna igen, men då försäljningen av starköl fortsatte att öka, höjdes ölskatten igen 1987. År 1992 lades alkoholskatterna om så att skatten helt byggde på dryckens alkoholhalt i progressiva skatteskalar (Johansson 2008). Detta innebar stora förändringar i prisförhållandet mellan olika produkter och kan vara en förklaring till att starkölen blir så mycket billigare medans vin- och spritpriserna fortsätter uppåt. Sänkningen av starkölsskatten 1997 syns tydligt, likaså skattesänkningen för vin 2001.

Statens folkhälsoinstitut (2008) redovisar ett prisindex för spritdrycker, vin och starköl med 1995 som basår (tabell 6). Även här syns tydligt sänkningen av starkölsskatten 1997 och sedan dess har ölpriset enligt indexet fortsatt att sjunka fram till 2008. Också skattesänkningen 2001 för vin syns, och vinpriset har sedan sänkningen fortsatt att sjunka något fram till 2009. Priset på sprit har sjunkit under hela 2000-talet fram till 2009.

Med ledning av dessa två index är det uppenbart att de reala priserna för öl, vin och sprit sjunkit i Sverige under 2000-talet. Sett över en längre tid ser det ut som att de reala starkölpriserna har sjunkit men de reala priserna för vin och sprit har ökat sedan basåret 1956. Något som bör hållas i minnet vid en analys av en sådan här prisutveckling är att den visar prisutvecklingen relaterat till övriga varugrupper.



Alkoholutvecklingen

Enligt Statens folkhälsoinstituts prisindex har alkoholpriserna i servering under första halvan av 2000-talet ökat samtidigt som priserna i detaljhandeln har sjunkit. Detta går att se i tabell 6 där priset på vin är det som ökat mest under perioden. 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 den i detaljhandeln.

Oregistrerad och total alkoholkonsumtion

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

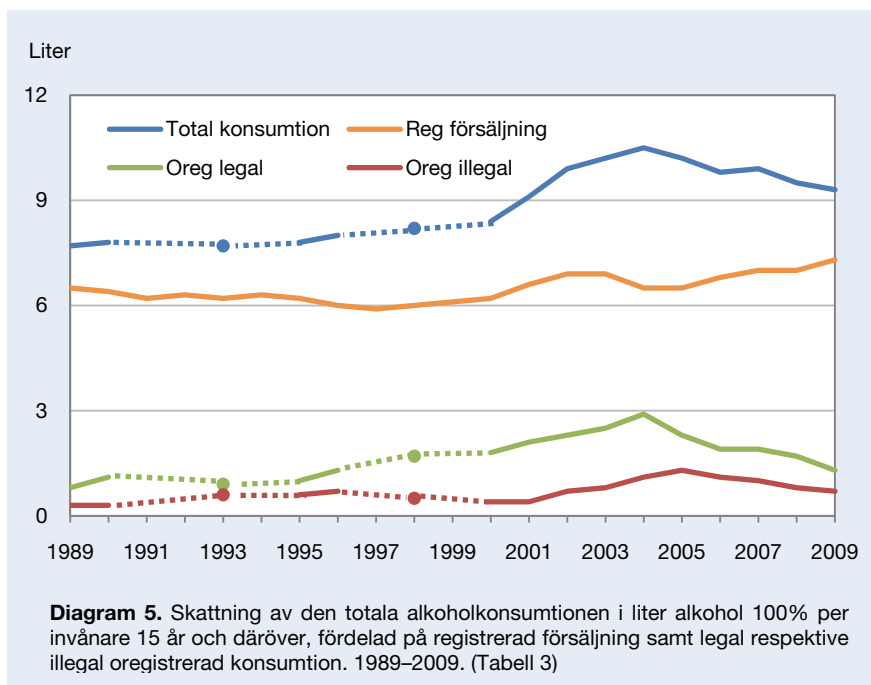
Sedan juni 2000 gör SoRAD regelbundna intervjuundersökningar i den vuxna befolkningen för att uppskatta denna. Genom att applicera svar om anskaffningssättet för enskilda alkoholtyper på den registrerade försäljningen kan ett estimat erhållas på den totala konsumtionen. I varierande grad görs även kompletteringar och justeringar på bortfall av storkonsumenter och dessa justeringar höjer den uppskattade totalkonsumtionen med 3–4% (Andréasson och Allebeck 2005). Trots att olika problem är förknippade med denna metod bedöms mätningarna² 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 5). Sedan toppnoteringen 2004 har den oregistrerade konsumtionen minskat till 2 liter år 2009.

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 2009 har konsumtionen beräknats till 9,3 liter ren alkohol. Detta innebär att den totala konsumtionen sjunkit med mer än 1 liter sedan 2004 (från 10,5 till 9,3 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 2009 utgjorde den illegala delen av den oregistrerade konsumtionen 0,7 av totalt 2 liter.

² 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.



Av den totala konsumtionen utgjorde andelen registrerad alkohol 2009 78% och andelen oregistrerad således 22%. 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%.

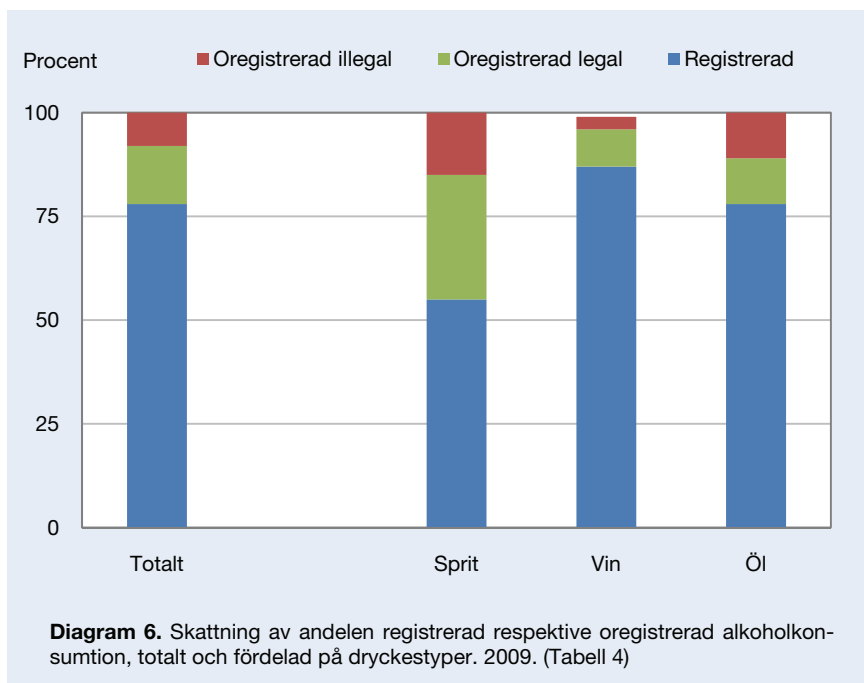
Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 4 framkommer att 2009 härrörde 7% av alkoholkonsumtionen från illegala källor³ medan cirka 1% var legalt hemtillverkad. Restauranger och livsmedelsbutiker sålde 16% av alkoholen och Systembolaget 61%, och 13% av konsumtionen hade sitt ursprung i resandeförsel.

En jämförelse av olika dryckers bidrag till konsumtionen 2009 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 41% och ölandelen till 36% (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 6. Av diagrammet framgår att 45% av all konsumerad sprit är oregistrere-

³ Främst smuggling men även en del hembränning.

Alkoholutvecklingen



rad medan detta bara gäller runt 22% av ölet och 12% 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. Sedan dess har den oregistrerade konsumtionen dock minskat. Den totala konsumtionen för 2009 har skattats till 9,3 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 utveck-

ling, och en ännu bättre bild fås när uppgifterna kompletteras med information om oregistrerad konsumtion. 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 ofta 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

Icke-konsumenter

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 icke-konsumenterna till 20% under 1980-talet. Under 2000-talet har andelen 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 trend⁴ som den ovan redovisade (tabell 16). Mellan 2000–2006 undersöktes 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 (Nilsson och Klöfver 1984) går att läsa att enligt RUS-undersökningen 1968, klassades 12% av männen och 28% av kvinnorna (15–70 år) som icke-konsumenter. Drygt 10 år senare, 1979, beräknades icke-konsumenterna, enligt 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 åldrarna

⁴ Jämförelsen försvåras dock av att nya alkoholfrågor infördes i mönstringsformuläret år 2000. Denna undersökning upphörde år 2006.

Alkoholutvecklingen

16–75 år att de inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna (Helmersson-Bergmark 2001).

Av enkätundersökningen om levnadsvanor i befolkningen 16–84 år initierad av Statens folkhälsoinstitut 2004, framgår att icke-konsumtion i hela befolkningen 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 2010 till 12% av männen och 17% av kvinnorna (tabell 22).

Även om frågemetoder och åldersintervall i dessa studier inte är desamma fullt ut kan man ändå dra slutsatsen, inte minst med stöd av liknande undersökningar, att andelen icke-konsumenter i befolkningen troligen minskat efter 1960-talets slut. Detta medan andelen icke-konsumenter istället ökat bland eleverna i årskurs 9, både sett på lång sikt och under 2000-talet, även i gymnasiet har andelen icke-konsumenter ökat, sedan 2004.

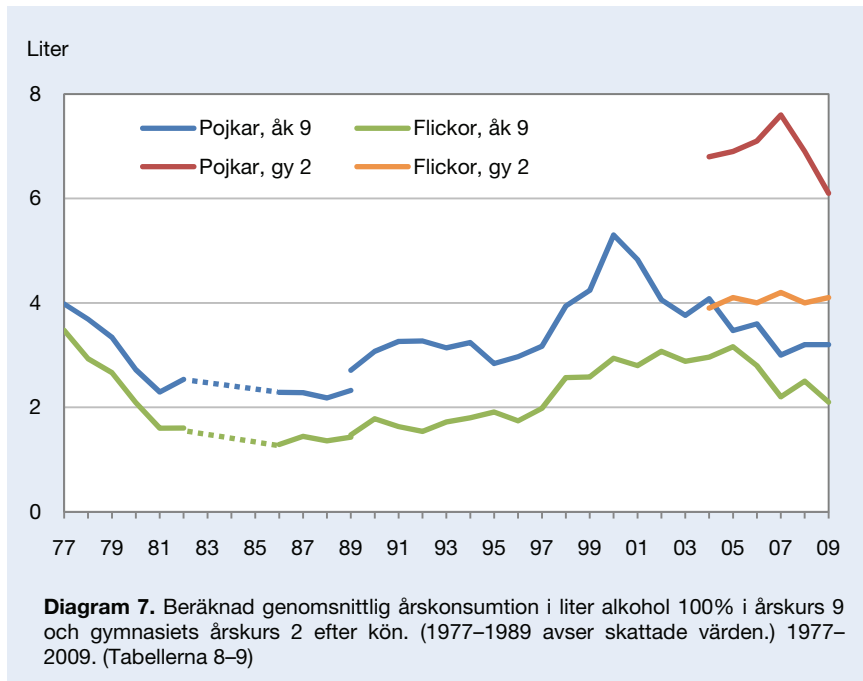
Totalkonsumtion

Utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol för nian och gymnasiets årskurs 2 framgår av diagram 7. 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 beräkningsmetoderna⁵ och åtminstone för pojkarna innebar detta en ökning av den uppmätta konsumtionen enligt de alternativa värdena för samma år (2,7 liter för pojkarna och 1,5 för flickorna).

Mellan 1989–2005 var konsumtionstrenden mer eller mindre uppåtgående för flickorna, de senaste 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 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).

⁵ Bland niondeklassarna är beräkningen för åren 1977 till 1989 (uppgifter saknas för åren 1983–85) gjord med utgångspunkt från klassmitten av den skattade årskonsumtionen för varje indexvärde. Från och med 1989 finns emellertid möjligheter att beräkna medelvärdet direkt från varje respondents svar på alkoholfrågorna (Hvitfeldt och Gripe 2009).

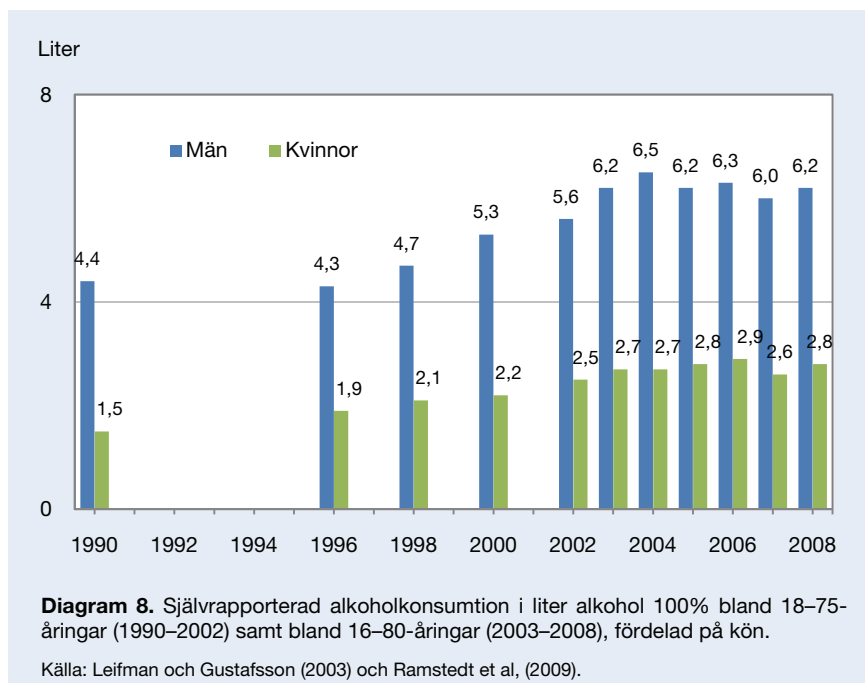


I den vuxna befolkningen finns det dåligt med undersökningar som speglar utvecklingen över tid. I stället redovisas här flera kortare undersökningar i ett försök att skapa en helhetsbild.

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

I diagram 8 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

Alkoholutvecklingen



Gustafsson, 2003) och visar att konsumtionen ökat bland såväl män som kvinnor, en ökning med ca 30% mellan 1996 och 2002⁶.

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 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 alltså sedan 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 25). 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.

⁶ 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.

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 tydligt minskar linjärt med åldern så är kvinnornas konsumtion jämnare fördelad, bortsett från den äldsta åldersgruppen. Den självrapporterade konsumtionen uppräknas 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 liter. 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. Kvinnor mellan 30–64 år dricker enligt monitormätningarna runt 45–50% av vad männen gör och i den äldsta åldersgruppen ökar åter skillnaderna.

Intensivkonsumtion

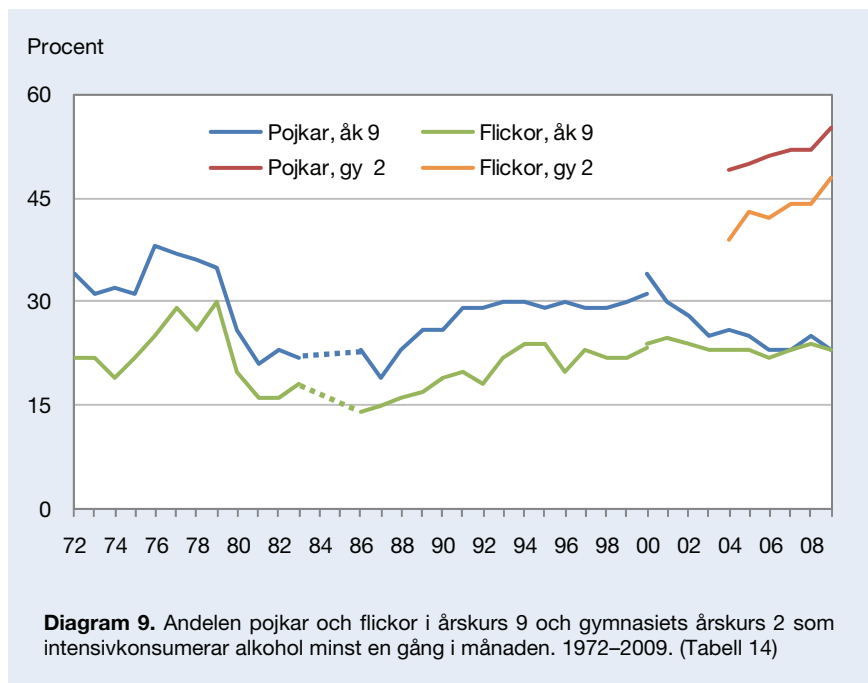
Det finns inte ett enhetligt sätt att mäta så kallad intensivkonsumtion eller storkonsumtion på och olika uttryck och olika definitioner av dessa används. I undersökningarna av skolelevs drogvanor används uttrycket intensivkonsumtion, och här avses konsumtion av en alkoholmängd motsvarande en flaska vin eller mera vid ett tillfälle. I Statens folkhälsoinstituts årliga undersökning används uttrycket riskabel alkoholkonsumtion och i monitorundersökningarna undersöks både riskkonsumtion och intensivkonsumtion. På grund av en betydande skillnad i definitionen av olika typer av konsumtion är det här särskilt viktigt att hålla isär olika undersökningar.

Utvecklingen av intensivkonsumtionen⁷ 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 intensivkonsume-

⁷ 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. Det bör observeras att de uppräknade mängderna för respektive alkoholsort i frågan inte är helt likvärdiga i sammanlagd alkoholhalt. Syftet är emellertid att få en uppfattning om hur ofta eleverna dricker stora mängder alkohol, och inte hur ofta en viss mängd 100-procentig alkohol konsumeras.

Alkoholutvecklingen



rar 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 ”kvartering” 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 intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden. Detta är, vilket går att se i diagram 9, väsentligt högre nivåer än i nian.

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).

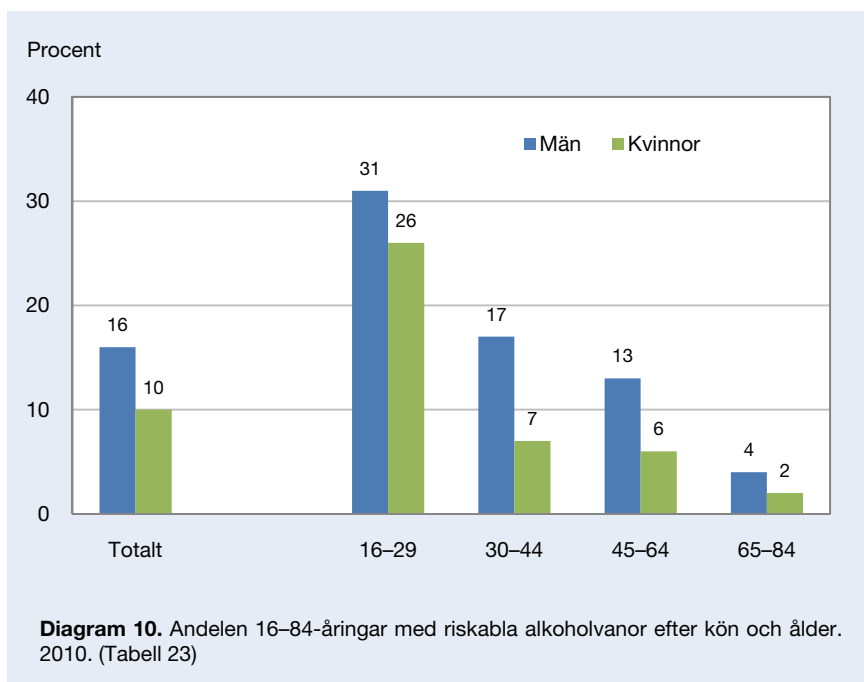
I den vuxna befolkningen gäller återigen att antalet studier är begränsade. Som framgått tidigare har den totala konsumtionen ökat sedan 1990-talet. I SOU 2005:25 påvisas i linje med detta en uppgång av andelen 16–75-åringar som i olika frågeundersökningar rapporterat att de är storkonsumenter av al-

kohol⁸. År 1996 klassades 5% av männen och 2% av kvinnorna som storkonsumenter, 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 2004⁹. År 2004 svarade 48% av männen och 15% av kvinnorna att de intensivkonsumerade minst en gång i månaden. Parallellt med att totalkonsumtionen ökade tenderade alltså mera riskabla konsumtionsformer att bli vanligare.

Det framgick 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.

Folkhälsoenkäten som initierades 2004 av Statens folkhälsoinstitut mäter andelen riskkonsumenter¹⁰ i befolkningen, 16–84 år. Andelen riskkonsumenter har legat runt 17% bland männen och 10% bland kvinnorna under hela undersökningsperioden 2004–2010 (tabell 23). Andelen med riskabla alkohol-



⁸ I det sammanhanget avsågs personer som i snitt dricker mer än 30 gram alkohol per dag.

⁹ Här åsyftas att dricka alkohol motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle.

¹⁰ Begreppet riskkonsument definieras närmare i metodkapitlet men utgörs bland annat av de tre första frågorna i AUDIT-testet.

Alkoholutvecklingen

vanor är störst i åldersgruppen 16–29 år där 31% 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.

Även SoRAD har i monitorundersökningarna (2009) ett mått på riskkonsumtion¹¹ enligt deras definition bedömdes, 2008, ca 10% av männen och 6% av kvinnorna vara riskkonsumenter. Högst andel riskkonsumenter återfanns bland de yngre samt lägst andel bland de äldsta.

Monitormätningarna (2009) mäter även intensivkonsumtion¹² och närmare 40% av männen uppges ha intensivkonsumerat minst en gång under de senaste 30 dagarna jämfört med ca 15% av kvinnorna (2008). Intensivkonsumtion var vanligast i den yngre ålderskategorin (16–29 år) där närmare 50% av männen och 30% av kvinnorna hade intensivkonsumerat under de senaste 30 dagarna. Andelen sjunker sedan med åldern. Enligt rapporten har andelen personer som intensivkonsumerat de senaste 30 dagarna sjunkit under perioden 2002 och 2008.

Det är som tidigare nämnts problematiskt att göra jämförelser mellan undersökningar på grund av metodskillnader. 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. Sedan 2004 då Statens folkhälsoinstitut började undersöka alkoholvanor i befolkningen har inga stora förändringar skett vad gäller riskabelt alkoholbruk och i gymnasiets år 2 har inga större förändringar skett vad gäller intensivkonsumtion. Vad gäller årskurs 9 kan man skönja en nedgång i intensivkonsumtionen hos pojkarna, medan andelen flickor har varit stabil under perioden.

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 och folköl och bidrog till 38% av konsumtionen 2009 (tabell 8). Sprit är nu tvåa (28%), blanddrycker trea (22%), därefter 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 (tabell 9). För flickornas

¹¹ Uppdelningen är: män som druckit mer än 30 gram alkohol (motsvarar ungefär två 15 cl glas vin) per dag och kvinnor som druckit mer än 20 gram alkohol (motsvarar drygt ett glas vin) per dag.

¹² Frågan som ligger till grund för analysen lyder; "Hur ofta har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst en flaska vin (75 cl) eller 5 snapsglas (25 cl) eller fyra burkar starköl eller starkcider eller sex burkar folköl?"

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 17). 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 19–21 redovisar hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder (16–24 år) i ungdomsundersökningarna (år 1979/80–2003). Det framgår att folköl och blanddrycker minskar i betydelse med ålder hos männen, medan starköl och sprit behåller positionerna som de vanligaste dryckerna, även om också vin ökar relativt mycket.

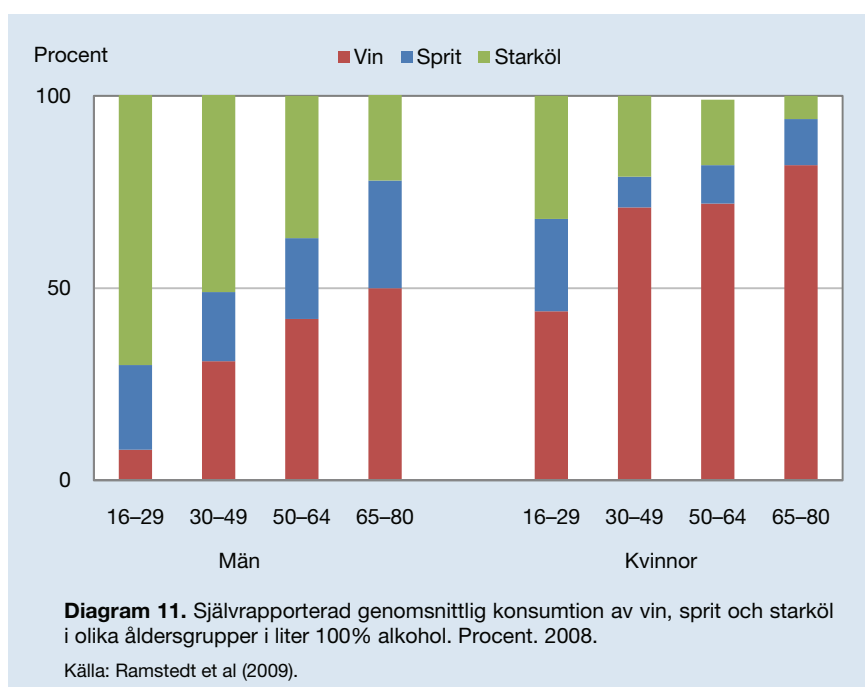
Bland kvinnorna är konsumtionen jämnare fördelad mellan olika dryckestyper. I den äldre åldersgruppen (20–24 år) ökar konsumtionen av alla drycker förutom sprit. Blanddrycker utgör det största enskilda inslaget bland de yngre kvinnorna medan vin ger störst bidrag till konsumtionen bland de äldre.

I befolkningen i stort har inslaget av öl och vin ökat under flera årtionden, med en minskning av spritandelen som en logisk konsekvens. Om man studerar de förändringar i dryckespreferenser som framkommer i TEMOs undersökningar från 1980- och 1990-talen (ålder 18–70 år) framträder för männen främst nedgångar i sprit- och starkvinskonsumtionen samtidigt som ökningar av starkölskonsumtionen inträffat (tabell 26). Från och med 1990-talets första hälft överstiger starkölet spritens bidrag till männens konsumtion, mätt i 100% alkohol. För kvinnornas del tenderar sprit att minska under perioden (tabell 27) medan starköl ökar, men mest slående är att vinet under hela tiden bidragit med bortåt hälften av den totala konsumtionen.

SoRAD¹³ redovisar från monitorprojektet (Ramstedt, et al 2009) män och kvinnors val av alkoholsort mellan åren 2003–2008. I diagram 11 visas fördelningen på alkoholsorter år 2008. Vin är det överlägset vanligaste dryckesvalet bland kvinnor och står för ca 66%, starköl står för ca 20% och sprit för ca 14%. Bland män är starköl vanligast och utgör ungefär hälften av konsumtionen, följt av vin (32%) och sprit (21%). Som åskådliggörs i diagrammet förändras dryckespreferenserna beroende på ålder. Särskilt för män är detta tydligt då vin utgör den vanligaste alkoholsorten i de två äldsta åldersgrupperna.

¹³ Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning.

Alkoholutvecklingen



I den mån det går att jämföra kan man se att för pojkar i gymnasiet år 2 utgörs 46% av alkoholkonsumtionen av starköl, och för män 16-29 år enligt SoRADs monitorundersökning, utgör starkölen 70%. Starkölens andel minskar sedan, ålderskontinuerligt. För flickor på gymnasiet utgör vin endast 17% av alkoholkonsumtionen medan den för kvinnor 16-29 år utgör 44% för att sedan öka och står för 82% i den äldsta åldersgruppen (65-80 år). Både män och kvinnor rör sig alltså mot en större vinkonsumtion ju äldre åldersgrupp de tillhör.

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 på 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). Skillnader i män och kvinnors alkoholintag finns alltså redan i högstadieåldern, men de blir tydligare i gymnasieåldern. Det är således någonstans i 16–18-årsåldern som de större könsskillnaderna 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 8 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 2003–2008 har kvinnornas andel av alkoholkonsumtionen, enligt SoRADs monitormätningar, legat rätt stabilt på runt 45% av männens.

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 visar bland annat 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 glesbygdsområden (Guttormsson et al 2004).

Alkoholvanornas regionala fördelning för elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 för åren 2007–2009¹⁴ framgår av tabell 15. Den högsta totalkonsumtionen bland pojkarna i årskurs 9 står Skåne län för (4,2 liter ren alkohol), me-

¹⁴ Flera år måste slås samman på urvalet för att möjliggöra regionala nedbrytningar.

Alkoholutvecklingen

dan konsumtionen var lägst i norra Sverige¹⁵ (2,3 liter). Bland flickorna är variationerna mindre men den högsta konsumtionen återfinns i Stockholms och Skåne län (2,6 liter). Även bland flickorna var konsumtionen lägst i norra Sverige (1,7 liter). Norra Sverige uppvisade även lägst siffror vad gäller intensivkonsumtion för både pojkar och flickor. I gymnasiets årskurs 2 finns de regionala variationerna kvar, även om Stockholms län var följt av Västra Götalands län istället för Skåne län, vad gäller flickornas alkoholkonsumtion.

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). De senaste årens nedgång i alkoholkonsumtionen har varit 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) (Boman et al, 2007).

Enligt SoRAD konsumerades, 2008, störst mängd alkohol i Stockholms och Västra Götalands län, 10,2 liter (per person 15 år och äldre), lägst konsumtion uppmättes i Norrland¹⁶ men skillnaden jämfört med 2001 har minskat betydligt (Ramstedt et al 2009).

Statens folkhälsoinstituts undersökning om levnadsvanor fann att riskkonsumtionen av alkohol 2004 var störst i Stockholm och lägst i norra regionen, både för män och 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.

Det verkar således som att den högsta alkoholkonsumtionen vanligen återfinns i Stockholms län och vissa södra regioner och den lägsta konsumtionen i norra Sverige. Vad gäller intensivkonsumtion/riskkonsumtion så följer detta beteende med vissa undantag samma mönster, med lägst andel riskkonsum-

¹⁵ Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

¹⁶ Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

menter i norra Sverige och högst andel i Stockholm och vissa av de södra regionerna.

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 årskurs 9, i 2009 års skolundersökning, framkommer att bland dem som intensivkonsumerar¹⁷ 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.

Både i årskurs 9 och i gymnasiets 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

¹⁷ 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.

Alkoholutvecklingen

till medel socioekonomisk status (WHO 2006). Och 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.

Folkhälsoenkäten 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.)

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 sextiotal 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 sjukdomsördan 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. Skattningarna 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 hade 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.

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 redovi-

Alkoholutvecklingen

sa ett systems åtgärder, nämligen att uppgifterna påverkas av systemets operativa egenskaper såväl som av faktiska förändringar i den företeelse som skall mätas. Ett exempel på detta är den tillfälliga nedgång som skedde 1977 i samband med införandet av den nya lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB).

Till detta ska även läggas en stor tveksamhet rörande LOB-statistikens giltighet som långsiktig indikator på alkoholskadeutvecklingen i form av fylleri på offentlig plats. Det förefaller troligt att den kraftiga nedgång som skett sedan 1980-talets början i mångt och mycket 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 omhändertaga fyllerister, snarare än att det skulle ha skett en kraftig nedgång av fylleriet (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Likafullt kan LOB-statistiken vara meningsfull i ett kortare tidsperspektiv, 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 28). 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 61 800 omhändertaganden under 2009.

Med hänsyn till befolkningen har antalet omhändertagna per 1 000 invånare minskat från 19 till 6 mellan 1980 och 2004 (8 stycken 2009). För männens del är det, trots uppgångar de senaste åren, en nedgång sedan 1980 från 36 till 14 omhändertagna.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 29. Under 2000-talet har antalet omhändertaganden varit flest i Östergötland och Västmanland (i genomsnitt över 10 per 1 000 invånare). På senare år är Kronoborg 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 trafiknykterhetens utveckling för en längre period, anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill följa den faktiska utvecklingen. Rapporteringen påverkas av vilka resurser som tilldelas trafikövervakningen samt i vilken grad kontrollerna är riktade. Antalet sållningsprov ökade exempelvis från 500 000 till 1,8 miljoner 1981–1994. Därefter minskade antalet till 1 miljon 1998 men har sedan ökat och summerade 2008 till 2,5 miljoner (Vägverket 2009). 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 30)¹⁸. 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 de senaste fyra åren legat runt 200 per 100 000 invånare.

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 31¹⁹. En topp med ca 18 400 misstänkta 1991 åtföljdes av en nedgång till ca 9 500 år 1999, men därefter har antalet ökat och uppgick till ca 14 800 år 2009. I synnerhet minskade gruppen under 30 år, medan ökningen efter 2000 kan hänföras till samtliga åldersgrupper. Andelen män har sjunkit något, från 95% 1984 till 89% 2009.

Trafikolyckor

Utvecklingen av alkoholförekomst vid kända olyckor med personskador är en annan indikator på trafiknykterhet. Även här påverkar polisens resurser och

¹⁸ 1999 och 2000 ingår även anmälningar för rattfylleri under påverkan av narkotika, dessa har rensats bort efter 2000 i tabell 30.

¹⁹ Precis som i tabell 31 har trafiknykterhet under påverkan av narkotika rensats bort efter 2000.

Alkoholutvecklingen

prioriteringar statistiken. Polisen får inte alltid kännedom om olyckorna, ibland kommer de till platsen först när förare och eventuella passagerare är borta, ibland rapporterar de inte in statistikblanketten och dessutom kontrolleras inte alla olyckstillbud. Därför utgör antalet misstänkta 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 32 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, vilket inte förklarar den fortsatt högre nivån på antalet misstänkta förare då alkoholkonsumtionen gått ned efter 2004.

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 30% av de alkoholpåverkade förarna var 24 år eller yngre 2008 (tabell 33). 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 snedfördelat 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.

För åren 2006–2009 finns uppgifter om alkoholhalt hos omkomna förare (Trafikanalys 2010). Statistiken uppges vara en underskattning av olaglig alkoholmängd hos omkomna förare, dels på grund av att en del personer saknar uppgift om alkoholhalt i blodet, dels för att de omkomna kan ha haft högre alkoholhalt i blodet vid olyckstillfället än vid obduktionen.

Under 2009 omkom 225 motorfordonsförare. Uppgift om alkoholhalt i blodet saknas för 18% av förarna. Av samtliga omkomna förare 2009 hade åtminstone²⁰ 3% en mängd alkohol som klassificeras som rattfylleri och 18% en nivå som klassas som grovt rattfylleri. Det betyder att totalt 21% hade en olaglig mängd alkohol i blodet.

Rattfylleri bland dödade förare var betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Andelen rattfulla var högst i åldersgruppen 25–44 år.

²⁰ Även de förare med okänd alkoholhalt räknas in bland samtliga förare.

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, eftersom statistiken över frivilligt intagna enligt socialtjänstlagen (SoL) inte särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbrukare.

Enligt LVM-statistiken ökade antalet inneliggande en viss dag mellan 1983 och 1991 (från 229 till 753 personer), men har därefter minskat till 241 personer 2009 (tabell 35). 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 2 200 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2008 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mätillfället 1989 (tabell 34).

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 mätillfället 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.

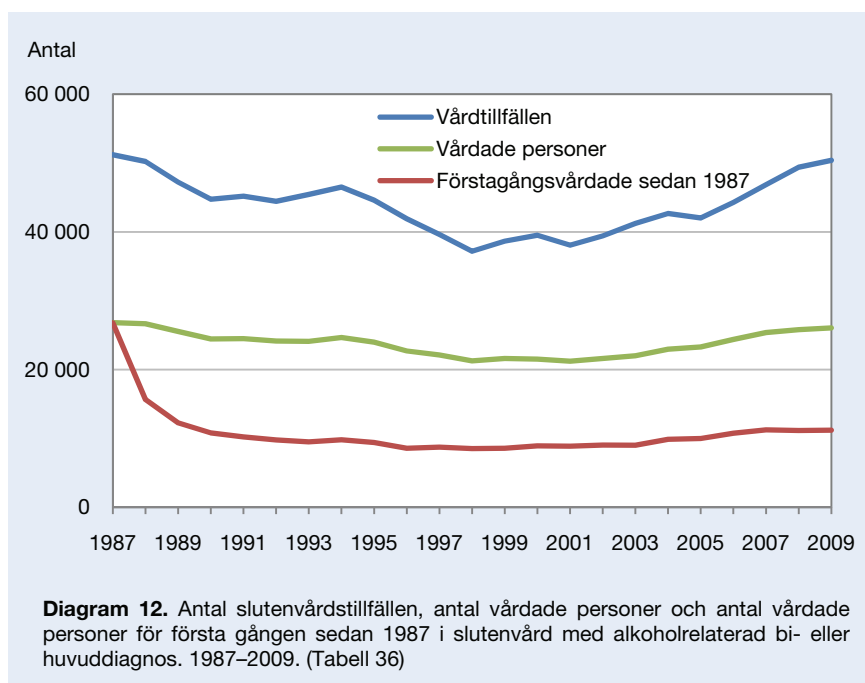
Sjuklighet

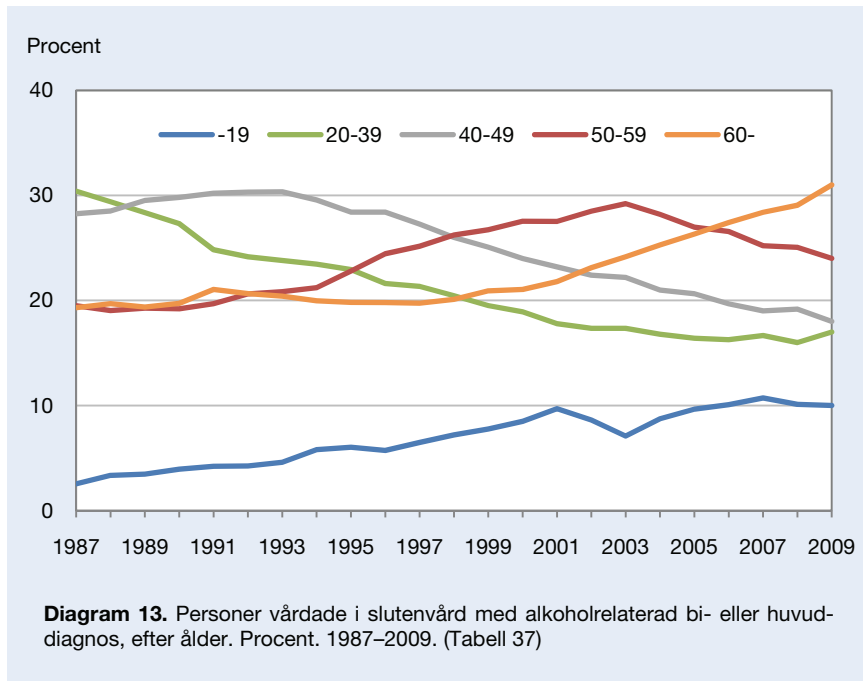
I diagram 12 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987. Tabellen baseras på Socialstyrelsens index över alkoholrelaterad vård och inkluderar ett antal bi- och huvuddiagnoser, såväl psykiatriska som somatiska.

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 2009. 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, mellan 1987 och första hälften av 1990-talet låg andelen på runt 20% och under 2000-talet har den legat på i genomsnitt 25%.

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 2009 finner man att antalet nytillkomna med alkoholrelaterade diagnoser ökat till ca 11 200 personer, vilket är en uppgång med drygt 30%.

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). I 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 (31% 2009). 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 index²¹ över utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten dels redovisas utvecklingen separat för le-

²¹ Se kapitlet Metod och tillförlitlighet för beskrivning av dödsorsaksstatistiken.

Alkoholutvecklingen

vercirrhos, alkoholberoende, alkoholpsykos och alkoholförgiftning (såväl underliggande som bidragande diagnoser).

Utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall²² 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 2008 var ca 1 680 av de omkomna män och ca 460 kvinnor. Av diagram 15 framgår att dödligheten bland män har minskat jämfört med 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 till 35 – men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period. Under 2000-talet har dödligheten bland kvinnor legat på 9 dödsfall per 100 000.

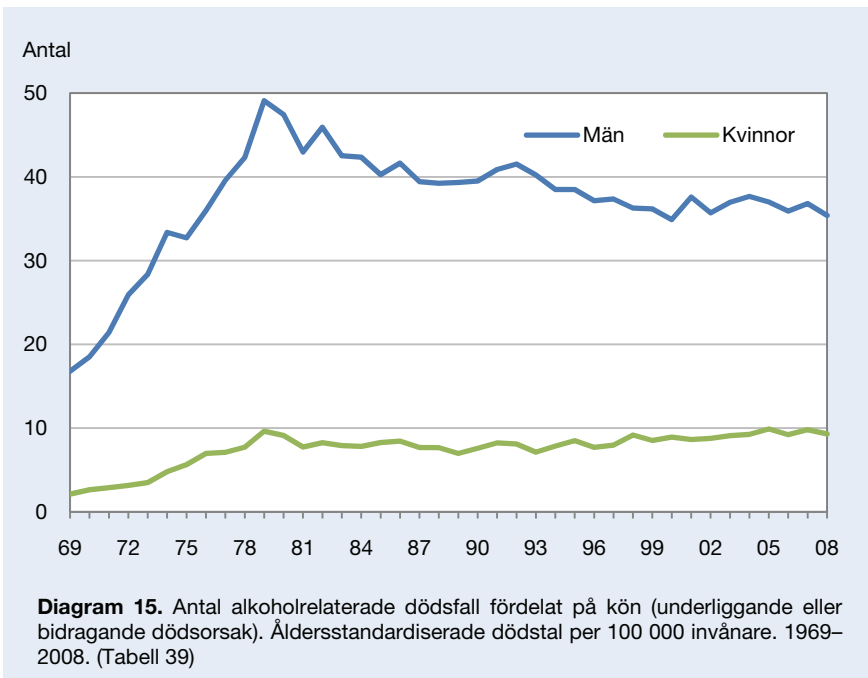
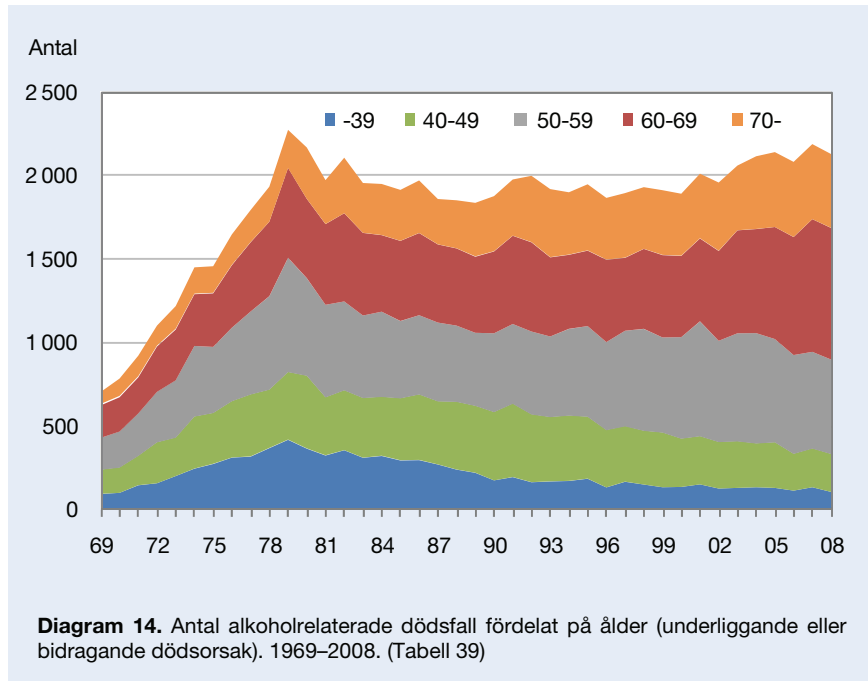
Socialstyrelsen (2006b) menar att alkoholdödligheten inte ökat i den mån man skulle kunna tänka sig utifrån försäljningsuppgången och att en övergång från sprit- till vin- och ölkonsumtion delvis skulle kunna förklara detta, liksom andra förändringar i konsumtionsmönstren. Vidare förutsäger man att alkoholdödligheten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

I tabell 40 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1991–2008, 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 dödstaten 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 riksgenomsnittet. Skåne län utmärker sig genom att i början av perioden legat klart under riksgenomsnittet men sedan 1997 legat över snittet.

²² 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.



Alkoholutvecklingen

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 41–44 beskrivs utvecklingen av ett antal separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 45 presenteras summan av de underliggande dödsorsakerna relaterat till folkmängden.

Levercirrhos (tabell 41) 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.

Enligt en studie av utvecklingen av leverskador 1997–2007 (Ramstedt et al 2010) så sammanfaller ökningen i den totala alkoholkonsumtionen med en betydande ökning av alkoholorsakad leversjukdom. Antalet kvinnor som avled av alkoholorsakad leversjukdom ökade med 83% mellan 1997 och 2007, för män var ökningen 65%. För såväl kvinnor som män har ökningen framförallt skett i åldersgruppen 50–69 år.

Mellan 1979 och 1996 var alkoholberoende (tabell 42) den vanligaste av de fyra²³ alkoholrelaterade dödsorsaker som redovisas i tabell 41–44, när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas, men efter bytet till ICD-10 1997 låg beroende och cirrhoser antalsmässigt på ungefär samma nivå i några år. Sedan 1997 har dock alkoholberoende som dödsorsak minskat samtidigt som fler har dött av cirrhoser vilket nu är den vanligaste alkoholrelaterade dödsorsaken även när både underliggande och bidragande diagnoser inräknas.

Antalet dödsfall i alkoholpsykos har aldrig varit särskilt stort, år 2008 handlade det om totalt 95 fall, vilket trots allt är ett högt värde jämfört med 1970- och 1980-talen (tabell 43).

²³ Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar, alkoholberoende, alkoholpsykos samt alkoholförgiftning.

Alkoholförgiftningarna beskriver en topp i slutet av 1970-talet som följdes av en kontinuerlig minskning till 2002, från 600 till under 300 fall (tabell 44). Sedan dess har det skett en liten ökning och 2008 uppgick antalet alkoholförgiftningar med dödlig utgång till 345 fall. Tar man enbart hänsyn till dödsfall med alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak finner man dock en klar ökning, från 65 under 1997 till 126 stycken 2008.

Andelen kvinnor har som nämnts legat runt 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 fem senaste åren och 27% för alkoholförgiftningar.

I tabell 45 har underliggande dödsorsaker 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. I tabell 45 ingår enbart underliggande dödsorsaker (till skillnad mot tabell 41–44 där både underliggande och bidragande dödsorsaker inkluderas), i tabellen går att se att levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar har varit den vanligaste dödsorsaken under hela den redovisade perioden.

Sammanfattning av skadeutvecklingsindikatorer

Det kan vara problematiskt att få en övergripande bild av skadeutvecklingen av alkohol och indikatorerna som redovisas i denna rapport ger ingen fullständig bild av alkoholskadornas utveckling och omfattning. Men i ett försök att skapa en bild av utvecklingen under perioden 1990–2008 har flera av dessa indikatorer lagts in i diagram 16 där varje serie visar antalet personer per 100 000 invånare.

Som man ser i diagrammet har antalet dödsfall med alkoholdiagnos legat på en relativt jämn nivå under perioden, närmare bestämt på drygt 20 personer per 100 000 invånare. Som tidigare nämnts påverkas antalet som blir omhändertagna enligt Lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) av många kringliggande faktorer, men kan likväl analyseras som en av flera indikatorer på en eventuell utveckling. Personer som misstänkts för nykterhetsbrott är även det en osäker statistikserie och även slutenvården kan påverkas av andra faktorer än bara behovet av vård.

Men sett till samtliga faktorer, förutom möjligtvis dödsfall i alkoholdiagnos, sjönk dessa under början eller en bit in på 1990-talet för att sedan ligga på en lägre nivå i några år.

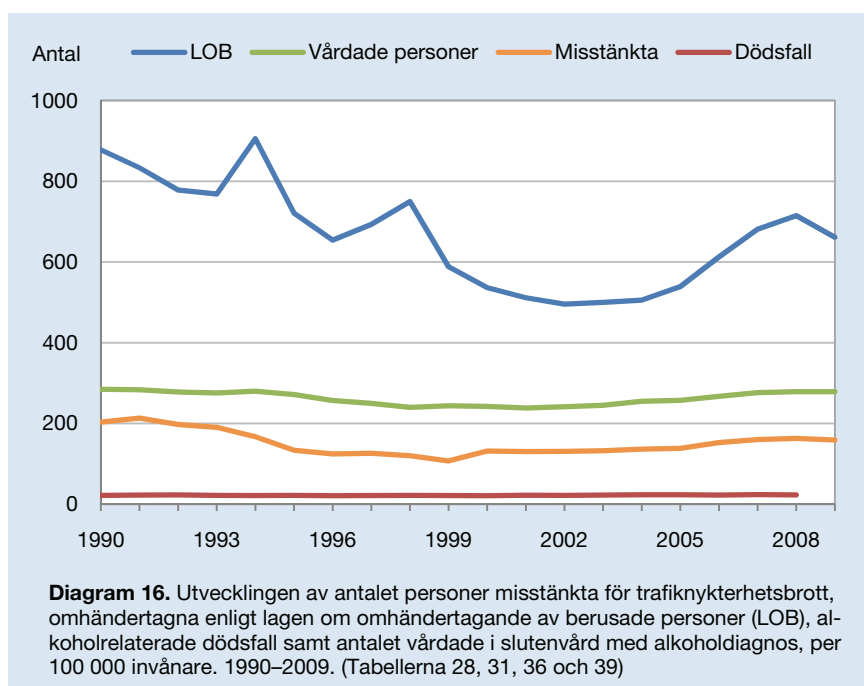
Antalet personer per 100 000 invånare misstänkta för trafiknykterhetsbrott sjönk kraftigt under första halvan av 1990-talet och låg som lägst mellan

Alkoholutvecklingen

1996 och 1999. Antalet personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad diagnos sjönk också under första halvan av 1990-talet och låg som lägst runt 240 personer åren 1998–2002 och antalet omhändertagna enligt LOB började sjunka i början av 1990-talet, bortsett från vissa toppar, och låg som lägst mellan 1999–2005.

Från och med något år in på 2000-talet kan man skönja ökningarna i samtliga serier. Personer misstänkta för nykterhetsbrott, omhändertagna enligt LOB och vårdade personer i slutenvård började öka ett par år in på 2000-talet. Under andra halvan av 1990-talet var antalet dödsfall i alkoholdiagnos i genomsnitt 21 per 100 000 i jämförelse med 22 stycken åren dessförinnan och 23 stycken därefter, en marginell skillnad med andra ord som trots allt sammanfaller med övriga indikatorers något tydligare utveckling.

Det kan vidare konstateras att i början av 1990-talet började antalet anmälda trafiknykterhetsbrott (per 100 000 invånare) minska för att 1998 nå sin lägsta punkt sedan 1950-talet, därefter har antalet ökat. Som tidigare nämnts gör Brottsförebyggande rådet bedömningen att det också skett en faktisk ökning av rattfylleriet under åren 1999–2004. Flera faktorer, bland annat minskningen i alkoholkonsumtionen, tyder dock på att den fortsatta ökningen inte är en faktisk ökning, utan en effekt av det ökade antalet utandningsprov.



Även vad gäller alkoholrelaterade trafikolyckor skedde en nedgång av antalet misstänkt alkoholpåverkade vid olyckor med personskada under 1990-talet som sedan dess har vänts till en uppgång.

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. Det går emellertid inte att prata om någon påtaglig trend under 2000-talet utan snarare att början på en tidigare positiv utveckling ser ut att ha stannat av. 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.

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-studien²⁴ 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 sex områden²⁵ (Karlsson och Österberg 2001). I tabell 46 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom dåvarande EU (och Norge) för varje decennium mellan åren 1950–2000 studeras och i diagram 17 jämförs startpunkten 1950 med år 2000.

Sammanfattningsvis kan sägas att Sverige, Norge och Finland tidigare hade de mest omfattande alkoholrestriktionerna men att Sydeuropa och övriga dåvarande EU-länder har närmat sig. Ett stort antal länder (7 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

²⁴ "A Comparative Analysis of Alcohol Policy and its Effects in the EU-states". Resultaten sammanfattades i rapporten "Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy response in 15 European Countries" (Norström 2002).

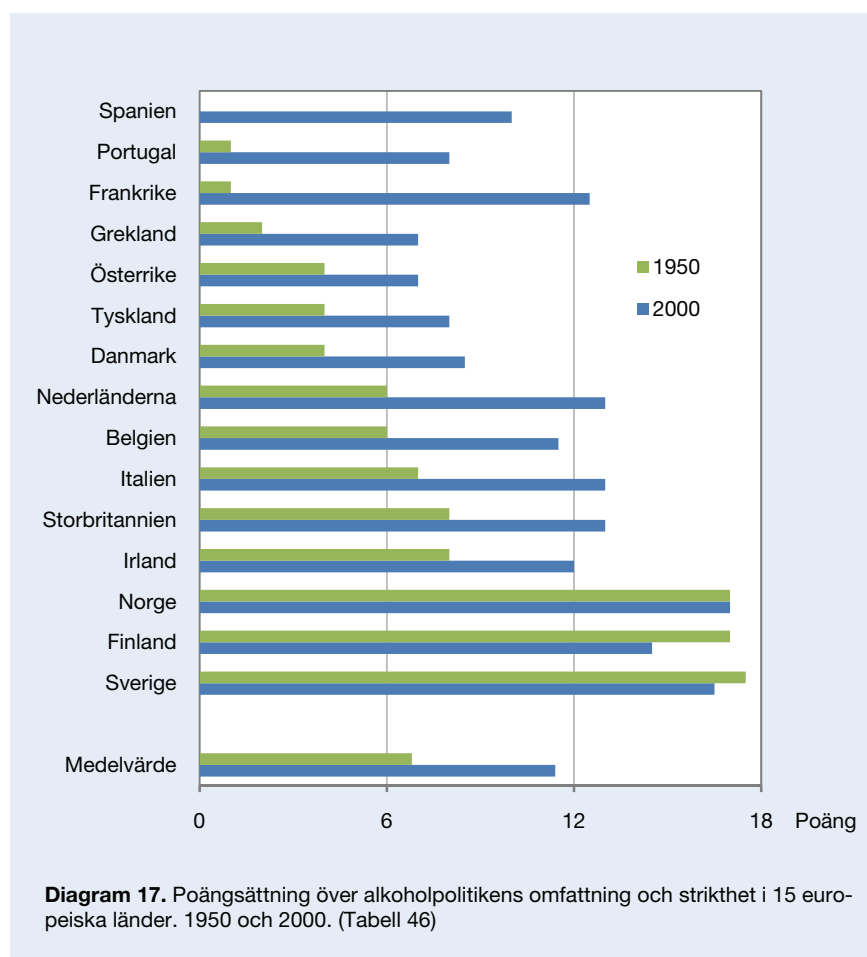
²⁵ Områden; Bestämmelser för partihandel, detaljhandel och restauranger, åldersgränser vid partihandel och restauranger, reklam, blodalkoholgränser, program och/eller myndighet för allmänt förebyggande arbete inom alkoholområdet respektive för undervisnings- eller informationsarbete inom det samma.

Alkoholutvecklingen

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.

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.

I den europeiska undersökningen eurobarometern (Special Eurobarometer 331, 2010) utfrågades de svarande angående attityder till alkoholpolitik. Drygt hälften av de tillfrågade i undersökningen svarade att individen är kompetent nog att skydda sig själv mot alkoholrelaterade skador²⁶ och drygt



²⁶ Red. översättning: "Individuals are responsible enough to protect themselves from alcohol related harm."

40% svarade att offentliga myndigheter behöver ingripa för att skydda enskilda individer mot alkoholrelaterade skador²⁷. Ingen egentlig skillnad går att se mellan de två frågetillfällena, 2006 och 2009. Enligt undersökningen är det fler män, yngre personer (15–24 år), de som fortfarande studerar samt arbetslösa, som betonar individens ansvar. De som betonar myndigheternas ansvar är oftare bland annat kvinnor, äldre åldersgrupper samt de som uppger att de inte dricker alkohol. Stöd för olika alkoholpolitiska restriktioner i Europa är emellertid i vissa fall högt. Stödet för att polisen genomför alkoholkontroller har ökat från 80% 2006 till 83% 2009. Stödet för att inte sälja alkohol till ungdomar under 18 år är, även det stort, närmare 90% av de tillfrågade svarade att de höll med eller delvis höll med.

Alkoholkonsumtionen i olika länder

Den totala alkoholkonsumtionen varierar kraftigt mellan olika länder, liksom själva dryckesmönstren. I vissa länder dominerar konsumtionen nästan 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.

Alkoholvanor i Europa

EU är den region där det dricks mest alkohol i världen, även om de 11 liter 100% alkohol som dricks per vuxen varje år är en betydande minskning från en topp på 15 liter i mitten av 1970-talet (Andersson och Baumberg 2006). De senaste 40 åren har det också skett en harmonisering i konsumtionen. I rapporten *Alcohol in Europe* (Andersson och Baumberg 2006) beskrivs har-

²⁷ Red. översättning: "Public authorities have to intervene in order to protect individuals from alcohol related harm."

moniseringen för de länder som brukar betecknas som EU15²⁸, där har ökningarna i centrala och norra Europa mellan 1960 och 1980, mötts upp av minskningar i södra Europa. Den genomsnittliga förbrukningen i de länder som räknas till EU10²⁹ är också närmare EU15 än någonsin tidigare, även om det finns en stor variation inom dessa tio länder. Enligt rapporten dricker de flesta européer alkohol, men 55 miljoner vuxna (15%) väljer att avstå.

Enligt eurobarometern (Special Eurobarometer 331, 2010) som genomförde en undersökning 2009, har tre fjärdedelar av EU-medborgarna (76%) druckit alkoholhaltiga drycker de senaste 12 månaderna. Ungefär hälften av alkoholkonsumenterna (49%) uppgav att de dricker mellan en och tre gånger per vecka. De flesta av alkoholkonsumenterna (69%) dricker vanligtvis en eller två drinkar vid varje tillfälle, men 10% säger sig oftast dricka fem drinkar eller mer.

Det är mycket vanligare att män dricker alkoholhaltiga drycker (84%) än att kvinnor (68%) gör det, och de män som dricker tenderar att göra det oftare än kvinnor. Frekvens och nivå på alkoholkonsumtionen varierar också beroende på ålder. Bland de respondenter som uppgav att de konsumerat alkohol under de senaste 30 dagarna, var det vanligare att personer 55 år och äldre (25%) drack dagligen jämfört med ungdomar 15–24 år (3%).

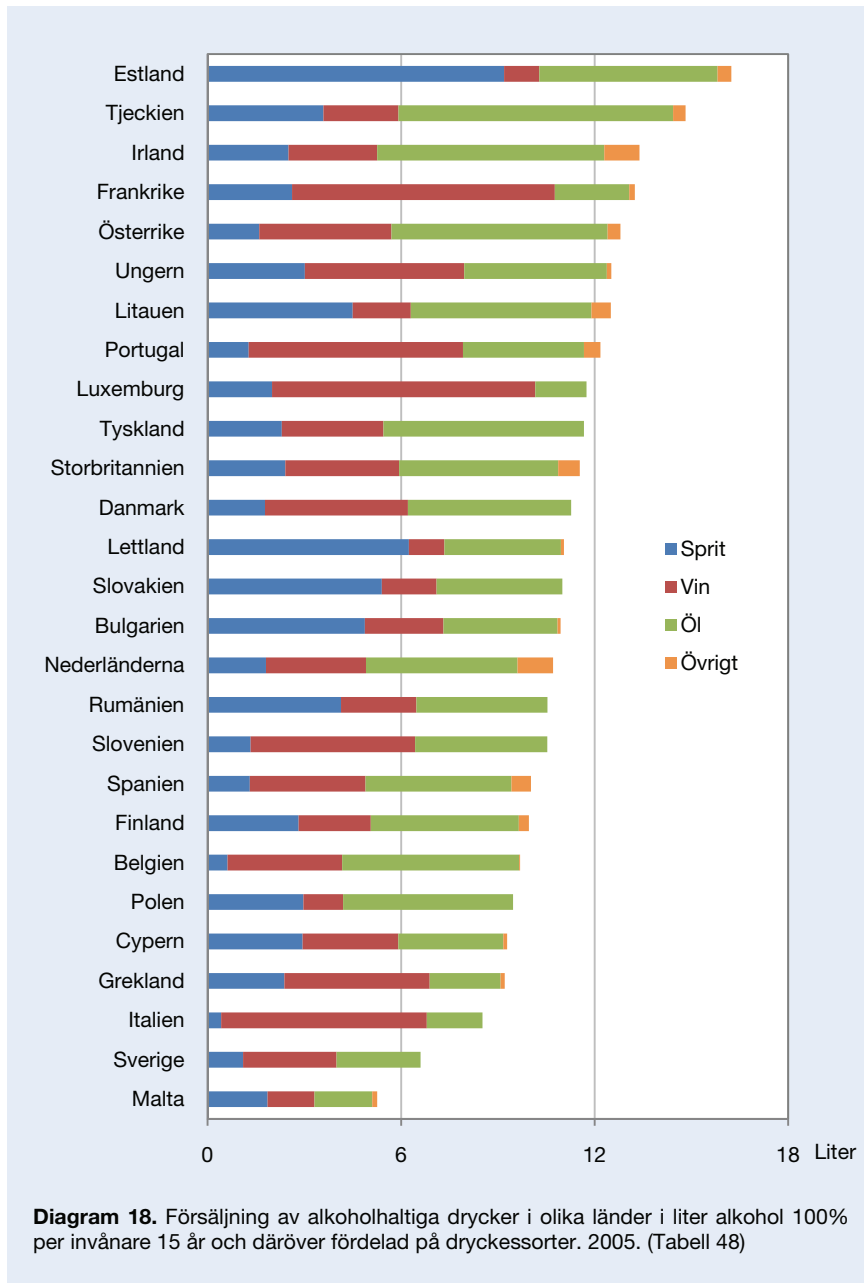
Alkoholförsäljningen i olika länder

I diagram 18 redovisas försäljningssiffror, relaterat till befolkningen 15 år och äldre, för 2005 för ett antal europeiska länder. Sverige och Norge hamnar längst ned i sammanställningen över dessa länder. Länder med en dominerande andel vin är Italien, Grekland, Portugal och Frankrike. Det land med störst andel vin av alkoholkonsumtionen uttryckt i försäljningssiffror är Italien med 80% av konsumtionen 2005. De länder där mer än 50% av konsumtionen utgörs av öl är Polen, Belgien, Tyskland, Österrike, Irland, Tjeckien och Island. De länder med högst andel spritkonsumenter är Estland, Ryssland och Slovakien. Sverige har ungefär lika stora andelar öl som vin relaterat till försäljningen, och minst andel utgör spriten.

Tidigare resultat publicerade av World Drink Trends (WARC 2005), gjorde gällande att vin och öl ofta utgjorde en dominerande del av alkoholkonsumtionen i länder med hög alkoholkonsumtion, även om spritdryckeskonsumtionen inte behövde vara lägre där än i andra jämförda länder. I materialet från WHO i diagram 18 skiljer sig försäljningen i Estland från denna uppfattning. Bland övriga länder med den högsta försäljningsnivån utgör dock vin och öl de största delarna.

²⁸ EU15 = Österrike, Belgien, Danmark, Frankrike, Finland, Tyskland, Grekland, Irland, Italien, Luxemburg, Nederländerna, Portugal, Spanien, Sverige och Storbritannien.

²⁹ EU10 = Cypern, Tjeckien, Estland, Ungern, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slovakien och Slovenien.

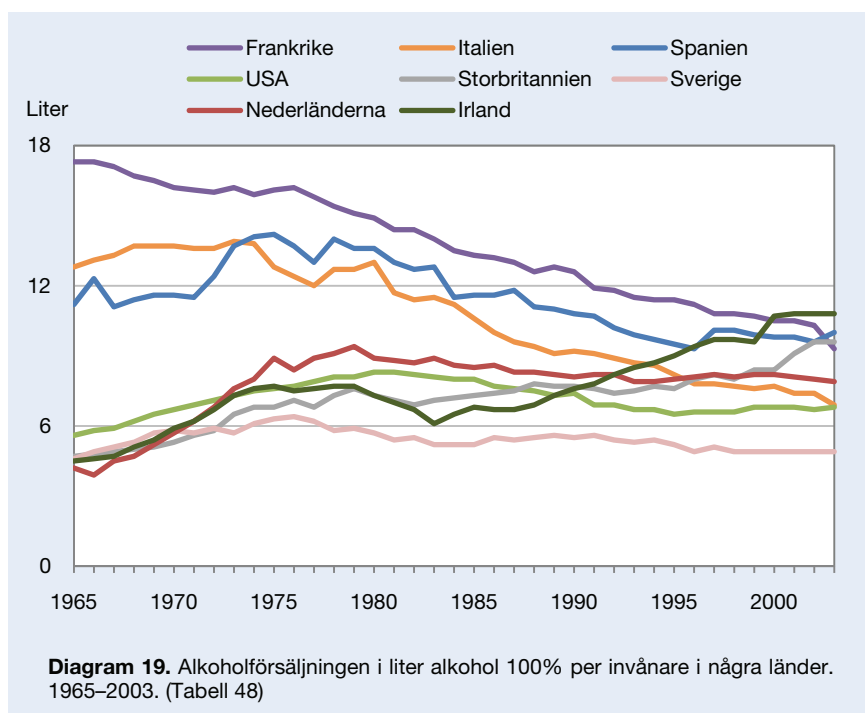


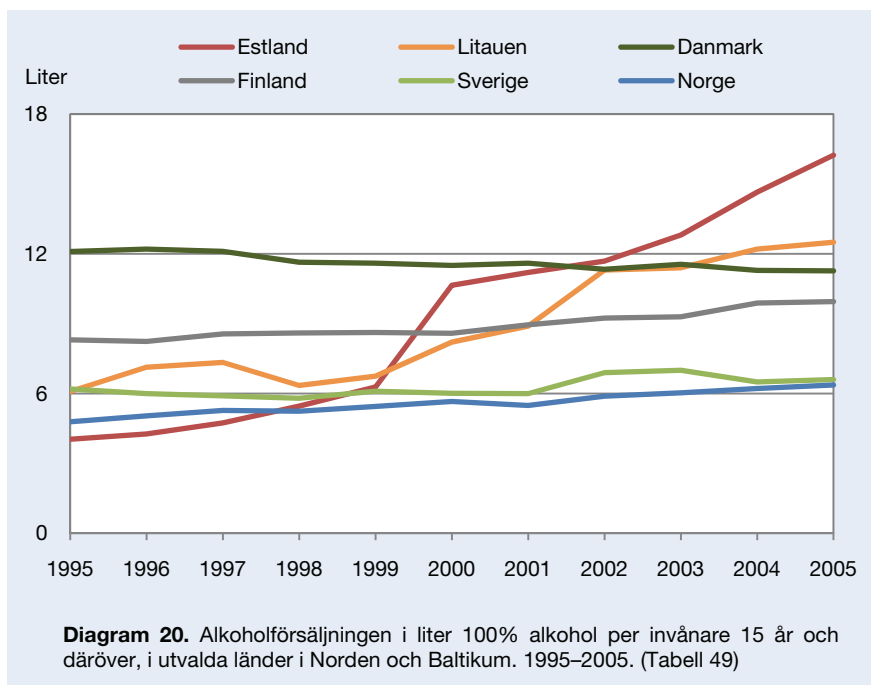
Konsumtionsutvecklingen i olika länder

I tabell 48 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 19 illustreras utvecklingen av alkoholkonsumtionen mätt som försäljningsvolym för åtta av länderna, däribland Sverige. Diagrammet illustrerar att de internationella konsumtionsnivåerna tenderar att närma sig varandra, 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 19). 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.

I diagram 20 redovisas siffror från WHO³⁰. Diagrammet visar försäljningsutvecklingen för Norden (exkl Island) och två av de tre baltiska staterna mellan 1995–2005. Sverige, Norge och Island har över tid sett den lägst rapporterade konsumtionen bland de utvalda länderna (tabell 49). Konsumtionen mätt i försäljningssiffror har ökat för dessa tre länder mellan åren 1995–2005, men mest har den ökat på Island. Konsumtionen i Finland och Danmark möter upp varandra genom en minskning i Danmark och en ökning i Finland.

För två av de baltiska länderna visar trenden på en kraftigt ökande konsumtion (mätt i försäljningssiffror), medan Lettlands konsumtion under tidsperioden fluktuerat runt nio liter per person 15 år och äldre. Den mest iögonfallande utvecklingen är den för Estland som enligt dessa data har ökat från 4 liter per person år 1995 till ca 16 liter per person år 2005 (se diagram 20). Här bör även nämnas att det kan antas att en del av de baltiska ländernas ökande försäljningssiffror till viss del kan bero på att deras billiga sprit lockar omkring-

³⁰ Försäljningssiffror, relaterat till befolkningen 15 år och äldre.

Alkoholutvecklingen

liggande länder. Detta sågs framförallt som en risk i Finland som 2004, vid de baltiska ländernas inträde i EU, därför sänkte skatten på alkohol med upp mot 30% för att förhindra en sådan utveckling (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Det finns emellertid rapporter om att alkoholbruket och alkoholrelaterade skador i de baltiska staterna har ökat och ligger på en hög nivå jämfört med de gamla EU-länderna (Heldmark 2007).

Såväl volymerna som vilka drycker man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktning i Europa. Detta framgår av tabell 50 som redovisar 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% år 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 spritländerna³¹ 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.

³¹ 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.

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 gruppenkätstudien 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 ”drin­kar” (öl, vin, sprit etc) de senaste 30 dagarna. Detta syftar till att mäta hur ofta intensivkonsumtion förekommer och mängden är likartad den som efterfrågas i de ordinarie skolundersökningarna i Sverige.

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 respektive 39%.

I diagram 21 jämförs resultaten från 1995–2007, alla länder har dock inte deltagit 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 dagarna 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 vanligare bland pojkar jämfört med flickor, men könsskillnaden har minskat väsentligt i 2007 års undersökning.

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

Alkoholutvecklingen

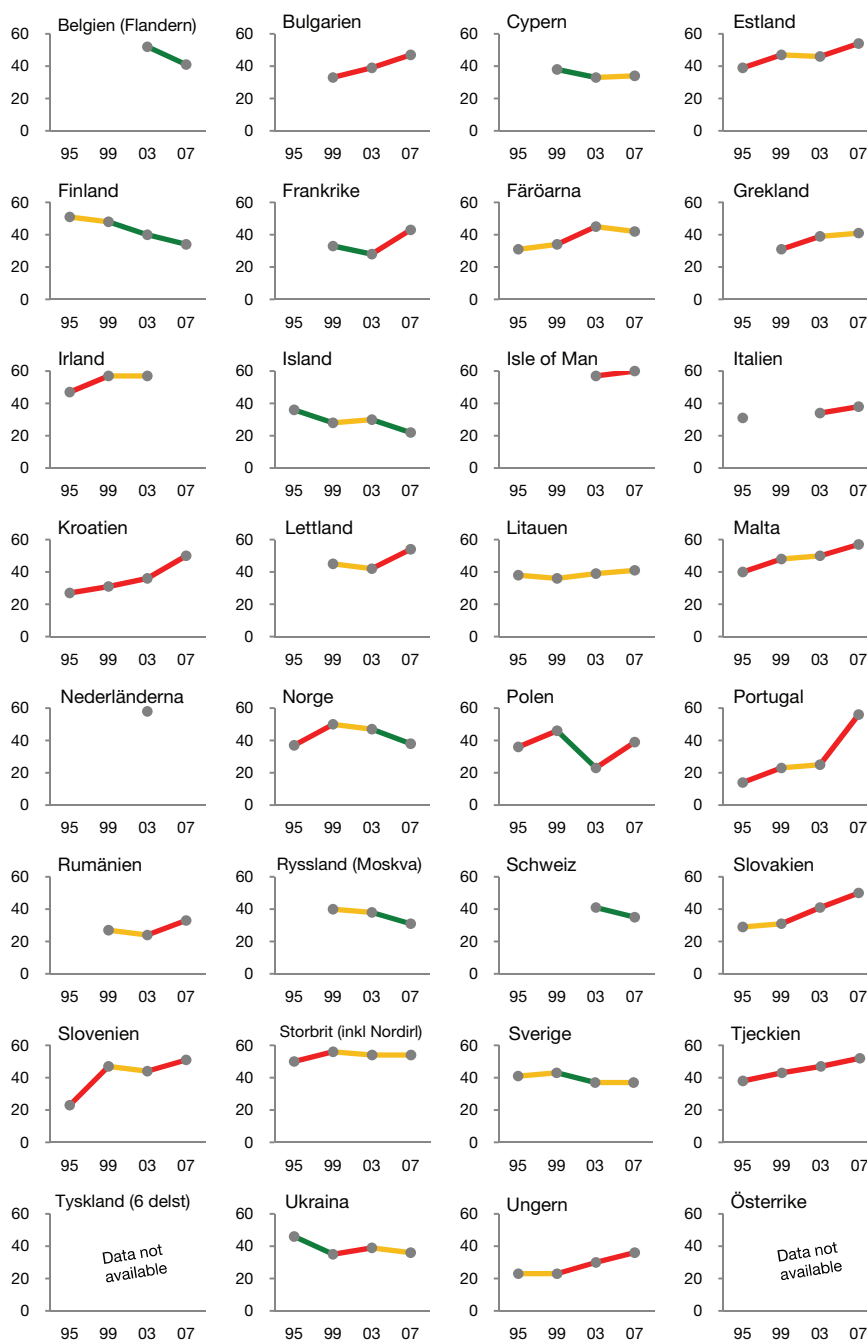


Diagram 21. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Tabell 53)

Referenser

- Andersson P och Baumberg B (2006). *Alcohol in Europe – A public health perspective*. A report for the European Commission. Storbritannien: Institut of Alcohol Studies.
- 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.
- Special Eurobarometer, 331 (2010). *EU citizens' attitudes towards alcohol*. Eurobarometer 72,3. Utförd på uppdrag av Directorate General Health and Consumers. Belgien: Europa Kommissionen.
- 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). *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.
- Heldmark, T (2007). *Baltikum efter friheten: kraftig ökning av alkoholvåld och olyckor*. Vårdpublikation; Alkohol och narkotika ISSN 0345-0732 101(2007):4, 18–19. 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).
- Johansson, L (2008). *Staten, supen och systemet: svensk alkoholpolitik och alkoholkultur 1855–2005*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- 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.

Alkoholutvecklingen

- Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M och Zetterberg H (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.
- Leifman H (2000). *Svenskens bruk av svartsprit och totala alkoholkonsumtion 1996–2000*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet, KAMEL-gruppen.
- Leifman H och Gustafsson N-K (2003). *En skål för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport 2003:11. Stockholm, SoRAD.
- Malmgren L, Ljungdahl S och Bremberg S (2008). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Missbruksutredningen (2010). *Bättre vård och stöd för individen – Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- 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.
- Ramstedt M, Stokkeland K och Hultcrantz R (2010). *Nytt alkoholmönster och fler leveruskador efter Sveriges EU-inträde. Utvecklingen 1997–2007*. I *Läkartidningen* nr 22 (2010) volym 107. Sid. 1463–1465.
- 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 2009:22 *En ny alkohollag*. Slutbetänkande av alkohollagsutredningen. Stockholm: Fritzes.

- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförelsetredningen. 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 Alkoholinförelsetredningen. 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.
- 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.
- Trafikanalys (2010). *Vägtrafikskador 2009, statistik 2010:17*. Sveriges officiella statistik. Publicerat på Internet. www.trafa.se.
- Vägverket (2009). *Alkohol, droger och trafik. 2009–08*. 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 narkotikamissbruk 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. Preparaten har olika egenskaper men gemensamt är att de påverkar centrala nervsystemet. Nya medel tillförs löpande till förteckningen. Under 2009 tillkom exempelvis mefedron och 4-fluoramfetamin medan Butylon och MDPV lades till 2010.

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.

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/problematiskt missbruk. Därpå beskrivs skadeutvecklingen och kapitlet avslutas med en internationell jämförelse.

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 särlagstiftning på narkotikaområdet – Narkotikakungörelsen – infördes. Denna reglerade, i enlighet med den internationella s k Haag-konventionen från 1912, in- och utförsel, tillverkning, saluhållande och försäljning av narkotiska ämnen (bl a opium, morfin, heroin och kokain). Påföljderna var böter.
- 1930** Narkotikakungörelsen ändrades. Till följd av den s k Genèvekonventionen från 1925 inkluderades cannabis, kokablad och ytterligare opiumderivat i lagstiftningen. Innehav kriminaliserades.
- 1933** Strängare straff infördes med bl a fängelse i straffskalan. Läkare som överskred sin rätt att förskriva narkotika kunde nu straffas.
- 1958** Narkotikakungörelsen ändrades. Straffen skärptes till lägst 25 dagsböter och högst 6 månaders fängelse även om försvårande omständigheter inte förelegat. Straffskärpningen gav polisen möjlighet att tillgripa tvångsmedel som husrannsakan och kroppsvisitation.
- 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 personer med missbruksproblem 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 förenklade 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

Narkotikautvecklingen

om ett narkotikafritt samhälle kvarstod, 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).
- 2008** Den 1 januari 2008 skapades en särskild samordningsfunktion i Regeringskansliet – ANDT-sekretariatet – för att samordna alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Aktuella händelser 2010

Den narkotikahandlingsplan som antogs av Riksdagen för 2006–2010 har följts upp och utvärderats av Statens folkhälsoinstitut (2010a). Bl a sägs att myndighetsstrukturen blivit tydligare på området men beträffande målet om ett narkotikafritt samhälle har utvecklingen gått åt fel håll.

Den sk Missbruksutredningen kom i januari 2010 med en diskussionspromemoria. Denna behandlade två centrala frågor, dels den om kommunernas och landstingens framtida ansvarsfördelning för missbruks- och beroendevården samt den om tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan. Slutbetänkande överlämnas till regeringen senast april 2011.

Under oktober 2010 lades en proposition gällande Narkotikautredningens förslag i SOU 2008:120, vilka bl a syftade till att förbättra kontrollen av olika missbruksmedel. Bl a föreslås en ny lag för omhändertagande av misstänkt farliga substanser samt att straffen för grova dopningsbrott höjs från 4 till 6 år. Lagändringarna föreslås träda i kraft 1 april 2011.

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 tolka indikatorer. I avsnittet nedan följer en analys av utbudsutvecklingen för några olika narkotiska preparat. Avsnittet inleds med en mer generell översikt av utbudsutvecklingen och därefter följer mera ingående redovisningar av olika preparat.

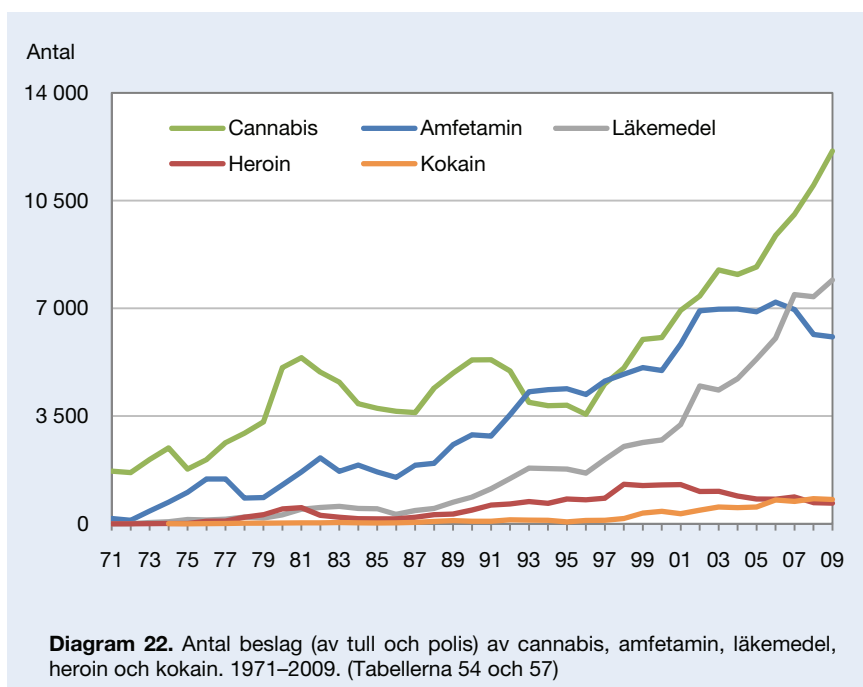
Merparten av den narkotika som konsumeras i Sverige har smugglats in i landet. Med undantag för viss cannabisodling, GHB-produktion samt läckage av narkotiska läkemedel från den legala hanteringen förekommer normalt ingen direkt produktion av narkotika innanför gränserna.

En försöksberäkning av utgifterna för narkotikaköp har publicerats av SCB (2005). Beräkningen var konservativ och utgick 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.

Tillgänglighetsutvecklingen

Enligt vedertagen ekonomisk teori är tillgången på en vara en viktig faktor när det gäller prisbestämning, efterfrågan en annan. Ett förhållande som antas spegla förändringar i narkotikatillgängligheten är prisutvecklingen på gatunivån, det vill säga i konsumentledet.

CAN har sedan 1988 följt gatupriserna på ett antal narkotiska preparat. Att använda dessa som enda indikation på förändringar i tillgången är dock riskabelt. Prisfall skulle förutom ökat utbud och konkurrens också kunna förklaras av att producenterna sänkt sina priser, att leverantörerna sänkt sina marginaler eller att prisjuteringar gjorts p g a minskad efterfrågan. Det är därför viktigt att komplettera prisinformation med andra tillgängliga källor, inte minst beslagsstatistik.



Narkotikautvecklingen

Det brukar också antas att kvalitetsförändringar påverkar priserna, dessvärre saknas för svensk del någon systematisk belysning av narkotikans renhetsgrad. Vad som finns att tillgå som underlag för att uttala sig om tillgänglighetsutvecklingen i Sverige är gatupriser, beslagsantal och beslagsmängder.

Som framgår av diagram 22 är antalet beslag av de i Sverige fem vanligaste narkotikagrupperna numera klart högre jämfört med 1970- och 1980-talen. Samtidigt har heroinbeslagen minskat något under 2000-talet, vilket även amfetaminbeslagen har sedan 2007. Under 2000-talet har i synnerhet cannabis och läkemedel¹ ökat.

Mellan 1988 och 2009 har antalet resurstimmar polisen ägnat narkotikabrotten tredubblats² (tabell 69), något som rimligen påverkat beslags- och kriminalstatistiken. Samtidigt följer de beslagtagna mängderna ungefär samma utveckling som antalen. Detta pekar på att beslagsantalen inte enbart ökat p g a ökade arbetsinsatser, eftersom volymerna inte borde påverkas i samma omfattning av insatsökningen då tullen står för en stor volymandel (se tabellerna 55–58). De ökade beslagen torde således åtminstone delvis bero på ökad införsel, d v s en ökad förekomst.

På det stora hela beslagas således alltmer narkotika. Parallellt med detta har enligt diagram 23 priserna på kokain, amfetamin, heroin samt hasch grovt sett halverats under perioden 1988–2009 (räknat i 2009 års penningvärde³). Åtminstone för kokain och heroin gäller att detta mer eller mindre är en spegling av utvecklingen i Västeuropa och USA (UNODC 2010).

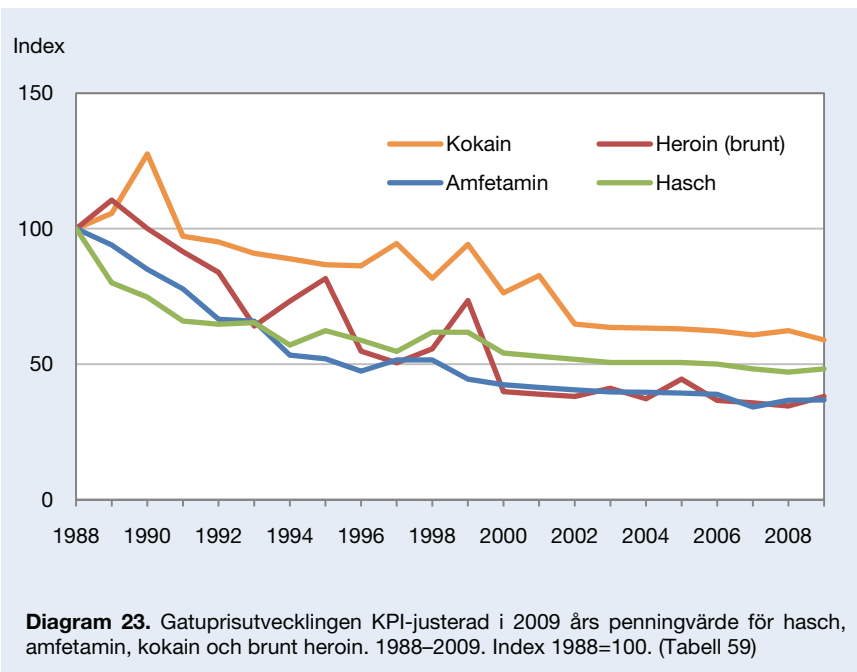
Priserna för dessa preparat har alltså sjunkit trots att beslagen ökat. Främst gäller detta dock för 1990-talet eftersom priserna varit förhållandevis oförändrade under 2000-talet, samtidigt som beslagen delvis fortsatt öka. Att priserna sjunkit samtidigt som beslagen ökat senaste 15–20 åren pekar på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

Som nämndes inledningsvis kan förändringar av kvaliteten (renhetsgraden) vara betydelsefull vid denna bedömning. Dessvärre saknas sådan information. Det finns dock inga kända fakta som pekar på att priserna fallit p g a kvalitetssänkningar. Priset beror heller inte på minskad efterfrågan, under 1990-talet ökade konsumtionen och på det stora hela verkar den inte ha sjunkit under 2000-talet. Slutsatsen om en ökad narkotikatillgång står sig därmed.

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 ökning, även om den faktiska uppgången är otvetydig.

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



Man kan å andra sidan inte dra några konklusioner om i vilken grad konsumtionsuppgången berodde på tillgänglighetsökningen. Det är inte alls okomplicerat att avgöra hur tillgängligheten påverkar konsumtionen, och forskningen på området är inte särskilt omfattande. Utbudsförändringar kan säkert ha flera olika följder för konsumtionen i stort, liksom för olika konsumentgrupper, med avseende på preparat och konsumtionens storlek etc. Sänkta narkotikapriser torde exempelvis ge 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 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 cannabisbaserad handling runt 3 200 stycken men har därefter ökat stadigt och uppgick till

Narkotikautvecklingen

närmare 10 500 år 2009 (tabell 76). Även tullens och polisens beslagsstatistik ger intryck av att cannabis blivit allt vanligare (diagram 22 samt tabell 55). Senaste årets beslagsmängd (ca 12 000 om totalt 1,7 ton) är den största hittills.

Merparten av det hasch som beslagtas i Sverige har sitt ursprung i Marocko (Rikskriminalpolisen och Tullverket 2010). Av tabellen framgår att bortåt 90% av mängden beslagtagen cannabis normalt utgörs av hasch. Andelen var betydligt lägre 2008 vilket delvis beror på att flera större inhemska odlingar upptäcktes under detta år samtidigt som cannabisplantorna från dessa vägts hela. Därmed underskattas andelen hasch detta år, samtidigt som polisens andel av marijuana framstår som högre än vad den faktiskt är i relation till tullens marijuanabeslag. Dock pekar tillgängliga informationer på att marijuana blivit oftare förekommande runt om i Sverige under senare år.

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 23). År 2009 uppgavs ett gram hasch kosta omkring 70–110 kronor med ett medianpris på ca 80 kronor (Guttormsson 2010). Prisfallet torde heller inte kunna förklaras av några uppenbara kvalitetsförändringar, thc-halterna var på det stora hela relativt oförändrade under 1990-talet enligt Carpentier och Griffiths (2004).

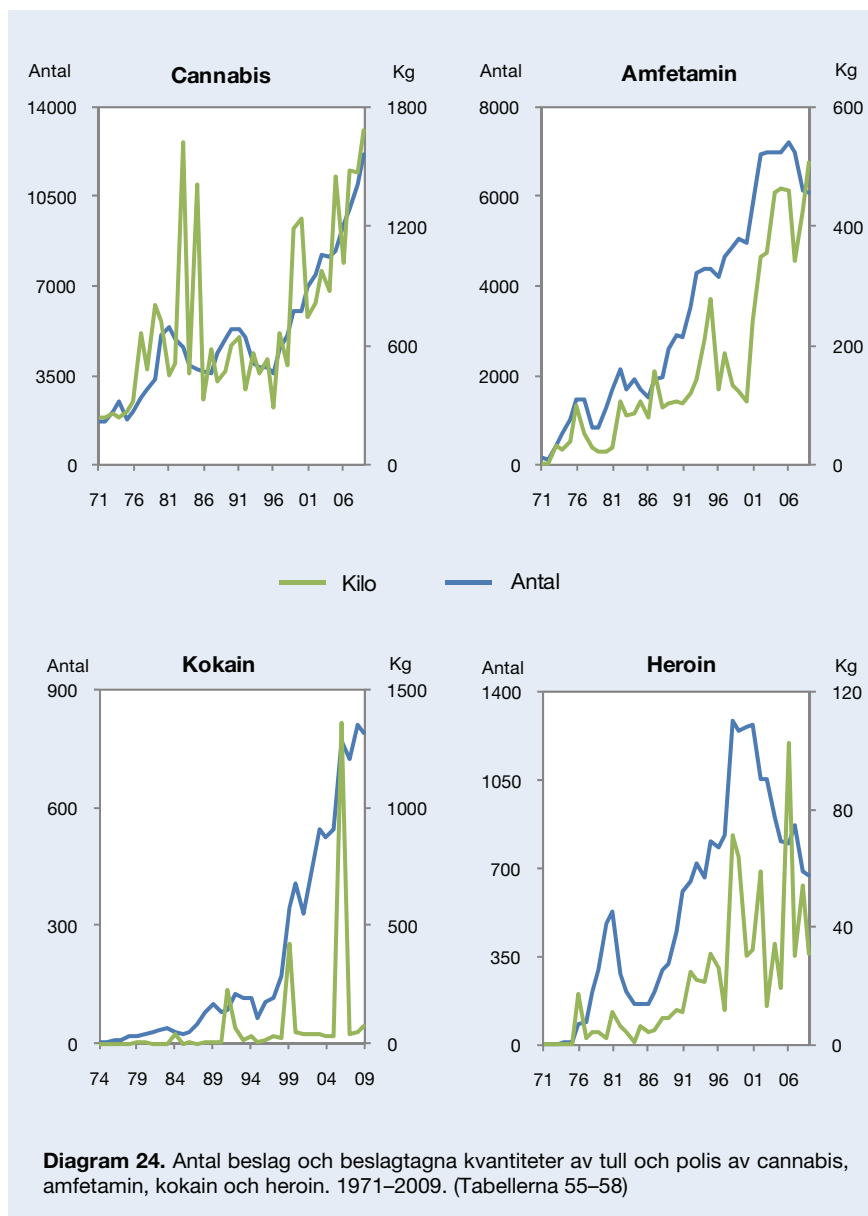
Enligt olika frågeundersökningar ökade cannabiskonsumtionen under 1990-talet och av allt att döma är den idag högre än för 10 respektive 20 år sedan. Sammantaget visar tillgänglig information – ökad förekomst i rättsväsendet, ökad konsumtion och fallande priser – att tillgängligheten av cannabis ökade i Sverige under 1990-talet och att den idag är fortsatt hög.

Centralstimulantia

Från mitten av 1970-talet fram till 2006 steg antalet lagföringar för narkotikabrott med centralstimulerande medel⁴ från omkring 1 000 till drygt 7 500 och 2009 var siffran likartad (tabell 77). Andelsmässigt förekom centralstimulerande medel som mest i närmare hälften av de godkända strafföreläggandena eller domarna i mitten på 1990-talet, jämfört med 40% under senaste fem åren (Brå 2010).

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 heroin (diagram 22). Även vid mera tillfällig användning bland ungdomar är amfetamin, förutom cannabis,

⁴ Brå:s statistik redovisar amfetamin, kokain, kat respektive övrig centralstimulantia.



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 24 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

Narkotikautvecklingen

mer än 60% sedan 1988 (diagram 23) även om läget varit förhållandevis stabilt under senaste fem åren. År 2009 kostade ett gram amfetamin 140–400 kronor, med ett medianpris på 250 kronor. Sammantaget indikerar detta en sedan 1980-talet ökad, och alltjämt hög, amfetamintillgänglighet i Sverige.

Metamfetamin har blivit allt vanligare i beslagsstatistiken under 2000-talet. Beslag av denna amfetamintyp (liksom fenmetralin) ingår i siffrorna redovisade i tabell 56. Metamfetaminbeslagen har under senaste tioårsperioden ökat sin viktandel från enstaka procent till att utgöra 15% av alla amfetaminbeslag 2008 och 30% 2009.

Under senare delen av 1980-talet fick kokain en viss spridning och alltsedan dess har beslagen ökat (tabell 57 och diagram 24). Vissa år förekommer mycket stora beslagsmängder vilket främst beror på att enstaka större partier beslagtagits, ibland dessutom avsedda för andra marknader än den svenska. I lagföringsstatistiken har kokain blivit fyra gånger vanligare under 2000-talet och är den narkotikasort som ökat mest under perioden.

Kokainpriserna har sjunkit med ca 40% sedan 1988, räknat i KPI-justerade priser, men har legat stabilt de senaste åren. År 2009 uppgavs ett gram kokain kosta mellan 625 och 1 200 kronor, med ett genomsnitt om 800 kronor (diagram 23).

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). Enligt beslags-, kriminal- och prisstatistiken har detta preparat blivit tämligen sällsynt under senare år. Flera bedömare menar att de nya syntetiska ”nät drogerna” kan ha övertagit intresset. Även information från gymnasiet årskurs 2 indikerar att ecstasyerfarenheter blivit alltmer sällsynta och 2009 svarade 1% att de prövat detta någon gång, jämfört med 3% 2004 (tabell 62).

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 farmakologiska likheter med amfetamin. Katbeslagen har ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan mitten av 1990-talet och 2009 beslagtogs tull och polis 13 ton fördelade på knappt 500 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 popula-

ritet under 1990-talet då narkotika blev allt vanligare i stort. Enligt mönstersundersökningarna dalade dock populariteten för LSD och hallucinogena svampar (innehållande psilocybin och psilocin) åren 2000–2006 och bland gymnasieungdomarna uppger 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. Kanske gäller även här att intresset riktats mot vissa av de nya ”nät drogerna” istället.

Heroin och andra opiater

Från och med andra hälften av 1970-talet blev 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 exempelvis beslagsstatistiken samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade⁵.

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 sjunkit⁶. Mellan 1988 och år 2000 föll priset på brunt heroin med 60% och har därefter legat relativt stilla (diagram 23). Antalet domar och strafförelägganden gällande heroin har sjunkit något under 2000-talet medan ”övriga opiater” (t ex läkemedel som Subutex och Tramadol) har ökat (Brå 2010). Enligt tabell 79 var antalet lagföringar med opiater något högre 2009 jämfört med tidigare, samtidigt utgjorde gruppen bara 6% av alla lagföringar.

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 avstannat under 2000-talet och att en minskning kan ha inträffat. Troligen har såväl legalt som illegalt använda substitutionsläkemedel bidragit till detta.

⁵ Sedan en längre tid består analyserade heroinbeslag enligt Kriminalpolisens och Tullverkets årsrapporter huvudsakligen av brunt heroin (se t ex Rikskriminalpolisen och Tullverket 2008).

⁶ 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 50 under senare hälften av 2000-talet.

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 mer eller mindre 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 22). Bensodiazepinpreparat är den största gruppen även om en del smärtstillande läkemedel som morfin, kodein, dextropropoxifen, metadon, tramadol, subutex och liknande också förekommer. År 2009 gjordes närmare 8 000 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) beräknades 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.

Under 2008 genomfördes en befolkningsenkät i åldrarna 15–64 år och av dessa uppgav motsvarande 50 000 personer i åldersintervallet att de senaste 30 dagarna före underökningen använt ”narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel utan läkarordination” (Statens folkhälsoinstitut 2010b).

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 (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 befolkningens narkotikakonsumtion, d v s främst tillfällig/experimentell användning, kommer från olika enkät- och intervjuundersökningar. Utvecklingen av det mera problematiska missbruket beskrivs dock främst med andra typer av källor. Detta medför att konsumtionsutvecklingen beskrivs i två olika delavsnitt, först behandlas narkotikaerfarenheter i befolkningen i stort och därefter fokuseras på det sk tunga missbruket. Källorna beskrivs närmare i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Utvecklingen bland ungdomar

Även om det inte finns några rikstäckande data som fortlöpande speglar narkotikans utbredning i Sverige så pekar det mesta 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 mönstringsundersökningarna⁷. Som framgår av diagram 25 (tabellerna 60–61 och 63) har narkotikaerfarenheten varierat över tid. Under 1990-talet ökade andelen ungdomar som svarat att de prövat narkotika. Efter millennieskiftet inträffade en temporär nedgång men nivån har återigen ökat. År 2009 uppgav 8% av eleverna i årskurs 9 att de prövat narkotika medan andelen i gymnasiets årskurs 2 var dubbelt så hög (Gripe och Hvitfeldt 2009).

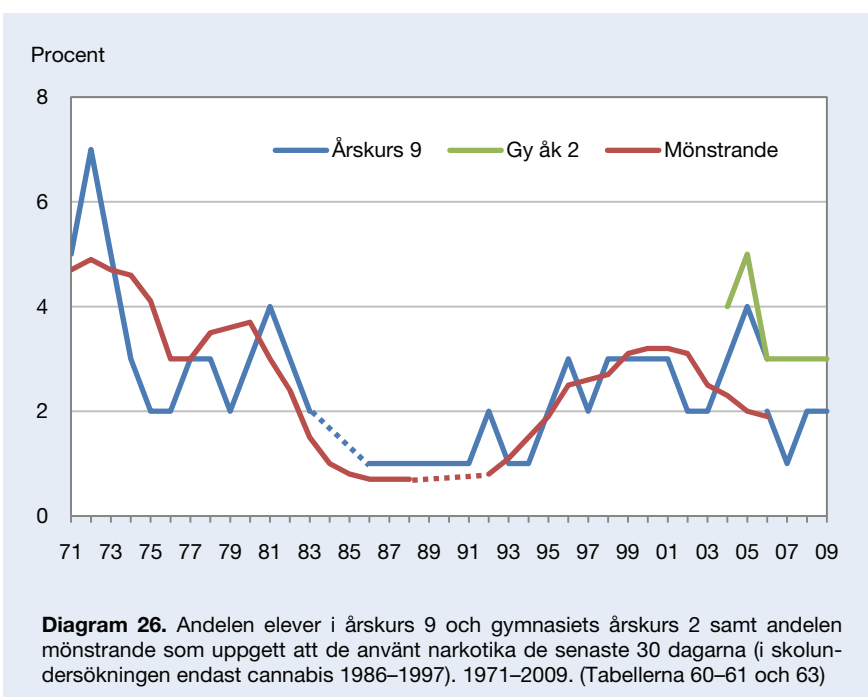
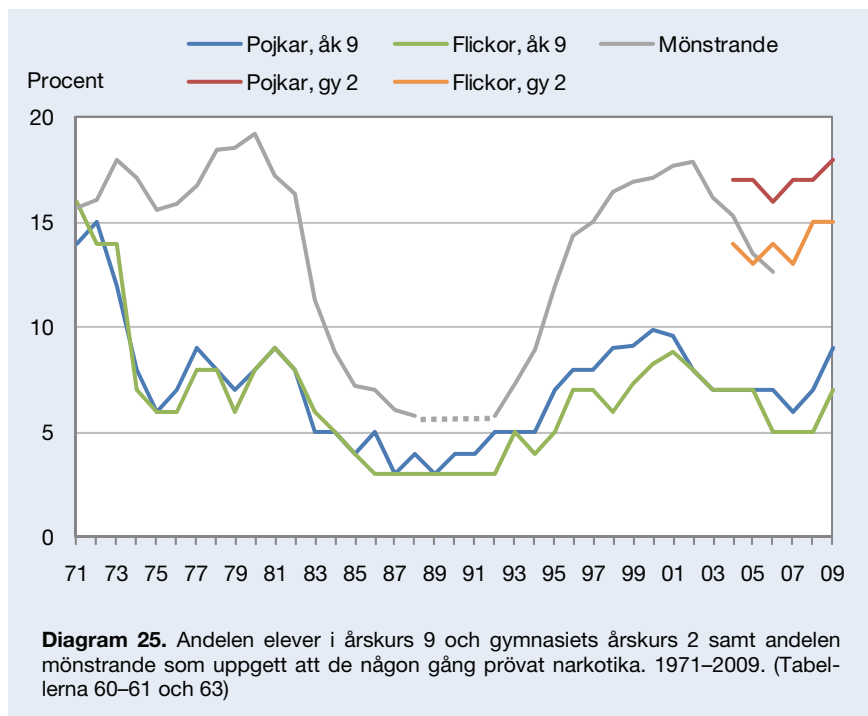
Narkotikaerfarenheten bland ungdomar (liksom vuxna) utgörs huvudsakligen av cannabisanvändning. Under 2000-talet har i grova drag 60% av dem med narkotikaerfarenhet i de nämnda undersökningarna enbart använt cannabis, medan drygt 5% enbart använt annan narkotika än cannabis.

Av tabell 64 framgår att i andra hand, efter cannabis, uppger nuförtiden 2–3% av gymnasieungdomarna erfarenhet av amfetamin och narkotikaklassade bensodiazepinpreparat använda utan läkareordination medan övriga preparat endast nämns av någon enstaka procent.

Mellan 1994 och 2003 insamlades även uppgifter om äldre ungdomar (16–24 år) via telefonintervjuer och enligt resultaten ökade andelen som prövat narkotika från 4 till 17% (Guttormsson et al 2004). Främst var det äldre ungdomar som prövat narkotika, även om en viss mättnad infinner sig: det är få som debuterar efter 21 år fyllda och debutåldern var 17,5 år för de som fyllt 20 år.

⁷ Denna undersökningsserie avslutades i och med 2006 års datainsamling (se Guttormsson 2007).

Narkotikautvecklingen



För att fånga mera aktuell och frekvent användning efterfrågas ofta användning under de senaste 30 dagarna före undersökningen. Enligt diagram 25 är utvecklingen av den månadsaktuella användningen i stora drag densamma som för livstidsprevalensen⁸. De lägsta nivåerna uppmättes således under 1980-talet. I intervjuerna med 16–24-åringarna framkom att den aktuella användningen tenderade att vara mest förekommande i 21-årsåldern.

Utvecklingen bland vuxna

Den idag existerande nationella frågeundersökningen om vuxnas narkotikaerfarenheter är den årliga nationella folkhälsoenkäten som startades 2004 av Statens folkhälsoinstitut. Denna 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 12% i åldersgruppen att de prövat detta någon gång. I åldersintervallet 16–29 är det störst andel (ca 20%) som uppger cannabiserfarenhet och med stigande ålder sjunker denna rapportering.

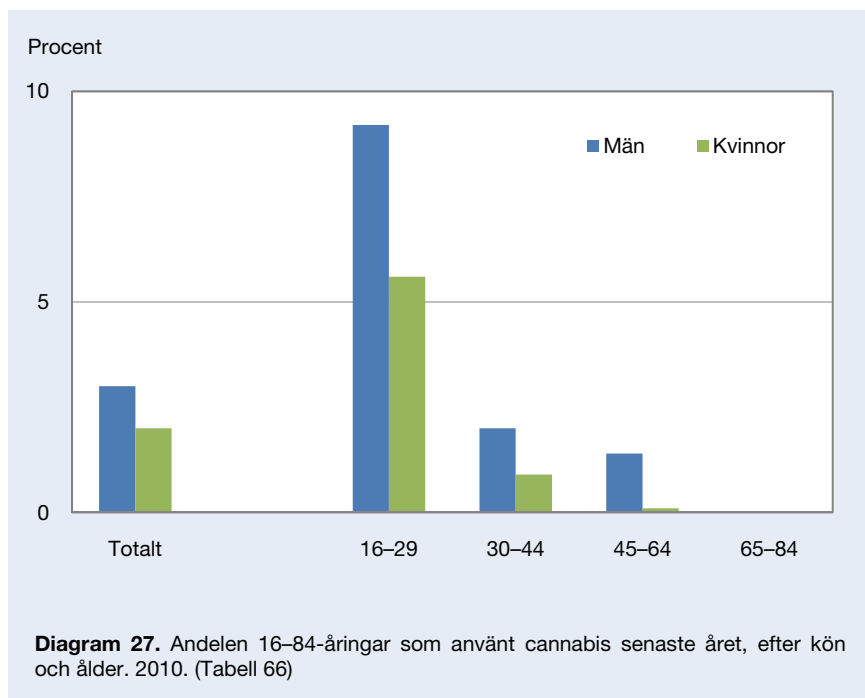
Två procent svarar att de använt cannabis senaste året och en procent att de gjort så senaste månaden. Dessa värden är återigen högst bland 16–29-åringarna. I diagram 27 redovisas årsprevalensen fördelad på åldersgrupper och för 16–29-åringarna var dessa värden 9% för männen och 6% för kvinnorna. Omräknat till antal personer uppger i runda tal 130 000 ungdomar i åldersintervallet att de använt cannabis under senaste året, eller 170 000 av samtliga tillfrågade.

Under 2008 genomfördes även en postenkät om drogvanor i befolkningen i åldersintervallet 15–64 år (Statens folkhälsoinstitut 2010b). Totalt uppgav 18% att de prövat någon typ av narkotika medan 2% av männen och 1% av kvinnorna svarade att de använt narkotika senaste månaden. Bortfallet uppgick till 62%.

Mellan 1988 och 2000 genomfördes besöksintervjuer i riksrepresentativa urval med 15–75-åringar och då ökade andelen som prövat narkotika från 8 till 12% (CAN 2007). 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.

⁸ År 2006 ändrades frågekonstruktionen i skolundersökningarna och detta år redovisas därför värden för både den gamla och nya varianten (samma värden i gymnasiet).

Narkotikautvecklingen



Eftersom såväl metod som frågeställningar och åldersgrupper skiljer sig åt jämfört med folkhälsoinstitutets nyare enkäter är det svårt att dra några bestämda slutsatser om utvecklingen över tid, men tillgängliga studier tyder ändå på att cannabiskonsumtionen är större i befolkningen idag jämfört med på 1990-talet.

Könsskillnader

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

Bland eleverna i åk 9 förekommer knappt några könsskillnader alls vad gäller att ha prövat, men fler pojkar uppger månadsaktuell användning jämfört med flickorna. I gymnasiets årskurs 2 har skillnaderna blivit något tydligare; pojkarna har i större omfattning än flickorna testat narkotika och den månadsaktuella användningen är dubbelt så omfattande. Åtminstone från de övre tonåren finns alltså tydliga könsskillnader i narkotikaerfarenheter.

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 (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 visade t ex folkhälsoenkäten för 2005–2008. Årsaktuell cannabiserfarenhet bland ungdomar 16–24 år var enligt denna källa vanligare i storstadsområden jämfört med övriga städer samt tätorter och i synnerhet jämfört med mera glesbefolkade regioner. Samma mönster framkom tidigare i mönstringsundersökningarna och de gamla serierna av ungdomsundersökningar, liksom i Statens folkhälsoinstituts omfattande befolkningsenkät om narkotika från 2008.

Av tabell 15 framgår att bland gymnasieeleverna är narkotikaerfarenheter vanligare i Stockholms och Skåne län och minst vanliga i norra Sverige. Detta regionala mönster är inte lika tydligt för eleverna i nian och således manifesteras geografiska skillnader först i lite högre åldrar. I tabell 18 presenteras 2006 års mönstringssiffror per län. Som framgår var narkotikaerfarenheten allra högst i Stockholms län samt lägst i Värmland.

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

Sociala faktorer

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 majoriteten av dem som använt narkotika har motsvarande problematiska bakgrund. Detta är inte heller rimligt eftersom i storleksordningen någon miljon svenskar har prövat narkotika. Samtidigt är det från olika undersökningar känt att ungdomar som prövat narkotika skiljer sig från andra ungdomar i olika avseenden.

Av skolundersökningen framgår exempelvis att bland de elever i nian som prövat narkotika uppger tre gånger fler att de trivs dåligt i skolan och fyra gånger fler att de att de skolkar ett par gånger i månaden eller oftare, jämfört med dem som inte prövat narkotika. Vidare uppgav de att de i klart högre utsträckning drabbats av olika sociala problem i samband med att de druckit alkohol. Eftersom fler gymnasieelever prövat narkotika blir dessa skillnader mindre markanta, även om de kvarstår.

I mönstringsundersökningen framkom att narkotikaerfarenhet var tre gånger så vanlig bland dem som varken arbetade eller studerade vid mönstringstill-

Narkotikautvecklingen

fället, jämfört med dem som studerade, och att regelbunden användning var fem gånger så vanlig (år 2005). Mindre skillnader mellan personer med utländsk bakgrund (själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar framkom även. Bland de förstnämnda hade år 2006 runt 16% prövat narkotika, jämfört med 12% bland de sistnämnda. Samma år fann man även att de som var missnöjda med sin livssituation rapporterade väsentligt mera omfattande drogerfarenheter jämfört med dem som var nöjda.

Av 2003 års ungdomsundersökning framgick att narkotikaerfarenheten bland dem 21 år och äldre var förhöjd bland såväl universitetsstudenter som bland dem som saknade sysselsättning, jämfört med dem som arbetade. Samtidigt var narkotikaerfarenheten av allvarligare art bland dem som var ”sysslösa”, de hade klart större erfarenheter av olika narkotikasorter och debutåldern var nästan två år lägre än för studenterna. Till detta kan exempelvis också läggas klart mera omfattande sniffningserfarenheter.

Skillnader mellan grupper som nämnts ovan accentueras ofta om man ser till aktuell/frekvent användning. Med detta menas att ungdomar som fortsätter använda narkotika skiljer sig med avseende på den typ av uppgifter som presenterats ovan, jämfört med dem som endast prövat narkotika enstaka gånger.

Eftersom förhållandevis få har aktuella cannabiserfarenheter i befolkningen är det svårt att finna statistiskt säkerställda samband när man delar in materialen i undergrupper. I folkhälsoinstitutets hälsoenkät 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 kan noteras 2010 är att de som använt cannabis senaste året har lägre inkomst.

Eftersom den befolkningsenkät som genomfördes 2008 bland 15–64-åringar riktade sig till ett stort urval är det möjligt att hitta olika samband. Bl a framkom att narkotikaerfarenheter var vanligare bland arbetslösa personer eller personer med ekonomiska problem, bland bostadslösa, bland personer med svaga sociala nätverk och med psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut 2010b).

En tidigare analys av 16–24-åringar från frånhälsoenkäten visade att färre utlandsfödda än svenskfödda ungdomar prövat cannabis. Det framkom också att bland arbetslösa 20–24-åringar är det fler som uppger årsaktuell cannabisanvändning jämfört med dem som arbetar, och även bland de studerande 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 s k indikatorer, d v s icke individrelaterade uppgifter om olika företeelser som antas ha samband med narkotikamissbruk. Sammansatta kan sådana indikatorer antas ge en någorlunda god bild av utvecklingen över tid. En sådan genomgång följer efter 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).

Likartade och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979, 1992 samt 1998 och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat de personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via arbetet. Med en särskild statistisk metodik har därefter mörkertalet lagts till (Olsson et al 2001).

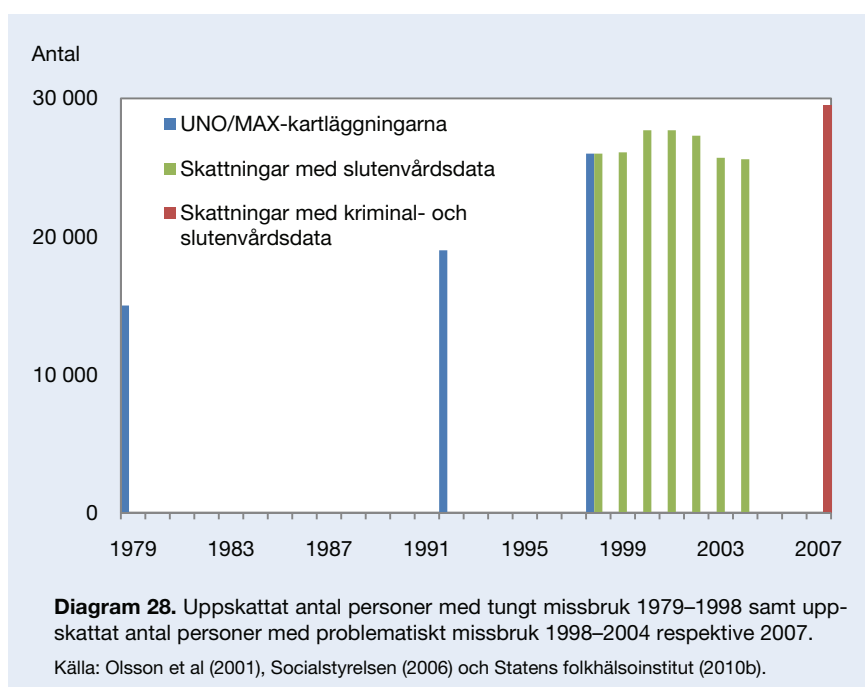
För 1979 skattades antalet personer med ett s k tungt missbruk⁹ till 15 000, för 1992 till 19 000 och för 1998 beräknades antalet till 26 000 (tabell 68 och diagram 28). Resultaten är osäkra och bör snarast ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar.

Utifrån de ovan presenterade antalsuppgifterna var den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998, vilket betyder att nyrekryteringen var förhållandevis stor under 1990-talet. De allra flesta (runt 90%) hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis var de dominerande drogerna i kartläggningarna.

Amfetaminet dominerade missbruket för ca 32% 1998 medan 28% hade opiater som dominerande drog. Tidigare kartläggningar tog amfetaminet en stör-

⁹ 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).

Narkotikautvecklingen



re plats. För 8% var cannabis dominerande medel 1998, vilket innebar en nedgång mot tidigare.

Uppskattningar av antalet personer med ett problematiskt narkotikamissbruk¹⁰ 1997–2001 som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartläggningarna har presenterats av Brå (2003) och senare kompletterats av Socialstyrelsen (2006). Skattningarna utgår från statistik över narkotikavårdade och utifrån detta har statistiska bearbetningar gjorts för att uppskatta mörkertalet.

Enligt denna metod uppgick antalet personer med problematiskt missbruk till 26 000 såväl år 1998 som 2004, med en lite puckel däremellan. Medelåldern låg runt 37 år under hela perioden.

Ytterligare en registerstudie av den problematiska narkotikaanvändningen har publicerats av Statens folkhälsoinstitut (2010b). Denna utgår från en kombination av personer med narkotikadiagnoser i patientregistret och personer

¹⁰ Med definitionen "problematiskt missbruk" läggs fokus på problem uppkomna av narkotikaanvändningen (här uttryckt i form av slutenvårdsbehov) snarare än intagningsätt och användningsfrekvens. Ett möjligt problem med skattningen är att den baseras på en enda typ av källa (slutenvårdsregistret) och att förändringar inom vårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

som klassificerats som narkotikamissbrukare inom kriminalvården och skattar som tidigare undersökningar även mörkertalet. Enligt denna studie uppgick antalet problematiska narkotikaanvändare¹¹ till 29 500 år 2007. Siffran är något högre än i tidigare skattningar, även om man tar hänsyn till befolkningsökningen, men detta kan bero på att olika metoder använts och behöver inte innebära att missbruket ökat i omfattning.

Resultaten från de olika undersökningarna presenteras i diagram 28. Det bör återigen framhållas att dessa siffror inte är direkt jämförbara eftersom de tagits fram med olika beräkningsmetoder. Tämmligen klart är att det tunga missbruket ökade till och med 1990-talet, mera osäker är utvecklingen därefter. Möjligen kan dagens nivå vara historiskt hög, men tillgängliga material tillåter alltså ingen sådan slutsats.

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, vilket kan illustreras med data över 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 utökade polisresurser, d v s ett resultat av samhällets reaktioner på problemet. 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 är historiskt hög.

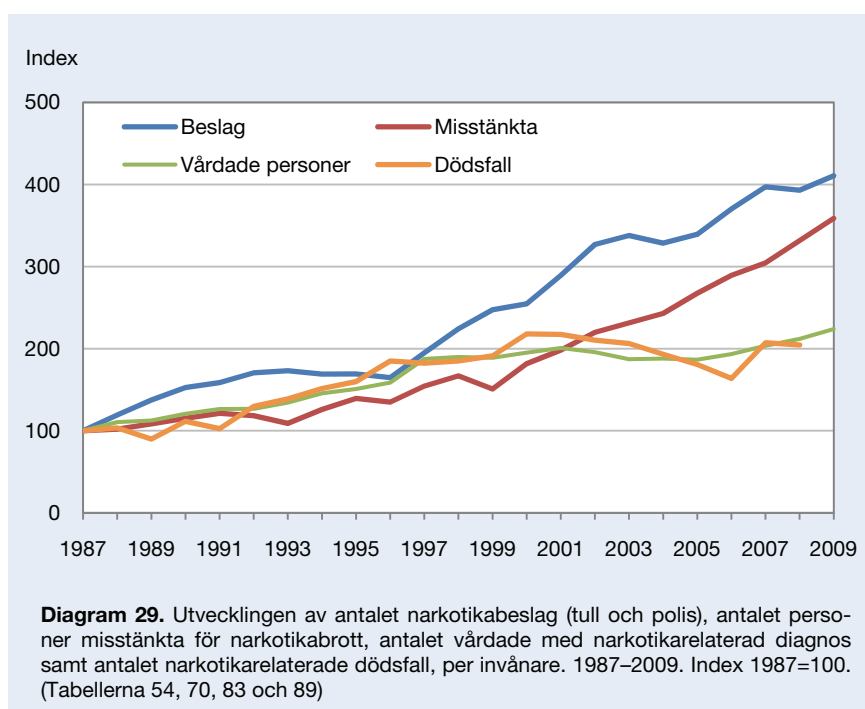
Ovanstående illustrerar att det är viktigt att hålla i minnet att indirekta uppgifter kan påverkas inte bara av missbrukets omfattning utan även av samhällets insatser och prioriteringar, liksom förändringar inom själva statistikinnsamlingen. För att få en så rättvisande bild som möjligt är det därför viktigt att använda så många källor som möjligt.

I diagram 29 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 antalet invånare och har indexerats med utgångsåret 1987 satt till 100.

De kriminalstatistiska uppgifterna visar under perioden 1987–2009 på en kraftigare uppgång (närapå fyrfaldig) jämfört med uppgifterna gällande sjuk- och dödlighet (en fördubbling). Att kriminalstatistiska data visar på öknings

¹¹ Personer som skrivits ut från den slutna hälso- och sjukvården med en narkotikadiagnos eller som klassats som grav narkotikamissbrukare inom kriminalvården.

Narkotikautvecklingen

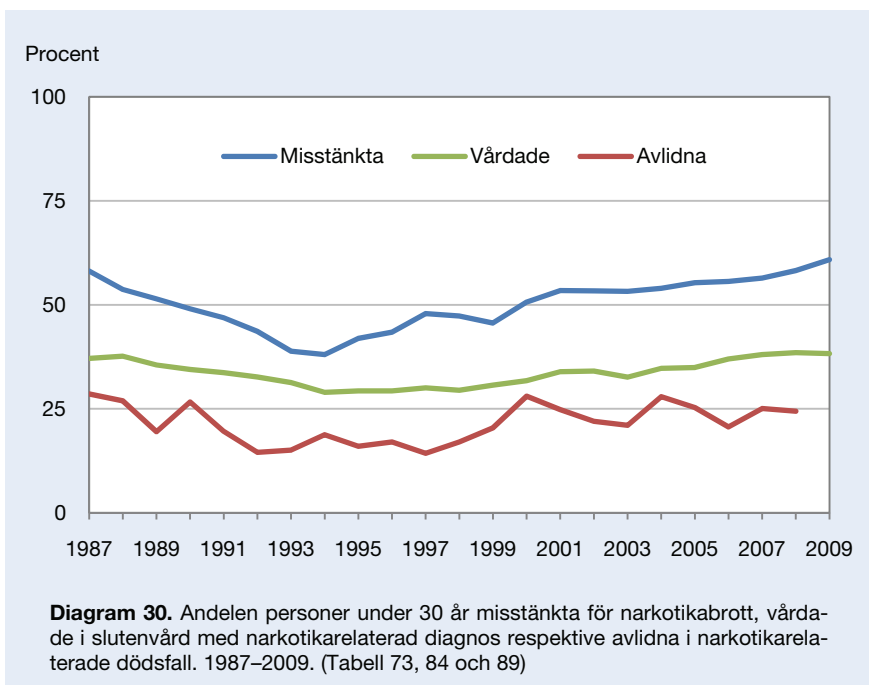


kan som nämnts delvis ha att göra med utökad lagstiftning och resurstilldelning¹² medan ökningarna i sjuk- och dödlighet skulle kunna förklaras av ökade hälsoproblem hos ett åldrande missbrukskollektiv.

Kombinerat med uppgifterna från de kartläggningar som tidigare presenterats är det tydligt att narkotikamissbruket ökade i omfattning under 1990-talet, även om indikatorerna kanske 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.¹³

¹² 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 34 600 år 2009, vilket förklaras av de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk genom urinprov.

¹³ Enligt uppgifter baserade på rättsmedicinska data publicerade av Statens folkhälsoinstitut är antalet dödsfall där man vid rättsmedicinska undersökningar funnit spår av heroin lägre 2009 jämfört med toppåret 2001.



En faktor som talar för att det inte skett någon förbättring av läget gällande det problematiska missbruket under 2000-talet är att antalet ny tillkomna vårdade för narkotikadiagnos, d v s ej tidigare inlagda individer med narkotikadiagnos, har ökat och att deras antal år 2009 – ca 4 900 – var högre än någonsin tidigare (diagram 32 och tabell 83)¹⁴.

Ytterligare ett förhållande som pekar på att läget snarare försämrats än förbättrats under 2000-talet är att andelen personer under 30 år som misstänkts för narkotikabrott respektive vårdats för narkotikadiagnos har ökat, från 51 till 61% i det förstnämnda fallet och från 32 till 38% i det andra (diagram 30). Andelen avlidna i narkotikadiagnoser har legat runt 25% under 2000-talet, vilket är en stabilare men samtidigt högre nivå jämfört med 1990-talet. Andelen i yngre åldersgrupper minskar alltså inte i statistiken, snarast ökar de, och ser man till de faktiska antalen handlar det om två- till femdubblingar (tabellerna 73, 84 och 89).

Kartläggningarna i det föregående avsnittet visade på en ökning av det allvarligaste narkotikamissbruket fram till millennieskiftet, och möjligen även därefter. En liknande bild får man alltså om man studerar beslags-, kriminal-, sjuk- och dödlighetsstatistiken: ingen av dessa källor pekar på någon förbättring av situationen under 2000-talet. Tvärtom visar flertalet indikatorer att det

¹⁴ Detta mått beskrivs närmare i avsnittet "Vård, sjuklighet och dödlighet".

Narkotikautvecklingen

förvärrade läge som uppstod under 1990-talet kan ha fortsatt i en negativ riktning, men i lägre takt.

Någon säker bedömning av utvecklingen av det tunga missbruket utifrån tillgängliga indikatorer är alltså svår att göra. Men inte minst mot bakgrund av att narkotikatillgängligheten tidigare bedömts vara hög så förefaller dock ovanstående tolkning, med ett ytterligare något försämrat läge för missbrukets omfattning under 2000-talet, som den tolkningen som ligger närmast till hands.

Könsskillnader

Liksom för alkoholmissbruk är andelen kvinnor lägre även för narkotikamissbruk, 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 tabellerna 73 och 74 framgår att andelen kvinnor som misstänkts respektive lagförts för narkotikabrott legat runt 15% alltsedan mitten av 1970-talet. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2009 har också varit stabil, men på en högre nivå (runt 34% enligt tabell 83). I statistiken över personer som inrapporterats som hiv-smittade via intravenöst missbruk är andelen kvinnor lägre och uppgår till 27% (tabell 87).

Av tabell 89 framgår att kvinnornas andel av de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort drygt 20% under 2000-talet men att andelen låg runt 30% dessförinnan.

Om man använder kartläggningarna som utgångspunkt kan man dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade i slutenvård. Hiv- och dödsorsaksstatistiken är de källor som ligger kartläggningarna närmast vad gäller speglingen av kvinnoandelen.

Regionala skillnader

Inte minst när det gäller tyngre former av narkotikamissbruk förekommer regionala variationer, och missbruket är ofta koncentrerat till storstadsregionerna. I de tre tidigare nationella kartläggningarna har storstadskommunerna alltid haft fler personer med tungt missbruk, relaterat till invånarantal, jämfört med övriga landet (diagram 31). Detta gällde 1998 även Stockholms län.

I alla tre mätningarna låg Malmö kommun i topp beträffande tungt missbruk relaterat till invånarantal. I den sista mätningen från 1998 hade dock Stockholms kommun närmast sig och låg på i stort sett samma nivå.

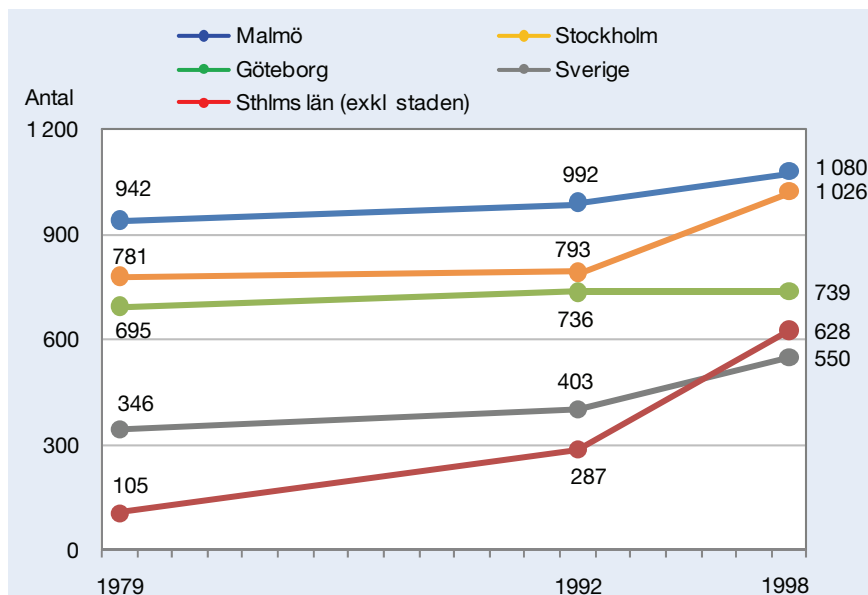


Diagram 31. Antal personer med tungt narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001).

Även de olika indikatorerna visar att det problematiska narkotikamissbruket är koncentrerat till storstäderna. Enligt tabell A är det bara för narkotikarelaterade hepatit-C fall som icke storstadslän bidrar med den andel som dessa befolkningsmässigt utgör av hela riket (49%). För hepatit gäller att rapporte-

Tabell A. Procentuell fördelning på län av personer misstänkta för brott mot varusmugglingslagen (narkotika), misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen, slutenvårdstillfällena, injektionsrelaterade hepatit C-fall respektive hiv-fall samt narkotikarelaterade dödsfall. Medelvärden för de tre senaste tillgängliga åren. (Tabellerna 71, 72, 85, 86, 88 och 90)

	Stock- holm	Västra Götaland	Skåne	Övriga län	Totalt
<i>Population, alla åldrar</i>	21	17	13	49	100
Misstänkta, VSL narkotika	24	14	48	14	100
Misstänkta, Narkotikastrafflagen	28	17	15	40	100
Slutenvårdstillfällena	32	18	12	38	100
Hepatit C-fall	20	17	14	49	100
Hiv-fall	74	3	4	19	100
Dödsfall	27	15	22	36	100

Narkotikautvecklingen

ringen bygger på i vilket landsting smittan upptäcktes första gången, d v s inte nödvändigtvis var smittan överfördes. Om detta kan ha påverkat fördelningen är dock inte känt.

För de övriga indikatorerna i tabellen gäller dock att storstäderna uppvisar en överrepresentation gentemot övriga riket. Exempelvis är 86% av narkotikasmugglingsbrotten rapporterade från storstadslän, och närmare bestämt är cirka hälften av smugglingsfallen rapporterade från Skåne län, vilket är naturligt med tanke på länets förbindelser med kontinenten.

Också för de narkotikarelaterade hiv-fallen är storstadslänen kraftigt överrepresenterade, med över 80% av de inrapporterade fallen. Här är det dock Stockholm som sticker ut med totalt 74% av alla inrapporterade injektionsrelaterade hiv-fall. Stockholm är även överrepresenterat, i förhållande till folkmängden, för narkotikabrott samt narkotikarelaterad sjuk- och dödlighet.

Västra Götalands proportionella andel i de redovisade indikatorerna följer invånarandelen väl, med ett undantag. Det som sticker ut är den låga andelen hiv-fall (3%). Även Skåne län utmärker sig med en låg (4%) andel hiv-fall. Däremot är andelen narkotikarelaterade dödsfall högre i Skåne än vad som skulle vara förväntat gentemot länets befolkningsandel. Högre dödlighetsnivåer i Skåne och Stockholm kan ha att göra med högre heroinförekomst i dessa län.

Jämför man länsfördelningen över tid kan man notera att andelen narkotikavårdade ökat något i icke-storstadslän jämfört med 1990-talet. Samtidigt har andelen sjunkit i Stockholms län i motsvarande grad. Samma förhållande gäller även för de narkotikarelaterade dödsfallen. I övrigt är det svårt att se några tydligt ändrade förhållanden över tid för länen.

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, och behöver inte vara det ursprungliga eller allvarligaste problemet för en enskild individ.

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

Goldberg (2010) påpekar att många vetenskapliga undersökningar visar att personer med tungt missbruk ("problematiska konsumenter") 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 genomgått. 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).

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). Någon senare mera omfattande kartläggning eller beskrivning av personer med tungt missbruk och deras psykosociala förhållanden och bakgrunder saknas dessvärre.

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, dels för att uppgifterna är intressanta i sig, men också för att vissa metodologiska frågor bör belysas närmare.

Merparten av narkomanvården bedrivs inom socialtjänstens och sjukvårdens regi, men även 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 många förändringar skett, exempelvis en övergång från institutions- till öppenvård.

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 tvångsvårdsstatistiken (LVM-vård) som särskiljer insatser för 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 tvångsvårdsinsatserna för narkotikamissbruk minskat kraftigt och under 2000-talet har genomsnittssiffran uppgått till omkring 130 årligen (tabell 35).

Utöver tvångsvården var vid samma tillfälle år 2009 ca 2 200 personer frivilligt intagna på institution, för någon form av missbruk. Detta är en nedgång från ca 4 300 personer 1989 (tabell 34). Samtidigt gjorde socialtjänsten även någon form av öppenvårdsinsats på missbruk i 12 300 fall år 2009, liksom 6 300 biståndshandläggare avseende boende (Socialstyrelsen 2010). Statistiken för dessa åtgärder åtskiljer dock inte typ av missbruksmedel 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 uppgångar i antalet lagförda narkotikabrott har antalet personer som bedömts ha ett narkotikamissbruk vid intagningen till kriminalvården också ökat. Inom frivården har dessa perioden 2005–2009 skattats till ca 5 000 en given dag (1 april), vilket är en fördubbling jämfört med 1970-talet (tabell 80). Även i anstaltsvården har klienter med narkotikaproblem ökat kraftigt och dessa uppgick i genomsnitt till 2 400 under samma period och med samma mätteknik som ovan (tabell 81).

Totalt togs ca 10 000 personer in i anstalt under 2009 och enligt tabell 82 bedömdes 57% vara narkotikamissbrukare. Till skillnad mot tidigare, då tillgreppsbrott var vanligast, är narkotikabrott det vanligaste huvudbrottet numera bland de intagna. Sedan 2005 har en femtedel av de intagna narkotikabrott som huvudbrott. I takt med att flera personer med narkotikaproblem kommer i kontakt med kriminalvården har behandlings- och påverkansprogram mot missbruk byggts ut.

Det kan konstateras att under en given dag 2009 var det, oräknat dem i häkte, 7 000 personer med drogproblem som var föremål för kriminalvård och den-

na historiskt höga nivå har gällt alltsedan 2003. Uppgången får ses i ljuset av rättsväsendets ökade insatser men torde också peka på 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 2009 till ca 18 700 vilket är den högsta siffran sedan rikstäckande statistik blev tillgänglig 1987 (tabell 83 och diagram 32). 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 2009 erhöll närmare 11 000 individer någon form av narkotikarelaterad slutenvård, vilket är en fördubbling på 20 år. Antalet vårdtillfällen per person har alltsedan 1987 legat på i genomsnitt 1,7.

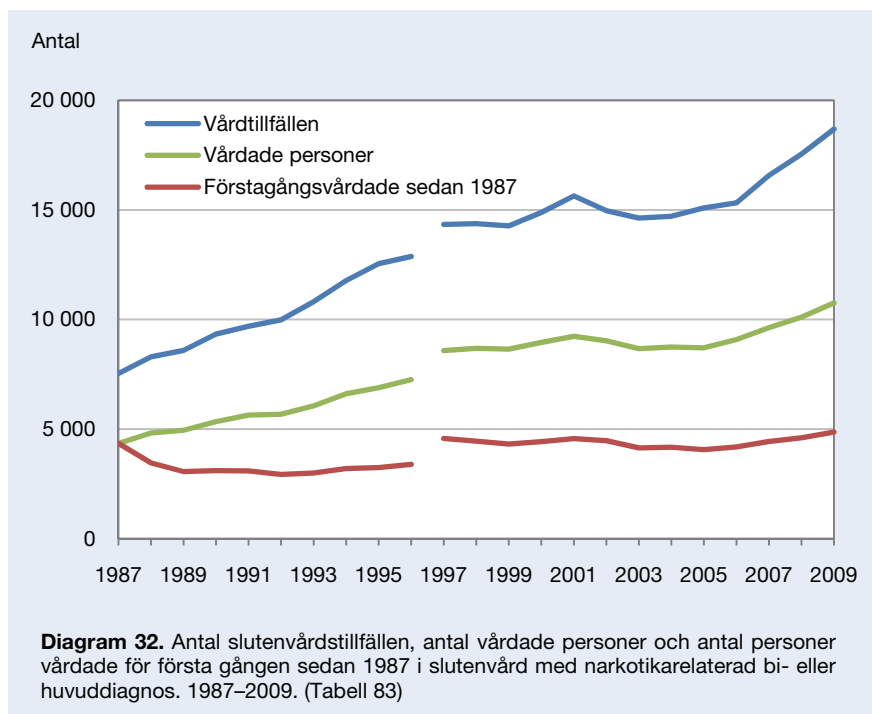
Ett sätt att mäta nyrekrytering till narkotikamissbruk är att följa antalet personer som för första gången vårdas med narkotikarelaterad diagnos. I början är tidsserien över dessa (i diagram 32) missvisande hög därför att det saknas

möjlighet att göra länkningslängre tillbaks än 1987¹⁵. Under den första hälften av 1990-talet, efter att denna effekt torde ha avklingat, låg antalet årligen nytillkomna klienter runt 3 100.

Nya diagnosklassifikationer infördes 1997 vilka åter tyckas ha lett till länkingsproblem bakåt i tiden (i diagrammet är samtliga tidsserier brutna p g a införandet av de nya ICD-koderna). Antalet sjunker från 4 600 år 1997 till 4 100 år 2005 men ökar åter därefter. År 2009 var antalet förstagångsvårdade med narkotikadiagnos 4 900, en uppgång med 20% jämfört med 2005. Tillströmningen av patienter tidigare okända för narkotikaproblem inom slutenvården under 2009 var därmed den högsta hittills.

¹⁵ Som framgår är antalet förstagångsvårdade för 1987 därför identiskt med antalet individer som vårdats under detta år.

Narkotikautvecklingen

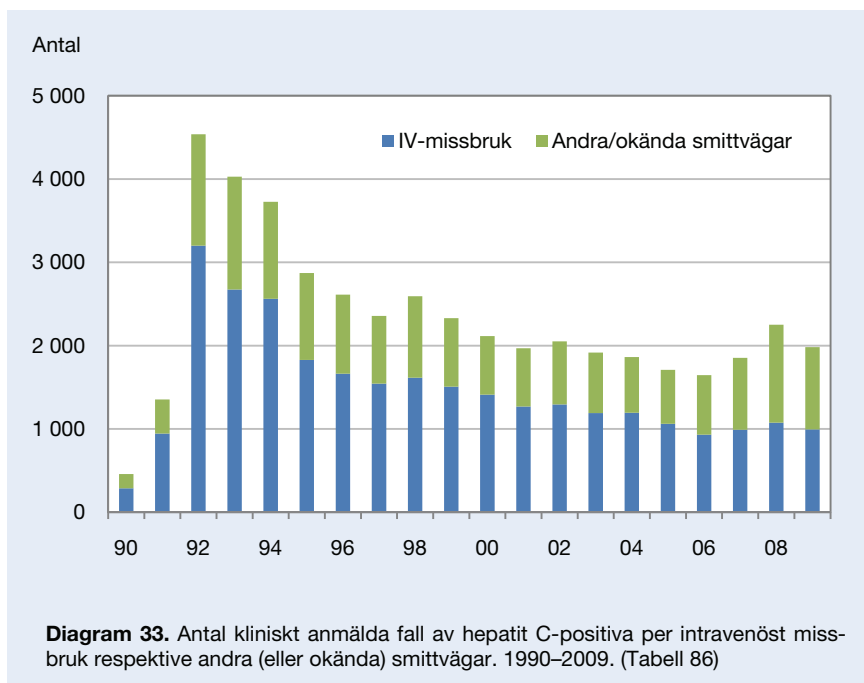


Hepatit

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 ECNN¹⁶ har visat på en hepatit C-prevalens om 80–90% bland svenska injektionsnarkomaner (se www.emcdda.europa.eu). En nyare studie från Stockholm fann att 82% av de drygt 700 personer man kom i kontakt med 2007–2008, vilka injicerat narkotika senaste 12 månaderna, var hepatit C-positiva (Britton et al 2009). Hepatit C är alltså vanligt bland svenska injektionsmissbrukare.

Sammanlagt har över 29 000 fall av hepatit C med intravenös smittväg anmälts kliniskt mellan 1990 och 2009 (diagram 33). Dessa utgör knappt två tredjedelar av samtliga inrapporterade fall med hepatit C (i många av de övriga fallen är dock smittvägen okänd eller inte uppgiven). Mellan 1995 och 2006 halverades antalet injektionsrelaterade fall, till drygt 900, men därefter

¹⁶ Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk.



har en liten uppgång skett. Om detta beror på att injektionsnarkomanerna smittats allt mer, ökat i antal, eller om flera fall påträffats på grund av ökad provtagning går dock inte att avgöra utifrån tillgänglig information¹⁷. Ökningen syns dock främst i icke-storstadslän (tabell 86).

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, från ca 100 till 16 fall per år. Därefter har dock antalet intravenöst hivsmittade personer legat på en högre nivå och i genomsnitt uppgått till 33 om året.

Hittills har totalt ca 1 100 personer rapporterats blivit hiv-smittade via intravenöst missbruk och den 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

¹⁷ Den kraftiga puckeln i början av 1990-talet beror hursomhelst på att personer som länge burit på antikroppar kunde diagnostiseras först då.

Narkotikautvecklingen

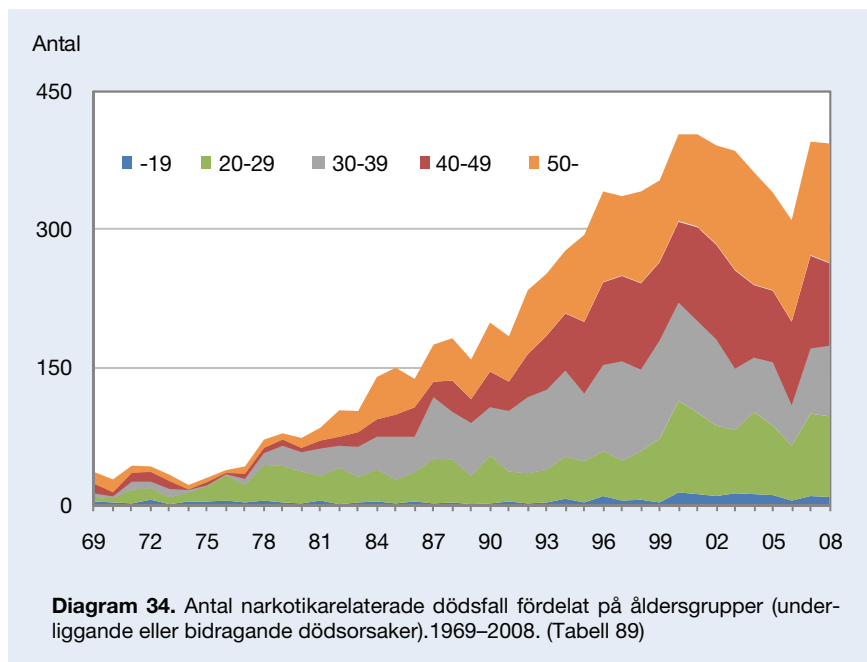
senaste 12 månaderna, var hiv-positiva (Britton et al 2009). Sannolikt bidrog denna studie till den tillfälliga topp som syns i statistiken.

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 en hög överdödlighet, särskilt för heroinmissbrukare (Tunving, Olsson och Krantz 1989). 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 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 metodkapitlet).¹⁸

Fram till mitten av 1970-talet, dvs innan heroin introducerades i Sverige, låg antalet narkotikarelaterade dödsfall relativt lågt och uppgick till runt 35 per år (diagram 34). Därefter ökade antalet kraftigt fram till 2001 och uppgick då till ca 400. Ökningen har sannolikt flera orsaker; farligare droger och drogkombinationer, ett ökat antal missbrukare, en ökande sårbarhet och sjuklighet i en åldrande missbrukspopulationen etc.

Efter 2001 inträffade en nedgång men 2007–2008 uppgick dödsfallen åter till ca 400. Noterbart är att nedgången 2002–2006 främst kan hänföras till gruppen 30–39 år, för vilka dödsfallen halverats 2006. 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 data¹⁹ har såväl antalet som andelen heroinrelaterade dödsfall minskat jämfört med toppen 2001.

Noterbart är även att antalet dödsfall bland personer 30 år och yngre inte minskat. Detta tyder på att de totalt sett relativt höga dödstalen inte enbart kan förklaras med en sjukligare missbrukspopulation, utan även av ett fortsatt inflöde av yngre personer. Precis som det saknas säkra förklaringar till nedgången mellan 2002 och 2006 finns ingen tillgänglig analys som klargör uppgången 2007–2008.

En geografisk fördelning av indexet presenteras i tabell 90 och det kan konstateras att Stockholms län stod för runt hälften av dödsfallen i början av perioden men bara en fjärdedel i slutet av densamma. Istället har Skåne och icke-storstadslänen ökat sina andelar under perioden. I absoluta tal har det dock skett uppgångar i samtliga regioner.

Sammanfattningsvis ökade de narkotikarelaterade dödsfallen fram till millennieskiftet enligt Socialstyrelsens index och detta kan inte enbart förklaras med en åldrande och sjukligare missbrukspopulation. Efter en temporär nedgång är de senaste årens nivå densamma som den vid millennieskiftet, men det saknas djupare analyser som beskriver orsakerna till utvecklingen.

¹⁸ Ett narkotikarelaterat dödsfall innebär inte att den avlidne alltid måste motsvara sinnebildens för en person med allvarigare och uttalat narkotikamissbruk, även om så ofta är fallet. Det kan möjligen vara fråga om personer som vid något enstaka tillfälle experimenterat med narkotika och drabbats av följdverkningar som lett till döden. Det kan också vara (ofta äldre) personer som överdoserat narkotikaklassade läkemedel. Majoriteten av dödsfallen i Socialstyrelsens index är dock kopplade till narkotikamissbruk i traditionell bemärkelse.

¹⁹ Dessa uppgifter baseras inte på ICD-koder utan redovisar antalet fall där man vid rättsmedicinska undersökningar testat för och funnit spår av narkotika. Statistikserien publiceras på www.fhi.se.

Narkotikasituationen internationellt

I FNs rapport om drogsituationen i världen uppskattas antalet personer som använt narkotika senaste 12 månaderna uppgå till omkring 200 miljoner, eller 5% av alla 15–64-åringar. Antalet problematiska konsumenter uppskattas till cirka 30 miljoner. Globalt sett är cannabis den vanligaste drogen, därefter kommer amfetamin, kokain och opiater. Missbruk av läkemedel konstateras vara ett växande problem (UNODC 2010).

Även i Europa är cannabis den vanligaste narkotikan, 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%).

Även i USA är cannabis den vanligaste narkotikasorten och där har 42% av invånarna 12 år och äldre rapporterat att de prövat detta medan 7% har använt drogen senaste månaden (SAMHSA 2010). Jämfört med EU-länderna är således cannabiserfarenheter klart 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, såtillvida att det är olika preparat som missbrukas på olika sätt, för det andra avspeglas den varierande synen på missbruket i valet av nationella definitioner. I ECNNs statistiska bulletin (www.emcdda.europa.eu) finner man i en EU-landsjämförelse att Sverige in-tar en mellanställning vad gäller problematisk droganvändning relaterat till befolkningen 15–64 år. Vad gäller narkotikarelaterad dödlighet ligger Sverige sämre till än EU-genomsnittet.

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 narkotikaerfarenheter i befolkningen är mera ovanliga, detta gäller vuxna men enligt följande avsnitt också inte minst för 15–16-åriga skolungdomar. Däremot kommer Sverige sämre ut i jämförelser av problematisk droganvändning och narkotikarelaterade dödsfall.

Utvecklingen bland ungdomar

Vid fyra tillfällen perioden 1995–2007 har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinatör. 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 i 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 provat narkotika (tabell 53).

I diagram 35 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 under 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 var 6 respektive 2% i samma åldersgrupp.

I USA utförs sedan många år regelbundna undersökningar av skolelevers drogerfarenheter (Johnston et al 2010). Dessa visar att den uppgång i narkotikaerfarenheten som skedde under 1990-talet bröts runt millennieskiftet men att den efterföljande nedgången nu hejdats, och detta innan nivåerna hunnit återgå till det tidiga 1990-talets omfattning. De amerikanska trenderna påminner mycket om de svenska, i synnerhet om man även inkluderar 1970- och 1980-talen i jämförelsen.

Samtidigt får det noteras att bland elever i (motsvarande) årskurs 9 uppgav 2009 mer än var tredje elev narkotikaerfarenhet och i (motsvarande) gymna-

Narkotikautvecklingen

siets årskurs 2 gjorde närmare hälften detta (som tidigare redovisats var motsvarande siffror 8 respektive 16 i Sverige). Även om trenderna varit likartade över tid är alltså den amerikanska nivån på narkotikaerfarenheten väsentligt högre än den svenska.

Narkotikautvecklingen

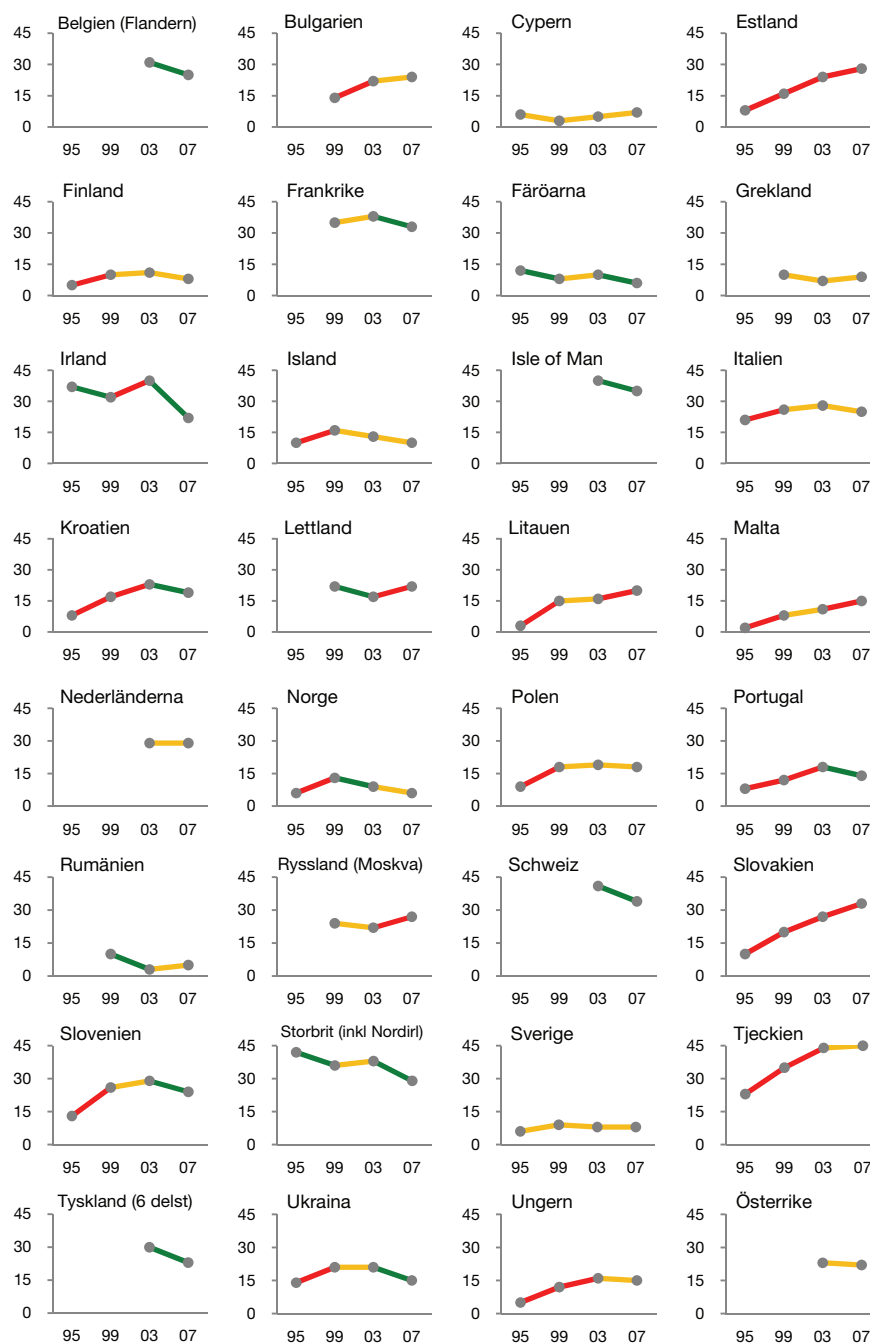


Diagram 35. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995–2007. (Tabell 53)

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

Gripe I och Hvitfeldt T (2009). *Skolelevers drogvänor 2009*. Rapportserie nr 118. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U (2010). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2009*. Rapportserie nr 121. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

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

Goldberg T (2010). *Hur blir man narkoman? – Och hur hindrar vi det?* 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 Pompidou Group at the Council of Europe.

Johnston L D et al (2010). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2009*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Jonasson U och Jonasson B (2006). *Beroendeskäpande 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.
- Missbruksutredningen (2010). *Bättre vård och stöd för Individen – Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- 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 (2010). *Drogsituationen – Lägesbild i Sverige 2008–2009*. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- SAMHSA (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health*. 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 (2010a). *Minskade skador av alkoholkonsumtion och ett narkotikafritt samhälle – Uppföljning av de nationella handlingsplanerna*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2010b). *Narkotikabruket i Sverige*. www.fhi.se.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dödsfall med förekomst av droger baserade på rättsmedicinska data*. Nedladdat från www.fhi.se 2009-10-29.
- Socialstyrelsen (2010). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2009*. 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 2000:126. *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen. Stockholm: Fritzes.
- UNODC (2010). *World Drug Report 2010*. Vienna: United Nations Office On Drugs and Crime.
- UNDCP (2000). *World Drug Report*. New York: Oxford University Press.

Snifningsutvecklingen

Inledning

Den sortens snifning som avses i detta kapitel kan beskrivas som djup inandning av gaser eller lättflyktiga ämnen och är ett fenomen främst bland yngre tonåringar. I begreppet snifning 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. Problemet med ungdomar som sniffade uppmärksammades på 1950-talet, då var olika lösningsmedel de mest förekommande, sedan slutet av 1980-talet har emellertid olika typer av gaser blivit ett vanligare snifningsmedel (CAN m fl 1997).

Snifning 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. Snifning 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 snifningsdöd”¹.

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

¹ Information angående snifning och boffning har hämtats från Vårdguidens hemsida; www.vardguiden.se, 2010-09-23.

Snifningsutvecklingen

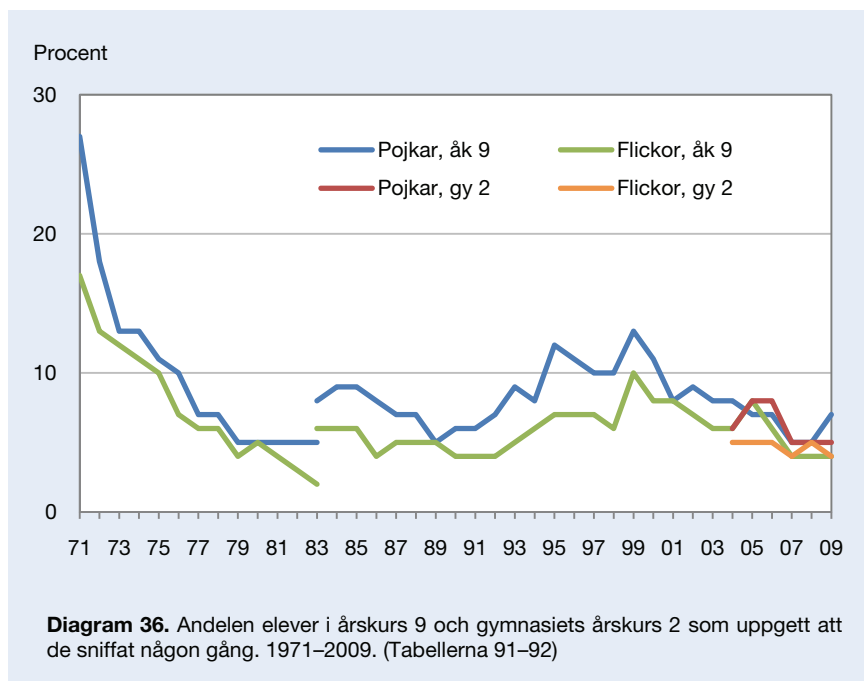
användas i berusningssyfte, meddela särskilda föreskrifter om märkning, förvaring och försäljning efter samråd med kemikalieinspektionen (varor som avses i förordningen 1977:944). Verket får även förbjuda försäljning av visst varuslag till den som inte har fyllt 18 år. Det är även bestämt att Läkemedelsverket utövar tillsynen över att denna förordning följs och ska, efter samråd med Kemikalieinspektionen, offentliggöra vägledande förteckningar över de ämnen och varor som avses.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

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

I diagram 36 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 svars-



mönstret antog som synes en högre nivå med den nya frågeformuleringen. Detta innebär att 1970-talets nivåer i jämförelse med dagens i själva verket var ännu högre.

Under hela 1970-talet skedde en markant nedgång av sniffningen, vilken fortsatte även under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter tämligen ovanliga; då svarade cirka 5% av eleverna i årskurs 9 att de prövat att sniffa. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka och 2009 uppgav 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 nämnvärt².

I CANs gymnasieundersökningar i årskurs 2 från 2004 har det de tre senaste åren varit cirka 5% av eleverna som uppgett att de sniffat. Både vad gäller årskurs nio och gymnasiet är det någon enstaka procent som säger sig ha sniffat de senaste 30 dagarna (tabellerna 91–92).

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de mönstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna i årskurs 9 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 de nationella skolundersökningarna i USA kan man tydligt se att elever i gymnasieåldern nästan alltid rapporterar lägre livstidsprevalenssiffror för sniffning jämfört med elever i åldern 15–16 år (Johnston et al 2010). 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

² För ytterligare information angående detta frågebyte se *Skolelevers drogvanor 2009* (Gripe och Hvitfeldt 2009).

Sniffningsutvecklingen

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 ger utrymme för subjektiva uppfattningar.

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 framkämde man 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 34 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2009 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 2009, var det endast två personer som fick LVM-vård för enbart lösningsmedelsmissbruk, av totalt 973 personer, och i ytterligare fyra fall förekom det i kombination med andra droger (Socialstyrelsen 2010).

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 skillnad 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 15 visar sniffningserfarenheten hos skolelever i årskurs 9 respektive gymnasiets årskurs 2 i genomsnitt för perioden 2007–2009 fördelad på olika regioner³. Enligt tabellen är de regionala skillnaderna i sniffningserfarenheter väldigt små.

Enligt mönstringsundersökningen avtog under 1990-talet sniffningserfarenhet tydligt med minskande befolkningstäthet, men i de sista genomförda undersökningarna⁴ minskade skillnaden mellan storstadsområden, tätorter och landsbygd och var i likhet med skolundersökningen tämligen liten. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 18 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 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 (tabell 94). Skillnaderna var tydligast i årskurs 9 men återfanns även i gymnasiets år 2. Det var även något vanligare att de som sniffat uppgav att vandalism⁵ var vanligt i området samt

³ Sammanslagningar har gjorts eftersom urvalet är för litet för att redovisa enstaka år liksom för län med liten befolkning.

⁴ Den allra sista undersökningen gjordes 2006.

⁵ Med frågan avses klotter, olaglig grafitti och förstörelse.

Sniffningsutvecklingen

att de gärna ville flytta därifrån så fort de kunde, jämfört med dem som inte sniffat. För flickor i gymnasiet var det dock ingen skillnad mellan dem som hade sniffningserfarenhet och inte, vad gällde vandalism i bostadsområdet.

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 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. I tabell 94 syns detta samband då det är betydligt vanligare bland dem som har sniffat att även ha provat narkotika och även vad gäller intensivkonsumtion är det vanligare bland dem med sniffningserfarenhet.

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 37 (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 12% 2009 (Johnston et al 2010).

Snifningsutvecklingen

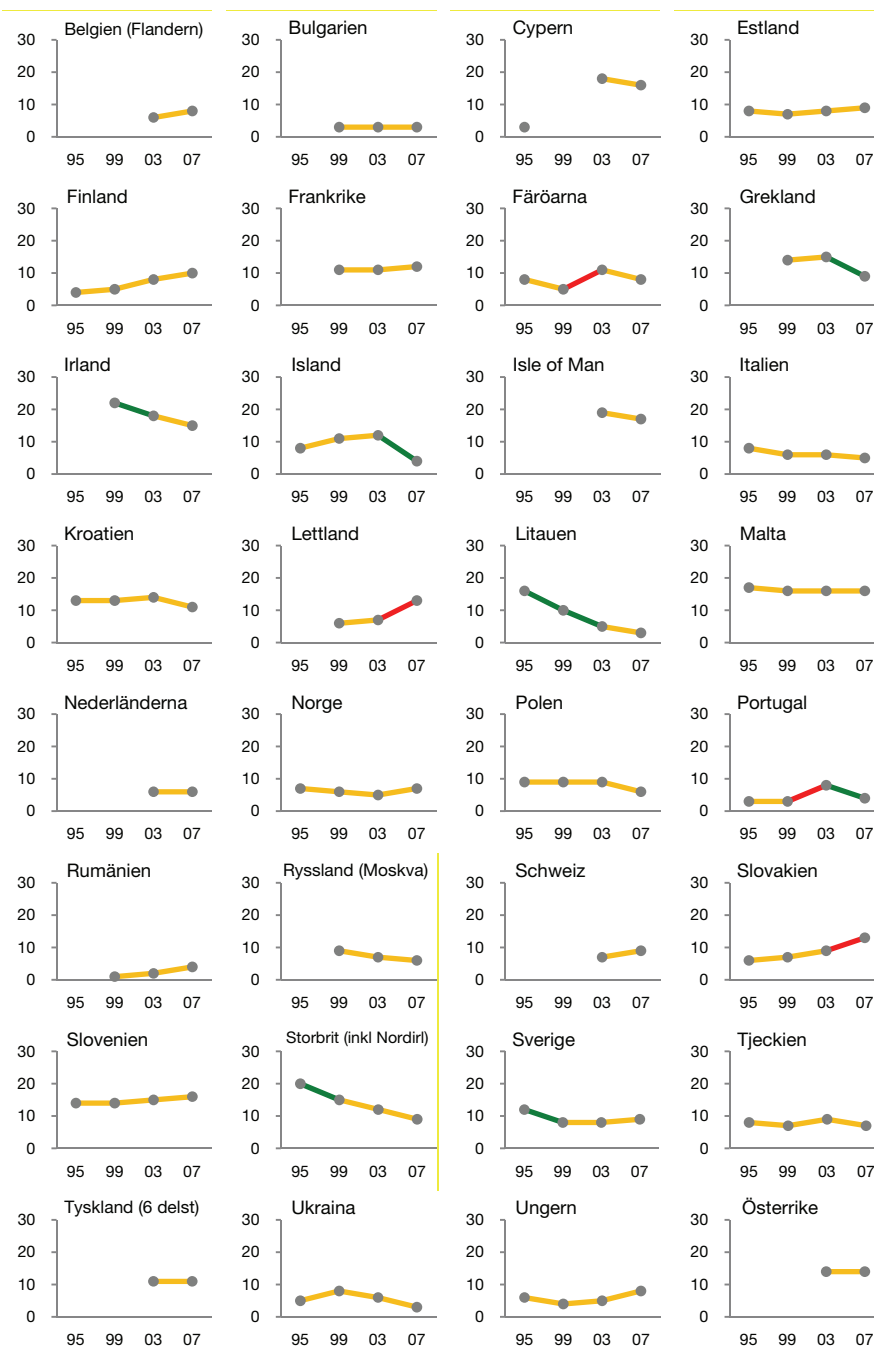


Diagram 37. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som sniffat någon gång, 1995–2007. (Tabell 53)

Referenser

CAN, Riksförbundet Föräldraföreningen Mot Narkotika och Riksförbundet Hem och Skola (1997). *Tänk om dom sniffar...* 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.

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 (2010). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2009*. 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 Tvånget*. Betänkande av socialberedningen. SOU 1987:22. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Socialstyrelsen (2010). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Dopningsutvecklingen

Inledning

Under 1990-talets början blev doping som fenomen och användandet av dopningspreparat alltmer uppmärksammat, i och med att 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. Utanför sporten återfinns dopningsmissbruk främst bland kroppsbyggare och kriminella, enligt utredningen om kontroll av missbruksmedel (SOU 2008:120).

I följande kapitel 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. 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 exempelvis 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 substanser som omfattas av Dopningslagen förklaras inte minst av att det främst är för dessa 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, och vidtagit åtgärder mot.

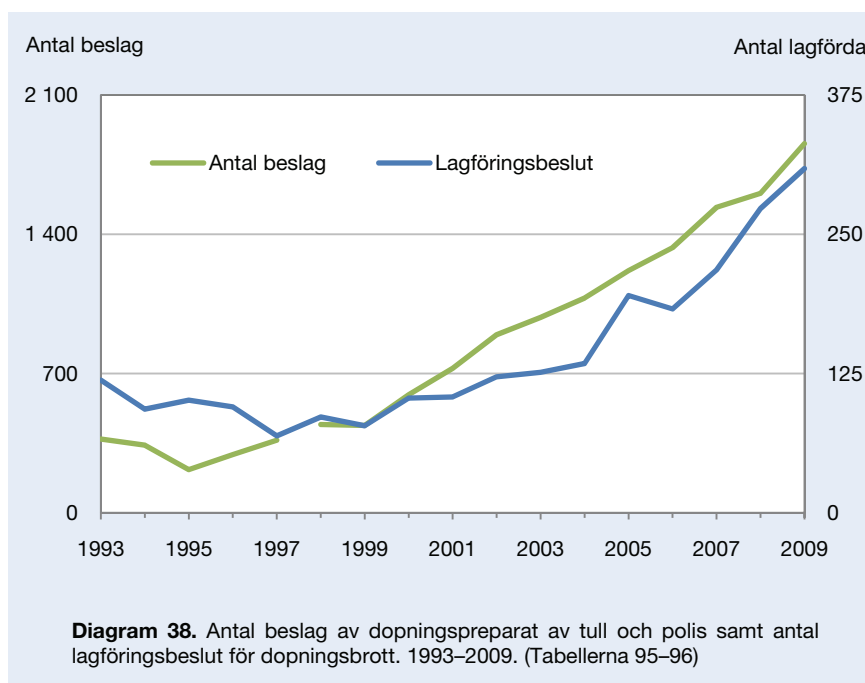
Dopningsutvecklingen

Den 1 januari 2008 övertog berörda myndigheter ansvaret att genomföra insatser mot dopning, vilket tidigare låg på den nationella narkotikasamordnaren. I samband med detta skapades en särskild samordningsfunktion i Regeringskansliet – ANDT-sekretariatet – med ansvar att samordna alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Under oktober 2010 lades en proposition gällande Narkotikautredningens förslag i SOU 2008:120, vilka bl a syftade till att förbättra kontrollen av olika missbruksmedel. Bl a föreslås att straffen för grova dopningsbrott höjs från 4 till 6 år, den 1 april 2011.

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 38 visar att antalet beslag ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1998 (detta år gjordes en statistikomläggning varför linjen i diagrammet brutits). År 1998 uppgick tullens och polisens samlade beslag till drygt 400, jämfört med närmare 1 900 år 2009, vilket motsvarar 7% av alla narkotikabeslag 2009.



Beslagens storlek har fluktuerat genom åren. År 2009 togs ca 300 000 tabletter (genomsnittligt för hela perioden) medan mängden injektionsvätska var relativt hög. Sammantaget kan dock även beslagsmängderna sägas ha ökat över tid, trots att variationer 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 sedan har de ökat kraftigt och uppgick till bortåt 1 800 under 2009.

Även misstänkta personer respektive lagföringar för dopningsbrott har ökat; sedan millennieskiftet rör det sig om en tredubbling. År 2009 gjordes drygt 300 lagföringsbeslut gällande brott mot dopningslagen (diagram 38). Ca 30% av lagföringarna 2008–2009 utgjordes av åtalsunderlåtelse¹ och denna andel har ökat under 2000-talet. Samtidigt som lagföringarna blivit fler kan brottens (relativa) grovhet således ha minskat.

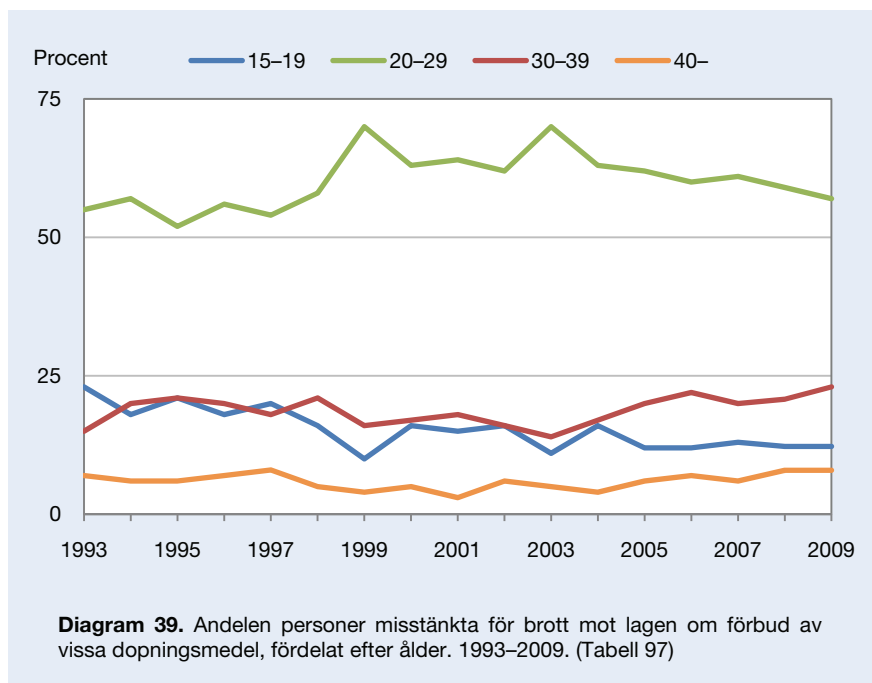
Kvinnor förekommer sällan i dopningsbrottslighet. Endast ca 2% av alla misstänkta för dopningsbrott är kvinnor (tabell 96). Av efterföljande tabell (och diagram 39) framgår att merparten av dem som misstänkts för dopningsbrott är i 20–29-årsåldern. Denna andel ökade från drygt hälften under 1990-talets första hälft till 70% år 2003. Därefter har emellertid andelen äldre ökat: år 2003 var 19% av de misstänkta 30 år och äldre medan motsvarande andel uppgick till 31% år 2009. Detta indikerar att medelåldern i gruppen dopningsanvändare kan ha stigit.

När kriminalstatistiska uppgifter som dessa 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 påverkar utvecklingen av dessa uppgifter. Narkotikabeslagen har exempelvis också ökat kraftigt sedan 1990-talets början, utan att detta nödvändigtvis tas som intäkt för att narkotikakonsumtionen ökat i motsvarande grad. Enligt Statens folkhälsoinstitut (2010) har exempelvis polisen ökat antalet riktade dopningsinsatser under senare år.

Ovanstående externa faktorer kan ha spelat en större roll för uppgångarna än att dessa i huvudsak skulle förklaras av mångdubblingar i antalet dopningsanvändare, inte minst som det är svårt att finna andra källor utöver de kriminalstatistiska som indikerar en motsvarande ökning.

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 grovare brottslighet och att strafftiden inte skulle utökas av det nya brottet. Brottet noteras dock i belastningsregistret.

Dopningsutvecklingen



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 dopningsfrågor i olika drogvaneundersökningar. En närmare beskrivning av sådana studier av återkommande karaktär återfinns i metodkapitlet.

Bland skolungdomar i årskurs 9 respektive gymnasiets årskurs 2 har sedan 1993 runt 1–2% av pojkarna och 0–1 av flickorna svarat att de prövat anabola steroider (tabellerna 98–99). I 2004 års skolundersökning justerades frågeställningen, något som kan förklara att värdena i nian sedan detta år snarast legat på 2 respektive 1% (Gripe och Hvitfeldt 2009).

Mellan 1994 och 2006 ställdes också dopningsfrågor i den numera avslutade undersökningen bland månstrande artonåriga män (Guttormsson 2007). Under hela denna period sjönk andelen månstrande som uppgav att de prövat anabola steroider från 1,4 till 0,6% (tabell 100).

Även i de riksrepresentativa telefonintervjuer som gjordes 1993–2003 med ungdomar 16–24 år var det någon enstaka procent av männen som uppgav er-

farenhet av anabola steroider (tabell 101), liksom i dopningsutredningens omfattande telefonintervju från 1995 med 10 000 18–30-åriga män (Guttormsson et al 2004 respektive Utredningen om dopning 1996).

Perioden 1993–2000 genomfördes fyra besöksintervjuer i den vuxna befolkningen (15–75 år) där man frågade om erfarenhet av anabola steroider. I studierna uppgav 0–1% av männen upp till 50 år att de prövat anabola steroider. Knappt någon i övriga grupper uppgav sådana erfarenheter och totalsiffran för steroiderfarenhet i befolkningen var 0%. Ingen i dessa studier uppgav erfarenhet av tillväxthormon (tabell 102).

Två senare studier har genomförts i den vuxna befolkningen gällande dopningserfarenheter. En utfördes 2008 bland 18–50-åringar och frågade via webben om bl a erfarenheter av anabola steroider och tillväxthormon. Man fann att 0,6% av männen 0,1% av kvinnorna i riket någon gång använt sådana medel (Leifman och Rehnman 2008). På grund av den låga svarsfrekvensen (31%) gjordes en bortfallsuppföljning men en uppvägning baserad på bortfallsanalysen förändrade inte slutresultatet i någon avgörande grad².

Ytterligare en frågeundersökning genomfördes med postenkäter under 2008 och man fann att i åldersintervallet 15–54 år hade 0,9% av männen och endast enstaka kvinnor (färre än en halv procent) någon gång provat AAS. Omräknat till antal personer innebär det att cirka 22 000 män i åldersintervallet någon gång prövat anabola steroider. Detta var vanligare bland de yngre männen och bland 18–34-åringarna svarade 0,9% att de använt AAS under senaste året, vilket motsvarar ca 9 000 män i åldersintervallet (Statens folkhälsoinstitut 2009).

Det får således konstateras att under det femtontal år man frågat om anabola steroider har ca 1% av de yngre männen i olika frågeundersökningar svarat att de någon gång prövat sådana preparat medan färre eller inga alls uppgett sådana erfarenheter i andra befolkningsgrupper. Att kvinnor redovisar hormondopningserfarenhet är mycket sällsynt, likaså är det ovanligt med aktuell 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

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.

Dopningsutvecklingen

narkotika, är det enligt de olika frågeundersökningarna ofta 10–20 gånger fler pojkar/män som rapporterar att de provat narkotika.³

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.

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 ca 98% 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 svårt att påvisa eventuella regionala variationer med någon större säkerhet. Detta illustreras av tabell 15 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 provat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna (Guttormsson 2007). På grund av det stora antalet tillfrågade kan dessa data även presenteras på länsnivå (tabell 18). Det framgår av tabellen att värdena år 2006 varierade mellan 0,1 och 1,5% och att de var lägst i Halland, Uppsala samt Örebro och allra högst i Gävleborg.

Dopningsutredningens TEMO-undersökning från 1995 var också så pass omfattande att regionala nedbrytningar möjliggjordes och denna studie fann att spridningen av erfarenheten av anabola steroider var någorlunda jämnt fördelad i riket bland de 18–30-åriga männen.

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 provat dopningsmedel i högre utsträckning har använt medlen i större omfattning jämfört med dem som provat narkotika.

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 provat 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% provat 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 provat 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 provat 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 gymnasiet 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 provat 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 snifningsmedel.

Dopningsutvecklingen

Även Statens folkhälsoinstitut (2009) påtalar sambanden med annan droganvändning.

Många som prövat och använder 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 2009 års undersökning. Detta år svarade 1% att de gjort så, jämfört med 4% under toppen 2000–2002. Den föregående perioden ökade andelen steroiderna 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. År 2009 var det 2% av dessa som svarade att de använt anabola steroider (Johnston et al 2010).

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 (2010). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2009*. 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.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder*. 2009:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2010). *Minskade skador av alkoholkonsumtion och ett narkotikafritt samhälle – Uppföljning av de nationella handlingsplanerna*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- 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 mer allmänt förekommande under senare hälften av 1800-talet. I början av 1900-talet var vått snus vanligt. (CANs faktablad om tobak 2010)

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. Det övergripande målet för den svenska tobakspolitiken är att minska tobaksbruket, och de nationella etappmålen för tobaksområdet är vägledande för regeringens satsningar på tobaksområdet (prop. 2002/03:35, bet. 2007/08:SoU11). Etappmålen är; en tobaksfri livsstart från 2014, en halvering till 2014 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa, en halvering till 2014 av andelen rökare bland de grupper som röker mest samt att ingen ofrivilligt ska utsättas för rök i sin omgivning.

- 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 tobaksnäringsfri (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 innehållsdeklarerationer på cigarettpaket (Magnusson och Nordgren 1994).

Tobaksutvecklingen

- 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 styckevis 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.
- 2008** 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).

Aktuella händelser 2010

Från och med den 1 januari 2010 är minimipunktskatten på cigaretter 1 krona och 29 öre per cigarett. I övrigt är skattesatserna avseende tobaksskatt oförändrade.

I proposition 2009/10:207 föreslogs förändringar i tobakslagen som syftar till en bättre efterlevnad av bestämmelserna om åldersgräns samt en effektivare tillsyn.

Det ska bli lättare för kommunerna att ha kontroll över tobaksförsäljarna. I fortsättningen måste de som vill sälja tobak anmäla det till kommunen. Kraven på de näringsidkare som säljer tobaksvaror skärps. Bland annat ska kommunen kunna förbjuda försäljning vid allvarliga eller upprepade överträdelse av bestämmelserna i tobakslagen eller utfärda en varning.

Att sälja tobaksvaror utan att först ha gjort anmälan till kommunen kan medföra straffrättsligt ansvar, likaså att sälja tobak i strid med meddelat försäljningsförbud. De nya reglerna började gälla den 1 augusti 2010.

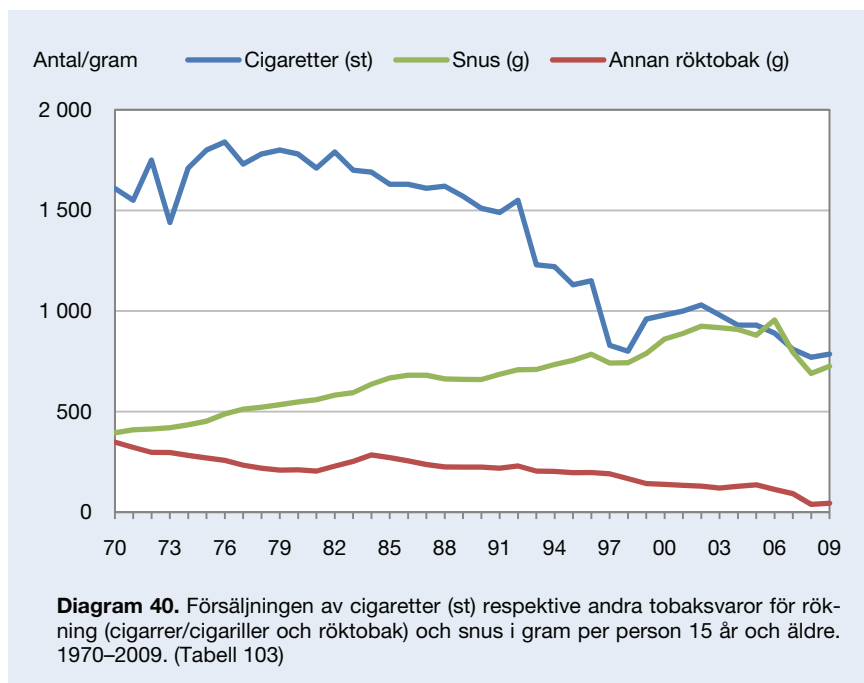
Försäljningsutvecklingen

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 lågpriscigaretter ingår i statistiken. Sedan 2003 finns uppgifter från SoRAD som kompenserar för dessa statistiska brister i försäljningssiffrorna och således speglar den faktiska konsumtionen mera korrekt.

Under 1900-talets början var snus den produkt som dominerade marknaden tillsammans med piptobak och i någon mån cigarrer/cigariller. Årsförsäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut aldrig över 500 stycken per person 15 år och äldre (Socialstyrelsen 1986). Efter andra världskriget skedde dock en kraftig försäljningsökning. Den nådde en topp 1976 då det såldes över 1 800 cigaretter per person 15 år och äldre.

Av tabell 103 och diagram 40 framgår att cigarettförsäljningen därefter minskat. Efter den stora nedgången 1997–1998, vilken sammanföll med den temporära cigarettskattehöjningen, återhämtade sig försäljningen något men

Tobaksutvecklingen



har sedan 2002 åter fortsatt att sjunka, från 1 030 cigaretter per person 15 år och äldre till 786 stycken 2009. Försäljningen av annan röktobak (rulltobak, pipetobak och cigarr/cigarill) minskade konstant under 1970-, 1980- och 1990-talen medan den legat relativt konstant runt 130 gram per person 15 år och äldre under första halvan av 2000-talet, en nedgång kan dock urskiljas de senaste åren och 2009 uppgick försäljningen till 45 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 2009 726 gram per person 15 år och äldre. 2006 års ökning av snusförsäljningen skedde parallellt med en minskning av snus användandet i skolundersökningarna (tabellerna 105–106). Snus användandet i den vuxna befolkningen undersöks av Statens folkhälsoinstitut sedan 2004 och även här kan man se en svag minskning bland männen (tabell 108). Ökningen i försäljningen kan istället 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 lågpriscigarett 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 skatthöjningen 1997. Under perioden 2004–2008 låg beslagen i genomsnitt på 20 miljoner per år, men 2009 beslagtogs 57 miljoner.

Beslagsökningen 1997 kom parallellt med skatthöjningen, medan prissänkningen 1998 alltså inte ledde till att beslagen återgått till forna nivåer. Ökningen av beslag 2009 står ännu utan förklaring, men preliminära siffror från Tullverket visar att även beslagen 2010 blir ovanligt stora. 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 taxfreehandeln. Den registrerade försäljningen skulle då sammantaget ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettkonsumtionen 1998. Den 1 juli 1999 avskaffades taxfreeförsäljningen inom EU, något som torde ha bidragit till uppgången av den inhemska försäljningen.

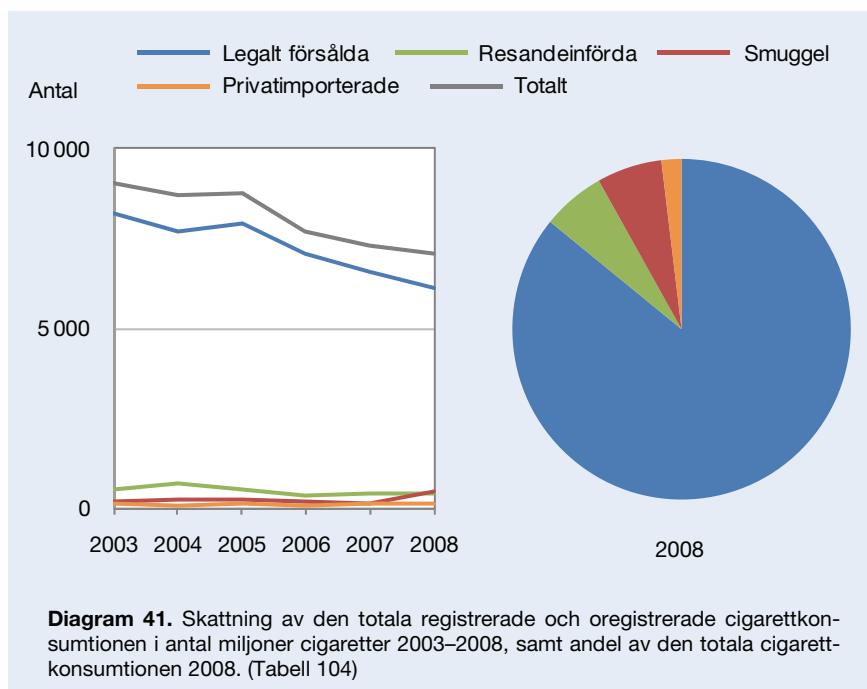
Enligt diagram 41 beräknas den registrerade försäljningen¹ 2003–2007 stå för bortåt 90% av den totala konsumtionen, betydligt högre än 1998 således, i den mån beräkningsmetoderna är jämförbara. År 2008 har den andelen sjunkit till 86%, det totala antalet konsumerade cigaretter har dock fortsatt att sjunka (tabell 104). Tidigare har antalet resandeförda cigaretter utgjort den största delen av de oregistrerade cigaretterna men 2008 utgör smuggelcigaretterna en lika stor andel, cirka 6% (diagram 41).

Den totala cigarettkonsumtionen² uppgick 2008 till 7,1 miljarder cigaretter, vilket är en minskning med drygt 20% jämfört med 2003. Sett över tidsperioden har den oregistrerade cigarettförsäljningen utgjort runt 10% av den totala konsumtionen, 2008 utgör den till följd av den ökade smugglingen emellertid 14%.

¹ Antalet legalt försålda cigaretter är hämtade från Skatteverket och inkluderar lågpriscigarett till skillnad från försäljningsuppgifterna i tabell 103 och diagram 40.

² Köp via Internet ej inkluderat.

Tobaksutvecklingen



Relaterat till försäljningen så som den beskrivs i diagram 40³ (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 2008, räknas ut till 911 cigaretter per person 15 år och äldre jämfört med 770 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

³ 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.

mönstringsundersökningarna ställdes frågor om tobak. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Tobakskonsumtion bland ungdomar

Av tabell 105 framgår utvecklingen av andelen rökare⁴ bland niondeklassare mellan 1971 och 2009⁵ (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 20% av pojkarna och 30% av flickorna att de röker, vilket är nedgångar jämfört med mot slutet av 1990-talet.

Från och med 1983 framgår även hur många elever som röker varje eller nästan varje dag (diagram 42 och tabell 105). Nya frågor infördes 1997 men verkar inte ha medfört några större förändringar. Jämfört med 1990-talet så har andelen dagligrökare gått ned bland både pojkar och flickor under 2000-talet i genomsnitt.

Från och med 2004 ställs tobaksfrågor även till gymnasieelever i årskurs 2 och här kan man se att rökvanorna är något mer utbredda jämfört med i nian (tabell 106). År 2009 uppgav 11% av pojkarna och 19% av flickorna i gymnasiet att de röker dagligen/så gott som dagligen (diagram 42).

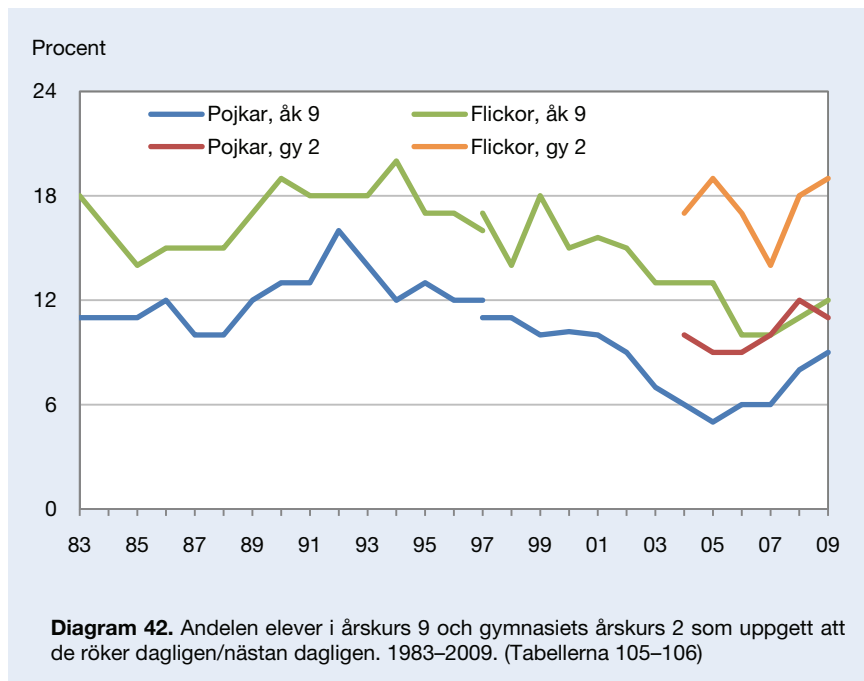
Snusfrågan, liksom rökfrågan, ändrades 1983 och 1997 och därför är tidsserien något svårtolkad i båda dessa fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt (tabell 105). Snusvanorna förefaller ha varit mer omfattande under 1970-talet jämfört med 1990-talet. Detta innebär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

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

⁴ För att bli klassificerad som rökare ska man ha besvarat frågan "Röker du?" med något av alternativen: "Ja, varje dag", "Ja, nästan varje dag", "Ja, men bara när jag är på fest" eller "Ja, men bara ibland".

⁵ På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna).

Tobaksutvecklingen



Vad gäller snusning är andelen gymnasiepojkar som snusar högre jämfört med nian då 23% av gymnasiepojkarna uppger att de snusar (jämfört med 15% i årskurs 9). 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 snusanvändandet, dock endast för pojkarna (från 32% 2004 till 23% 2009).

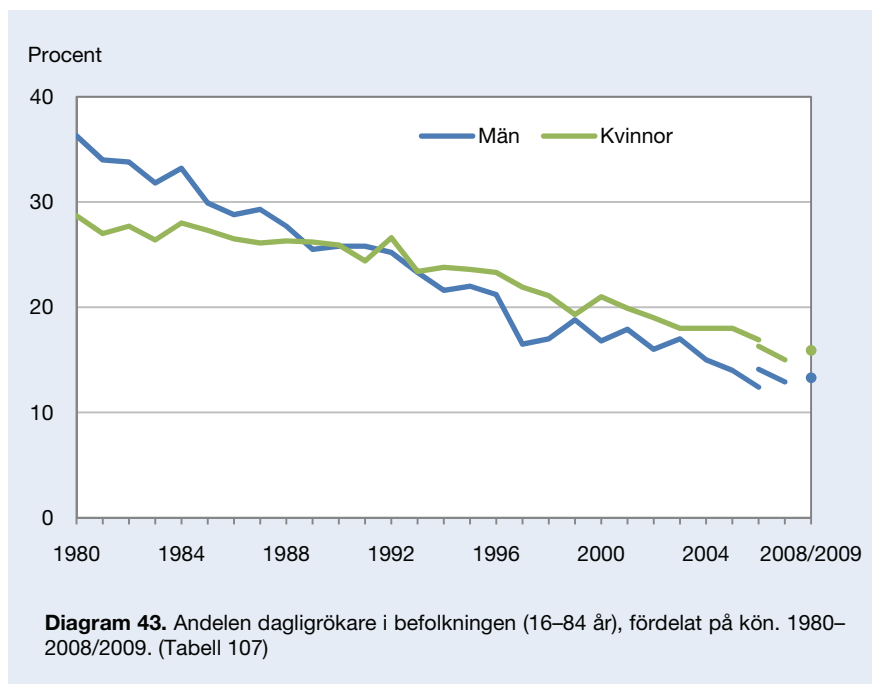
Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna (i årskurs 9). Dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar och ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner nästan könskillnaderna. Under hela 1990- och 2000-talet har andelen tobakskonsumenter i årskurs 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 rökva-neundersökningen 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 43 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

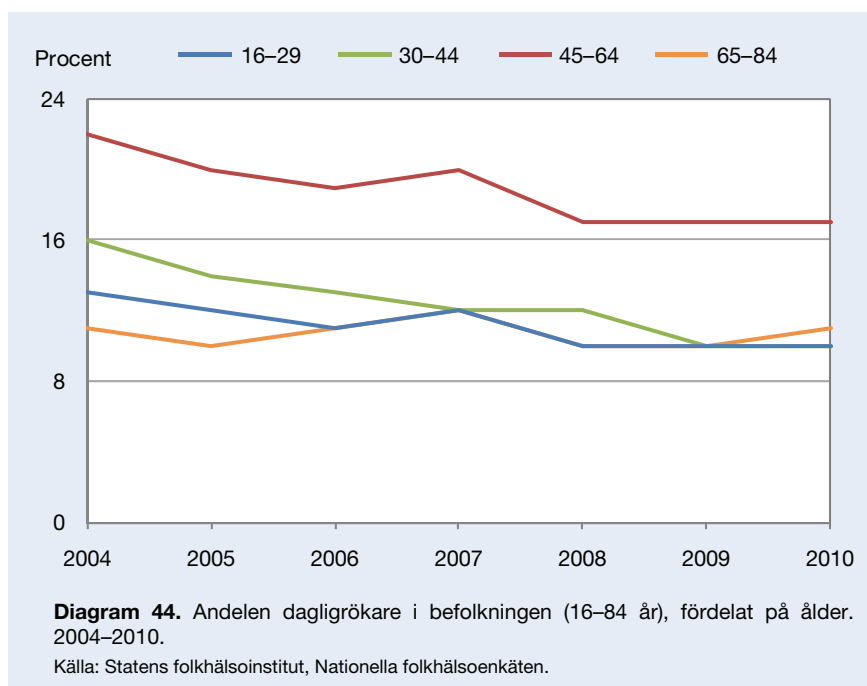


Tobaksutvecklingen

andel rökare slutar samtidigt som färre också börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2005).

Enligt den genomsnittssiffran för 2008/2009⁶ som Statistiska Centralbyrån redovisar svarade 13% av männen och 16% 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.

Även Statens folkhälsoinstitut genomför undersökningar på andelen dagligrökare bland 16–84-åringar. Enligt dessa data var 12% av männen och 13% av kvinnorna dagligrökare 2010. I diagram 44, med siffror från nämnda undersökning, syns skillnader i ålder vad gäller rökning. I samtliga åldersgrupper, förutom i den äldsta (65–84 år), har andelen rökare minskat och i diagrammet åskådliggörs även hur sena 40-talister och 50-talister är överrepresenterade.



⁶ Undersökningarna av befolkningens levnadsförhållanden, ULF, integreras fr o m 2008 med EU-ROSTATS undersökning Survey on Income and Living Conditions, SILC. Integreringen har inneburit förändringar i uppgiftsinsamlingen, vilket kan påverka jämförelsen över tid väsentligt. SCB har därför valt att redovisa uppgifterna från 2008 och 2009 års datainsamling separat i förhållande till tidigare år.

Snusning är alltså vanligast bland män. 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. Även vad gäller andelen snusare väljer Statistiska Centralbyrån att redovisa resultaten åtskiljda från tidigare år, för 2008/2009 uppgick andelen män som snusade till 21% och kvinnorna till 3%. Störst andel snusare återfanns bland män 25–44 år.

Statens folkhälsoinstitut kommer fram till i princip samma prevalens som SCBs undersökning gällande snusning och rökning. Enligt folkhälsoinstitutets data var 19% av männen och 4% av kvinnorna dagligsnusare 2009 (tabell 107).

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. Sedan 1994 och fram till 2007 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 2007–2009 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till olika regioner. Pojkarna i Västra Götalands län uppvisar dock något lägre värden

Tobaksutvecklingen

(tabell 15). För flickornas del är det i södra Sverige⁷ som den lägsta andelen rökare återfinns. I gymnasiet är rökvanornas regionala fördelning tämligen jämn med undantag för flickornas lägre värden i norra Sverige⁸.

Bland de 18-åriga männen i de mera omfattande 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 2007–2009 (tabell 15). Värdena för andelen snusare varierade endast mellan 14 och 18% för pojkarna men, mellan 2 och 10% för flickorna. Värdet för flickorna var högst i norra Sverige och lägst i Skåne län och södra Sverige.

De regionala skillnaderna för flickorna återfinns även i gymnasiet årskurs 2⁹. Där snusar 20% av flickorna från norra Sverige och endast 3% av dem från Skåne. För gymnasiepojkarnas del var skillnaderna fortfarande relativt små men störst andel snusare återfanns i Norra Sverige (27%).

Bland mönstrande män var snusning vanligare i landsbygdsområden jämfört med storstadsområden och allra vanligast i Jämtland och Värmland (tabell 18). I Östergötland var andelen snusare lägst.

Statens folkhälsoinstitut redovisar från sin folkhälsoenkät ett åldersstandardiserat genomsnitt för åren 2006–2009 på antalet dagligrökare och dagligsnusare, uppdelat på region. Dagligrökning är enligt denna undersökning vanligare i södra delar av Sverige både bland män och kvinnor, vanligast i Skåne och därefter kommer Gotland och Blekinge. Allra minst andel dagligrökare hade Västerbotten.

Bland de som snusar dagligen är det för perioden 2006–2009 svårt att urskilja något mönster. Den största andelen dagligsnusare stod Jämtland och Gotland för och den minsta andelen hade Kronoberg, Skåne, Halland och Örebro.

⁷ "Södra Sverige" utgörs av Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Halland. (Hvitfeldt och Gripe 2009).

⁸ "Norra Sverige" utgörs av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten. (Hvitfeldt och Gripe 2009).

⁹ Även här, som för årskurs 9, har åren 2007–2009 slagits samman.

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.

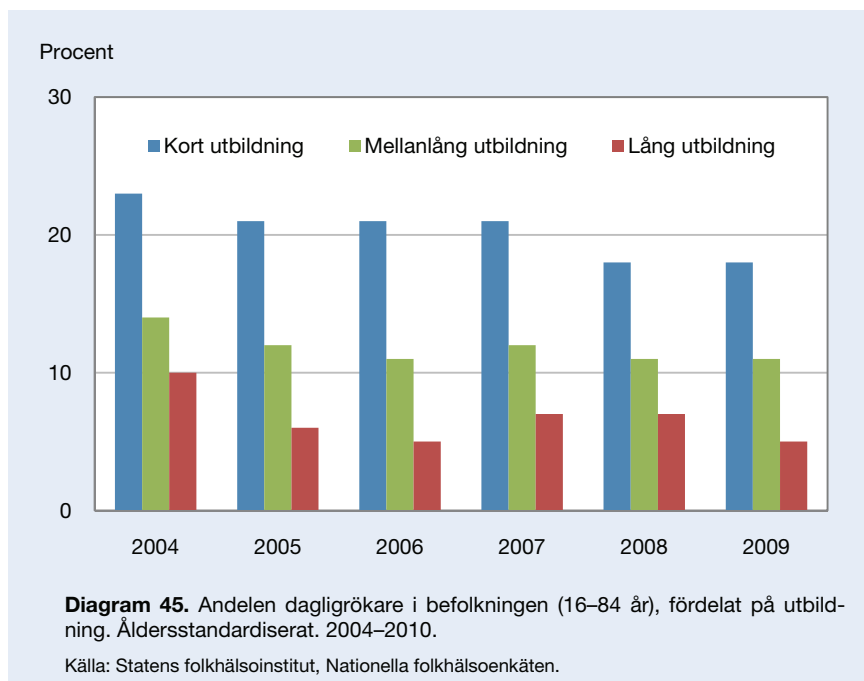
Enligt SCBs ULF-undersökning återfanns år 2005 störst andel rökare bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa, därefter i fallande ordning kom arbetarna, företagarna och tjänstemännen. Enligt samma studie var rökning dubbelt så vanligt bland utlandsfödda män, jämfört med män som var födda i Sverige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

Statens folkhälsoinstitut genomför årligen sedan 2004 en enkätundersökning bland 16–84-åringar. Sedan den startades har personer med kort utbildning innehavt störst andel rökare och personer med lång utbildning den minsta andelen rökare. I diagram 45 kan man se andelen rökare fördelat på utbildningsnivå¹⁰.

Det är enligt samma undersökning även vanligare att kvinnor och män i arbetaryrken röker dagligen jämfört med dem i tjänstemannayrken. Vidare så är dagligrökning vanligare bland dem som saknar kontantmarginall och de i ekonomisk kris än bland de som inte är ekonomiskt utsatta.

¹⁰ Kort utbildning = Högst 11 år i skolan, motsvarande folkskola, grundskola, realskola, flickskola, tvåårigt gymnasium eller yrkesskola. Medellång utbildning = 12–14,5 år i skolan, motsvarande 3–4 år i gymnasiet och mindre än 120 högskolepoäng. Lång utbildning = Minst 15 år i skolan, motsvarande 120 högskolepoäng eller mer (Boström och Nykvist 2004).

Tobaksutvecklingen



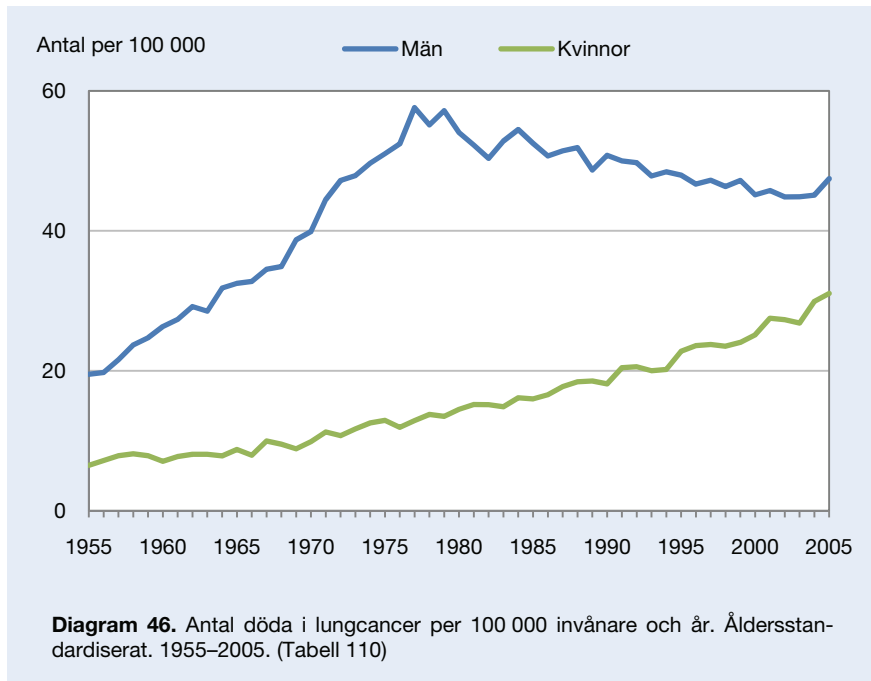
Statens folkhälsoinstitut frågar även om snusvanor och under hela perioden 2004–2009 har det varit vanligare att ha snusat dagligen bland män med kort eller mellanlång utbildning än bland dem med lång utbildning. Bland kvinnor är skillnaderna i dagligsnusande väldigt små.

Det verkar således som att åtminstone rökning samvarierar med vissa andra variabler som utbildningsnivå och ekonomisk situation.

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 (World Health Organization) bidrar tobaksrökning till 12% av sjukdomsburden mätt i DALY's¹¹ (WHO 2002). Enligt WHO står rökning relaterade sjukdomar för fem miljoner dödsfall årligen, runt om i världen. Enligt en svensk beräkning med hjälp av DALY-metoden, bidrar tobak till 10% av sjukdomsburden i Sverige (Agardh et al 2008).

¹¹ DALY's står för "Disability Adjusted Life Years".



Enligt Socialstyrelsen (2005) orsakas runt 8 av 10 lungcancerfall i Sverige av rökning. I och med att skadorna av rökning uppkommer först efter en tids rökning sker en viss eftersläpning i dödsorsaksstatistiken jämfört med konsumtionsstatistiken. I diagram 46 syns effekten av att andelen rökande män var hög under 1940-talet och till slutet av 1960-talet (Socialstyrelsen 2009). Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och efter 1980 kan man se en minskning av lungcancerfall bland män. Samtidigt 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 koordinatör. I gruppenkätstudien har bland annat frågor om rökning ställts till 15–16-åriga skolelever i ett

Tobaksutvecklingen

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 47 jämförs resultaten från 1995, 1999, 2003 och 2007 för de 32 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mätillfällen. 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.

Frågor om man rökt cigaretter de senaste 30 dagarna har ställts till elever i 12th grade i USA, motsvarande gymnasiets årskurs 2, sedan 1975. Då svarade bortåt 40% att de gjort detta (Johnston et al 2010). Andelen föll därefter, men steg mellan 1992 och 1997, från 28 till 37%. Därefter har andelen sjunkit till 20% år 2009 (Johnston et al 2010). 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 tren-

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

Tobaksutvecklingen

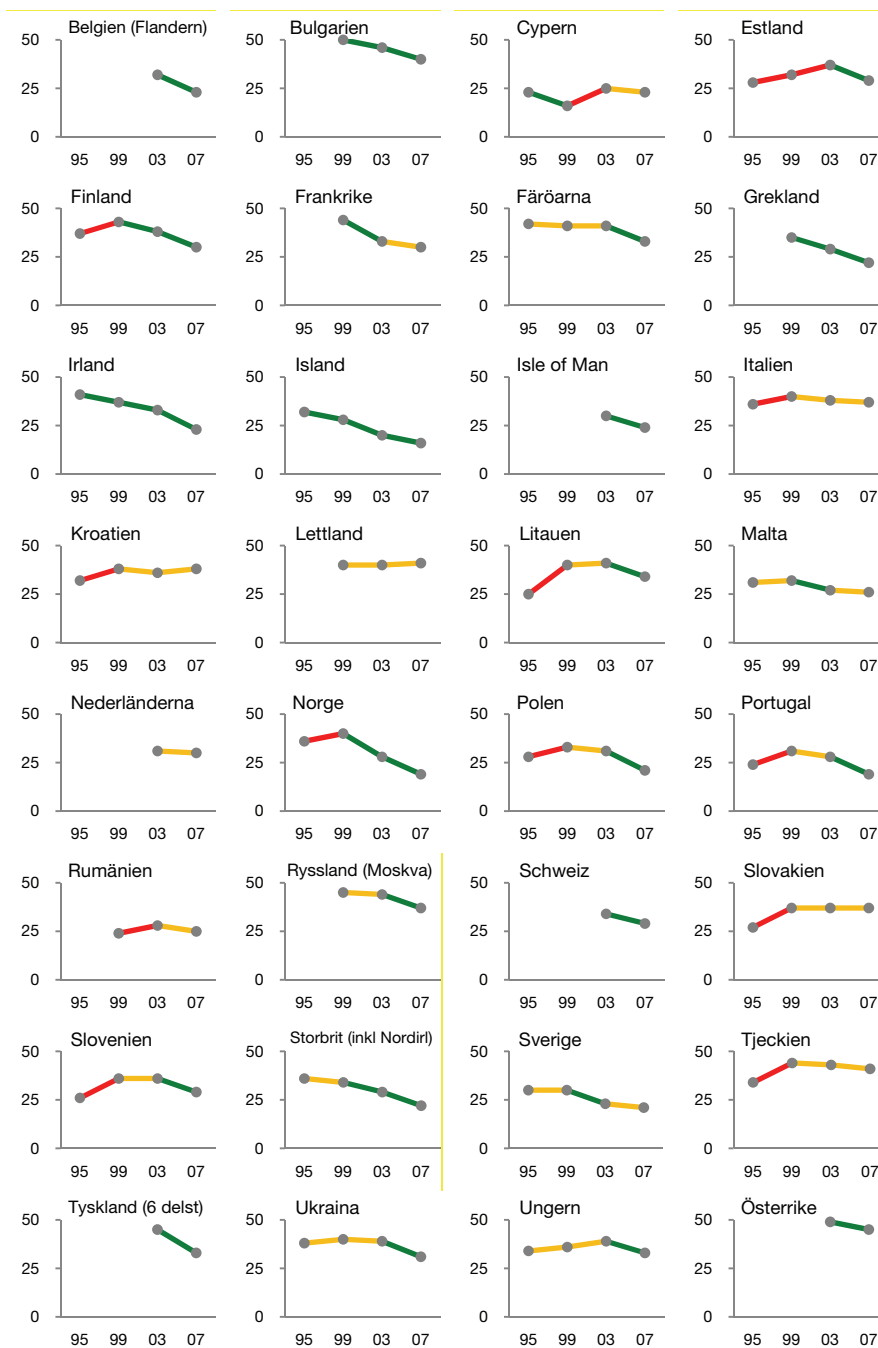


Diagram 47. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Tabell 53)

Tobaksutvecklingen

der som de två år äldre eleverna, men på en lägre nivå. År 2008 svarade 13% 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 Västeuropa, 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

- Agardh E, Moradi T och Allebeck P (2008). *Risikfaktorernas bidrag till sjukdoms-
bördan i Sverige. Jämförelse mellan svenska och WHO-data*. I: Läkartidningen nr 11
(2008), volym 105, sid 816–821.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och Hälsa – de första resultaten
från den nationella folkhälsoenkäten*. Rapport nr: R 2004:48 Östersund: Statens folk-
hälsoinstitut. Tillgänglig på internet.
- Currie C et al (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.
- Guttormsson U (2007). *Mönstrandens drogvanor 2006*. Rapportserie nr 105. Stock-
holm: 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 (2010). *Monitoring
the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings,
2009*. 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 to-
bakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Persson LGW (1999). *Kontrollnivå och lönsamhet vid organiserad cigarettsmugg-
ling*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2008). *Den illegala drogsituationen i Sverige
2007*. Rapport 2007:7. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från Socialstyrelsens tobaksut-
redning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar
1986:9.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stock-
holm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- Socialstyrelsen (2008). *Folkhälsa och sociala förhållanden – Lägesrapport 2007*.
Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgäng-
lig på internet.
- WHO (2007). *The European Tobacco Control Report 2007*. Copenhagen, WHO.
- WHO (2002). *The World Health Report 2002*. Geneva, WHO.

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 användningen, t ex genom konsumtionsvaneundersökningar av olika slag. I andra fall kan informationen komma från indirekta indikatorer och gälla konsekvenser av användningen, exempelvis uppgifter om förgiftningar, olyckor, hepatitfall eller antalet personer dömda 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, riskbruk, storkonsumtion och missbruk (för en närmare diskussion se SOU 2005:82).

Förhållandet är likartat i fråga om narkotika. Olika kategorier av narkotikainvändning överlappar gradvis varandra utan klara skiljelinjer. Vad som komplicerar bilden inom detta område är att missbruksbegreppet här ibland har en annan innebörd eftersom all icke läkarföreskriven 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 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.

Metodproblem och tillförlitlighet

Inom alkoholområdet kan begrepp som ”alkoholmissbruk”, ”alkoholberoende” och ”riskbruk” 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 dem frekvent.

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 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.

För att resultaten från en urvalsundersökning skall gå att generalisera till hela populationen, dvs 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 bl a på grund av slumpfel. Samtidigt är det just populationens svarsfördelning som är av intresse. Under förutsättning att urvalet är slumpmässigt draget går det dock att beräkna inom vilket intervall (s k konfidensintervall) det sanna värdet (dvs populationsvärdet) ligger. Ju större urval, desto mindre intervall, även om denna effekt avtar över en viss urvalsstorlek.

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 dock vara meningsfullt att inte endast

notera signifikanta skillnader från ett år till ett annat utan också beakta mindre men mera långsiktiga förändringar. Om utvecklingen går åt samma håll under flera på varandra följande år blir slutsatserna om en förändring säkrare.

Bortfallsfel

Med bortfall i frågeundersökningar avses dels individer som ingår i urvalet men inte deltar i undersökningen (externbortfall) och dels obesvarade frågor (internbortfall). Man har i en rad studier från olika forskningsområden visat att personer i bortfallet nästan undantagslöst skiljer sig från dem som svarar. Skillnaderna gäller bl a företeelser som bruk och missbruk av droger. Drogkonsumtionen är normalt högre i bortfallet än i den grupp som deltagit i undersökningen. Ju större bortfall, 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, på 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, vistas 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 (Andersson & Hibell 1993).

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 om-

råde 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 illegal droganvändning, 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 utslutet 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.

Indikativa källor

Många gånger saknas undersökningar eller mera direkta uppgifter om de fenomen man vill beskriva. I sådana fall kan man använda olika typer av data som indirekt speglar företeelsen. Sådana uppgifter benämns indikatorer i denna rapport. Denna typ av informationer är inte alltid insamlade för att i första hand spegla drogutvecklingen, utan används alltså snarast i brist på mera direkta källor.

Konsumtion och missbruk av olika droger kan leda till en rad olika konsekvenser för användarna. Ju allvarligare 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 också via socialtjänsten eller rättsväsendet.

Det finns även exempel på data som inte är individrelaterade men som ändå indirekt kan antas ha ett samband med missbruks- eller skadeutvecklingen, t ex alkoholförsäljningen eller narkotikabeslagsstatistiken.

Metodproblem och tillförlitlighet

Normalt används indikatorerna som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen snarare än för att bestämma omfattningen av olika fenomen. Vidare är det en fördel om flera oberoende källor kan användas vid analyserna (benämns ibland triangulering). När tidsserier som speglar olika konsekvenser av en viss företeelse pekar i samma riktning, kan slutsatser dras med större säkerhet än när statistiken går åt olika håll.

De svårigheter och den osäkerhet som är förknippade med tolkningarna har främst att göra med att indikatorerna också påverkas av andra faktorer än utvecklingen av drogkonsumtionen. De speciella förhållanden som kan antas inverka på olika data som analyseras i rapporten tas upp i respektive avsnitt men vissa källor beskrivs närmare även i detta kapitel. Nedan följer först en mera generell diskussion om föreliggande tolkningsproblem.

Flera av de dataserier som redovisas i rapporten kommer från vården. Det förefaller rimligt att ett ökande missbruk förr eller senare leder till en ökning av efterfrågan på vård och behandling. Antalet vårdade kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och rådande vårdideologier. Uppgifterna om t ex omhändertagande av berusade personer, trafiknykterhetsbrott och narkotikabrott och beslag av narkotika påverkas vidare av polisens effektivitet och prioriteringar.

Många gånger 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 upptäcker rättsväsendet 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.

Också kvalitativa skillnader mellan indikatorerna måste beaktas vid en bedömning. När det gäller att bedöma alkoholmissbrukets omfattning bör exempelvis 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.

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.

Beskrivningar av undersökningar och indikatorer

Nedan följer ett antal kortfattade beskrivningar av de undersökningar och datakällor som återkommer mera ofta i rapporten. Även några begrepp utvecklas närmare.

Dödsorsaksstatistik

Socialstyrelsen för ett index över alkoholrelaterade dödsorsaker samt ett över narkotikarelaterade dödsorsaker. Dödsorsaksregistret omfattar alla avlidna personer som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige det år de avled, oavsett om själva dödsfallet inträffade inom eller utom landet. Nedan listas de koder som ingår i indexen från 1997. Rikstäckande uppgifter om dödsorsaker presenteras från 1960 i denna rapport. Revisioner av ICD-koderna har skett 1969, 1987 och 1997. Jämförelseproblem över tid kan uppstå vid sådana byten (Socialstyrelsen 2010a). Tidigare index framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

Socialstyrelsens index över alkoholrelaterade dödsorsaker

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E244	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G312	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G621	Alkoholutlöst polyneuropati
G721	Alkoholutlöst myopati
I426	Alkoholkardiomyopati
K292	Gastrit orsakad av alkohol
K700–709	Leversjukdom orsakad av alkohol
K852	Akut pankreatit orsakad av alkohol
K860	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O354	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P043	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q860	Fetalt alkoholsyndrom
T510–519	Toxisk effekt av alkohol
Y901–Y909	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y911–Y919	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad
Z502	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z714	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk
Z721	Livsstilsproblem genom alkoholbruk

Socialstyrelsens 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
Z72.2	Livsstilsproblem genom drogbruk

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 successivt ökat och ett fyrtiotal nationer väntas medverka i den kommande undersökningen.

ICD-koder

Från och med 1997 övergick man inom sjukvården till att klassificera sjukdomar och dödsfall enligt den tionde internationella diagnos- och dödsorsaksklassifikationen (*International Classification of Diseases – ICD*). Den

svenska versionen heter Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) och utges av Socialstyrelsen.

Även om ICD10 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. För en närmare beskrivning av koderna i den 9:e revisionen hänvisas till *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 99*.

Mönstringsundersökningarna

Mönstringsundersökningarna var årliga undersökningar av de som infann sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor perioden 1970–2006. Detta gjorde samtliga män som fyllde 18 år under det aktuella kalenderåret, med undantag för de som saknade svenskt medborgarskap, liksom personer som med läkarintyg kunde styrka att de saknade möjlighet att genomföra någon form av totalförsvarsplikt (Guttormsson 2007). Inför 2007 förändrades mönstringsverksamheten i så pass hög grad att drogvane studien upphörde till följd av den kraftigt försämrade representativiteten.

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 drogvaneenkätens resultat.

Studien genomfördes med anonyma gruppenkäter vilka besvarades enskilt och därefter lades i svarsåldor av respondenterna. Under studiens sista 10 år låg bortfallet runt 10%. Till följd av diverse tekniska problem finns inga data från perioden 1989–1991 och bortfallet var relativt omfattande omkringliggande år, vilket dock inte bedömts ha påverkat resultaten i någon avgörande omfattning. Det framgår av tabellerna när frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor

Våren 2004 genomfördes den första nationella enkäten om folkhälsa – *Hälsa på lika villkor* av Statens folkhälsoinstitut. Undersökningen är årlig och görs i samarbete med Sveriges landsting/regioner. I enkäten ställs bl a frågor om alkohol, cannabis och tobak.

Datainsamlingen genomförs av SCB via brevenkät på ett urval om 20 000 personer i åldrarna 16–84 år (10 000 personer 2005–2007). År 2004 ingick

Metodproblem och tillförlitlighet

inte 16–17-åringar vilket gör att särskilt åldersgruppen 16–29 år inte bör jämföras över tid utan en viss reflektion. Bortfallet har ökat från 39 till 48%. För att delvis kompensera detta viktas resultaten. Respondenterna ges även möjlighet att besvara frågorna via webben och 2009 inkom 12% av svaren den vägen (Boström 2010).

Bland annat används begreppet ”riskkonsumenter” av alkohol och dessa definieras som de kvinnor och män som uppnår minst 6 respektive 8 poäng på summaindexet för de tre första frågorna i AUDIT-testet¹ och/eller de som anger att de varit berusade 2–3 gånger i månaden eller oftare. Endast de som druckit alkohol under de senaste 12 månaderna inkluderas i detta mått (Boström och Nyqvist 2008).

Skolundersökningarna

Skolundersökningarna genomförs regelbundet sedan 1971 i årskurs 9 samt sedan 2004 i gymnasiet årskurs 2. Studierna genomförs med hjälp av gruppenkäter 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 mera genomgripande förändringar ägt rum. Det är väl känt att förändringar av frågeformuleringar kan påverka resultaten. I avgörande fall framgår detta av text och tabeller.

Slutenvårdsstatistik

Socialstyrelsen för ett index över alkoholrelaterad slutenvård samt ett över narkotikarelaterad slutenvård. Nedan listas de koder som ingår i indexen från 1997. Rikstäckande uppgifter om alla vårdtillfällen finns från 1987. År 1997 övergick man från att koda enligt ICD9 till ICD10, vilket kan innebära vissa jämförelseproblem över denna tidpunkt (Socialstyrelsen 2010b). Tidigare index framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

¹ AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett internationellt instrument som används 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 alkohol och hur ofta man dricker sex eller fler glas vid samma tillfälle.

Socialstyrelsens index över alkoholrelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E244	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G312	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G621	Alkoholutlöst polyneuropati
G721	Alkoholutlöst myopati
I426	Alkoholkardiomyopati
K292	Gastrit orsakad av alkohol
K700-709	Leversjukdom orsakad av alkohol
K860	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O354	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P043	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q860	Fetalt alkoholsyndrom
T510-519	Toxisk effekt av alkohol
Y901-Y909	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y911-Y919	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom intoxikationsgrad
Z502	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z714	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk
Z721	Livsstilsproblem genom alkoholbruk

Socialstyrelsens 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
T40.0–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
Z72.2	Livsstilsproblem genom drogbruk

SoRADs Monitorprojekt

Inom ramen för det s k Monitorprojektet beställer Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD) sedan år 2000 befolkningsintervjuer i syfte att bl a beräkna den totala alkoholkonsumtionen i Sverige. Vid varje månadsskifte genomför Synnovate (f d TEMO) 1 500 telefonintervjuer

Metodproblem och tillförlitlighet

i Sveriges vuxna befolkning (16–80 år) med ett telefonnummerbaserat urval. Frågorna rör bl a resandeförsel, smuggling och hemtillverkning av alkoholdrycker och avser den senaste 30-dagarsperioden. Bortfallet har ökat, från ca 40% t o m 2004 till 55% år 2008 och ett speciellt viktningssystem avser att kompensera för detta så långt det är möjligt (Ramstedt et al 2009).

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.

Ungdomsundersökningarna

Perioden 1979–2003 genomfördes en serie ungdomsundersökningar i åldrarna 16–24 år. Med varierande kontinuitet genomfördes dessa på riksrepresentativa urval. Urvalsstorlek och bortfall förändrades med åren och i den sista undersökningen 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 utslutits 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.

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, och vissa år kompletteras dessa även med snusfrågor. Fram till 2002 ställdes frågorna till 16–84-åringar men därefter

finns ingen övre åldersgräns. Nettourvalen har i regel uppgått till omkring 7 500 men 2009 drogs 9 000 personer. Bortfallet uppgick i periodens början till ca 14% men har ökat senare år (28% 2009). Resultaten viktas för att mildra bortfallseffekterna (SCB 2010).

Undersökningarna har under åren 2006–2009 genomgått förändringar som på olika sätt kan påverka resultaten och möjligheten att kunna göra jämförelser över tid. Bl a genomförs intervjuerna numer via telefon istället för som tidigare via besök samtidigt som viktningssystemet har uppdaterats. Rökfrågan är dock oförändrad under hela perioden och jämförelsen mellan telefon och besök visar inga statistiskt säkerställda skillnader. För snusfrågan säger SCB att det tycks också som om telefonintervjun fångar in fler män som snusar än besöksintervjun gör, men att skillnaden inte är statistiskt säkerställd.

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, t ex socialtjänst, sjukhus, beroendevård, polis och kriminalvård. År 1979 gjordes en totalundersökning medan de två andra genomfördes i ett urval av kommuner (Olsson et al 2001).

Uppgiftslämnarna har naturligtvis inte kännedom om samtliga personer med missbruksproblem. Utifrån de rapporter som inkommer genomförs statistiska beräkningar för att skatta och lägga till även mörkertalet. Den använda metoden kallas för capture-recapture och härstammar från biologin. Bl a förutsätter metoden att alla individer har samma sannolikhet att infångas och att ett oberoende råder mellan insamlingssystemen.

Det har noterats att det i denna typ av undersökningar inte är realistiskt att anta att insamlingssystemen är oberoende. 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 uppfylls kraven. Datamängderna för 1979 och 1992 återanalyserades eftersom analysmetoderna utvecklats vid tidpunkten för den sista kartläggningen, något som delvis förändrade resultaten (Olsson 2000).

Vuxenundersökningarna

Mellan 1982 och 2000 studerades alkoholvanorna, samt delvis även narkotikavanorna, i den allmänna befolkningen (15/16–75 år) genom en serie inter-

Metodproblem och tillförlitlighet

vjuundersökningar. Till och med 1990 genomfördes datainsamlingarna av SIFO men perioden 1992–2000 stod TEMO för arbetet.

Perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då endast 500 intervjuer gjordes. Efter 1996 ingick åtminstone 1 500 personer (Helmersson-Bergmark 2001). 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. I de senare undersökningarna låg bortfallet runt 40%. För att i någon mån kompensera för detta vägdes materialet med avseende på kön, ålder och boendeort.

Referenser

- Andersson & Hibell (1993). *Skolelevers drogvanor 1993*. Rapportserie nr 36. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Boström G och Nyqvist K (2008). *Hälsa på lika villkor. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten*. A 2008:06. Statens folkhälsoinstitut.
- Boström (2010). *Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter?* Statens folkhälsoinstitut: www.fhi.se.
- 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 Pempidou 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.
- 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.
- Ramstedt M et al (2009). *Tal om alkohol 2008 – En statistisk årsrapport från Monitor-projektet*. Forskningsrapport nr 54. Stockholm: SoRAD.
- SCB (2010). *Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna*. Befolknings- och välfärdsstatistik 2010:4. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Socialstyrelsen (2010a). *Dödsorsaker 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Sjukdomar i slutenvård 1987–2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Metodproblem och tillförlitlighet

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. T ex erhöles vissa alkoholförsäljningsdata förut av Socialstyrelsen, därefter av Alkoholinspektionen och numer av Statens folkhälsoinstitut. Som källa anges i tabellerna endast aktuell uppgiftslämnare samtidigt som eventuella tidigare uppgiftslämnare framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

I tabellerna återges data i heltal eller med en decimal. Dessutom används följande beteckningar.

- 0 Betyder ingen frekvens (när det rör sig om antal) och mindre än 0,5% när det rör sig om procentandelar.
- Betyder ingen procentandel, när frekvensen varit 0 således.
- .. Betyder att uppgiften existerar men ansetts för osäker att återge.
- . Betyder att ingen uppgift finns att tillgå, frågan inte ställd detta år, m m.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion (tabellerna 1–7)

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, alkoholisk 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. Sedan 2005 inkluderas internetinförseln i den totala alkoholkonsumtionen vilken år 2009 uppgick till 0,03 liter per invånare i Sverige 15 år och däröver. Internetinförseln ingår däremot inte i kategoriseringen legal respektive illegal konsumtion.

Prisutvecklingen i tabell 6 är hämtad från Statens folkhälsoinstitut och har basår 1995. Det går dock inte att jämföra prisutvecklingen för starköl i servering under hela tidsperioden då det infördes en ny redovisningsteknik 2003.

I tabell 7 redovisas prisutvecklingen för vin, sprit och starköl med startår 1956. Beräkningarna är gjorda på uppgifter från Systembolaget och genomförda av Statistiska Centralbyrån på uppdrag av CAN. Under gruppen spritdrycker ingår brännvin, whisky, likörer och övriga spritdrycker. I vin ingår förutom vin även cider och blanddrycker och gruppen starköl utgörs av enbart starköl.

Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2009. (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. 1861–2009. (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. 1861–2009. (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. 1861–2009. (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
2009	1,2	16	3,4	46	2,2	30	.		0,6	8	7,4	100	121

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. 1977–2009. ^{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
2009	9 879	769	20	292	10 960	1 556	12 516

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. 1976–2009. (Diagram 5)

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	2,3	1,3	3,6	10,1	36
2006	6,7	1,9	1,1	3,0	9,8	31
2007	7,0	1,9	1,0	2,8	9,8	29
2008	7,0	1,7	0,8	2,5	9,4	26
2009	7,3	1,3	0,7	2,0	9,3	22

Källor: Kühlhorn et al (2000), Leifman och Gustavsson (2003), Ramstedt et al (2009) samt SoRAD.

Tabell 4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2009, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 6)

Dryckestyp och ursprung	Liter alkohol 100%	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsum- tionen (%)
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	1,0	48	11
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,2	7	2
Resandeförsel	0,6	30	7
Smugglade	0,2	11	2
Hembrända	0,1	4	1
Summa	2,1	100	22
Vin			
Systembolagets försäljning	3,1	81	33
Restaurangförsäljning ^{a)}	0,3	7	3
Resandeförsel	0,4	9	4
Smugglat	0,1	2	1
Hemtillverkat	0,1	2	1
Summa	3,8	100	41
Starköl			
Systembolagets försäljning	1,6	58	17
Restaurangförsäljning	0,5	20	6
Resandeförsel	0,3	11	3
Smugglat	0,3	11	3
Hemtillverkat ^{b)}	0,0	1	0
Summa	2,7	100	29
Folköl	0,6	100	6
Internet	0,0	100	0
Totalt	9,3		100

Källa: SoRAD.

a) Aktuella siffror saknas för 2009.

b) Beräkningar från år 2003.

Tabell 5. Restaurangserveringens andel av den totala registrerade försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2009.

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
2009	15	8	25	16

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 6. Prisutvecklingen för spritdrycker, vin och starköl för detaljhandel 1995–2009 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
2006	99	95	67	.	.	.
2007	96	92	65	.	.	.
2008	93	90	69	.	.	.
2009	95	92	71	.	.	.

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

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

Tabell 7. Prisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. Prisindex 1956=100. 1956–2009. (Diagram 4)

År	Sprit	Vin	Starköl
1956	100	100	100
1957	117	96	97
1958	126	114	93
1959	128	114	92
1960	128	110	94
1961	125	105	93
1962	123	102	93
1963	130	108	93
1964	129	110	90
1965	125	108	87
1966	130	111	85
1967	128	108	83
1968	136	114	83
1969	133	110	80
1970	128	107	88
1971	133	109	90
1972	126	103	87
1973	125	120	96
1974	121	113	89
1975	123	114	94
1976	118	113	93
1977	121	119	93
1978	120	127	93
1979	116	123	91
1980	120	122	96
1981	122	119	98
1982	121	118	93
1983	126	125	96
1984	127	124	101
1985	124	128	105
1986	120	127	106
1987	129	129	110
1988	127	123	116
1989	127	123	116
1990	125	126	119
1991	120	120	118
1992	117	115	116
1993	114	111	110
1994	119	114	107
1995	119	118	103
1996	122	122	107
1997	125	123	89
1998	128	127	88
1999	130	132	88

Källa: Statistiska Centralbyrån.

Forts.

Forts. **Tabell 7.** Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. Realprisindex 1956=100. 1956–2009. (Diagram 4)

År	Sprit	Vin	Starköl
2000	131	133	87
2001	130	129	86
2002	128	122	84
2003	126	120	83
2004	125	122	80
2005	125	122	78
2006	123	120	75
2007	119	118	73
2008	116	115	77
2009	118	118	80

Källa: Statistiska Centralbyrån.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 8–27)

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 ”kvartering 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 års undersökning efterfrågades 5 burkar mellanöl, varefter folköl tillkom, samtidigt som starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet inkluderades 1999.

I tabell 15 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. För att bli klassificerad som rökare ska man ha besvarat frågan ”Röker du?” med något av alternativen: ”Ja, varje dag”, ”Ja, nästan varje dag”, ”Ja, men bara när jag är på fest” eller ”Ja, men bara ibland”. För att bli klassificerad som snusare ska man ha besvarat frågan ”Snusar du?” med något av alternativen: ”Ja, varje dag”, ”Ja, nästan varje dag” eller ”Ja, men bara ibland”.

Tabellerna 16–18 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 16 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 17 (se tabellnot) och detta kan förklara den kraftiga uppgången av andelen som brukar berusa sig med ”vanligt” vin.

I tabellerna 19–21 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 22–24 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 tidigare upplagor av *Drogutvecklingen i Sverige* redovisas tabell 25 uppdelad på fyra 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 7)

Åk 9	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}			
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI		
1977	6 034	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4,0	3,5
1978	9 543	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,7	2,9
1979	9 359	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,3	2,7
1980	9 941	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,7	2,1
1981	9 496	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,6
1982	5 146	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,5	1,6
1983	1 641	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	32 819	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	5 820	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,3
1987	5 778	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,4
1988	5 430	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,2	1,4
1989	5 714	0,9	0,4	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,5	2,3	2,7	1,4	1,5
1990	5 977	1,0	0,4	1,0	0,5	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,1	1,8		
1991	5 883	1,0	0,4	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,3	1,6		
1992	5 851	1,1	0,3	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,2	0,7	3,3	1,5		
1993	5 913	1,1	0,5	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,1	1,7		
1994	5 868	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,8		
1995	5 577	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	2,8	1,9		
1996	6 027	1,2	0,6	0,7	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,6	3,0	1,7		
1997	5 683	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,2	2,0		
1998	5 455	1,2	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	0,6	0,6	1,1	0,8	3,9	2,6		
1999	5 198	1,2	0,5	1,0	0,4	0,1	0,2	0,6	0,6	1,3	0,9	4,2	2,6		
2000	5 290	1,4	0,5	1,4	0,5	0,2	0,3	0,8	0,6	1,6	1,1	5,3	2,9		
2001	5 569	1,1	0,4	1,4	0,5	0,2	0,2	0,8	0,6	1,5	1,1	4,8	2,8		
2002	5 349	0,9	0,4	1,2	0,6	0,1	0,2	0,8	0,6	1,1	1,1	4,1	3,1		
2003	5 226	0,7	0,4	1,3	0,6	0,1	0,2	0,8	0,8	1,0	0,9	3,8	2,9		
2004	5 414	0,6	0,3	1,5	0,7	0,1	0,2	1,0	0,9	1,0	0,9	4,1	3,0		
2005	5 373	0,3	0,2	1,2	0,8	0,1	0,2	0,8	0,9	1,0	1,0	3,5	3,2		
2006	4 890	0,4	0,2	1,2	0,6	0,1	0,1	0,8	0,9	1,1	1,0	3,6	2,8		
2007	5 302	0,3	0,2	1,1	0,4	0,1	0,1	0,6	0,6	0,9	0,8	3,0	2,2		
2008	4 884	0,3	0,2	1,3	0,5	0,1	0,1	0,7	0,7	0,9	0,9	3,2	2,5		
2009	5 192	0,3	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 ingår sedan 1988.

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 7)

Gy 2	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}	
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI
2004	4 494	0,9	0,3	3,0	0,9	0,1	0,4	1,0	1,1	1,9	1,2	6,8	3,9
2005	4 542	0,7	0,2	3,1	1,2	0,1	0,3	1,0	1,2	1,9	1,2	6,9	4,1
2006	3 772	0,7	0,2	3,4	1,1	0,1	0,4	0,8	0,8	2,0	1,5	7,1	4,0
2007	4 303	0,7	0,2	3,5	1,1	0,2	0,5	1,2	1,1	2,0	1,2	7,6	4,2
2008	3 983	0,6	0,2	3,3	0,9	0,2	0,5	1,0	1,2	1,8	1,1	6,9	4,0
2009	4 072	0,6	0,2	2,8	1,0	0,2	0,7	0,9	1,2	1,5	1,1	6,1	4,1

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och stark cider ingår sedan 1988.

b) 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 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	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	37	21	10	6	5	6	9	6

Källa: CAN.

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.

Åk 9	Antal flickor	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
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	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	28	12	8	7	6	5	5

Källa: CAN.

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. Intensivkonsumtion ^{a)} någon gång per månad eller oftare bland elever i årskurs 9 samt gymnasiet årskurs 2 efter kön. Procent. 1971–2009. (Diagram 9)

År	Årskurs 9			Gymnasiet, årskurs 2		
	Antal	Pojkar	Flickor	Antal	Pojkar	Flickor
1971	3 835	.	.	.	.	.
1972	6 085	34	22	.	.	.
1973	5 594	31	22	.	.	.
1974	4 634	32	19	.	.	.
1975	4 217	31	22	.	.	.
1976	4 136	38	25	.	.	.
1977	6 034	37	29	.	.	.
1978	9 543	36	26	.	.	.
1979	9 359	35	30	.	.	.
1980	9 941	26	20	.	.	.
1981	9 496	21	16	.	.	.
1982	5 146	23	16	.	.	.
1983	1 641	22	18	.	.	.
1984	32 819	.	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.	.
1986	5 820	23	14	.	.	.
1987	5 778	19	15	.	.	.
1988	5 430	23	16	.	.	.
1989	5 714	26	17	.	.	.
1990	5 977	26	19	.	.	.
1991	5 883	29	20	.	.	.
1992	5 851	29	18	.	.	.
1993	5 913	30	22	.	.	.
1994	5 868	30	24	.	.	.
1995	5 577	29	24	.	.	.
1996	6 027	30	20	.	.	.
1997	5 683	29	23	.	.	.
1998	5 455	29	22	.	.	.
1999	5 198	30	22	.	.	.
2000	5 290	31 34	23 24	.	.	.
2001	5 569	30	25	.	.	.
2002	5 349	28	24	.	.	.
2003	5 243	25	23	.	.	.
2004	5 414	26	23	4 494	49	39
2005	5 373	25	23	4 542	50	43
2006	4 890	23	22	3 772	51	42
2007	5 302	23	23	4 303	52	44
2008	4 884	25	24	3 983	52	44
2009	5 192	23	23	4 072	55	48

Källa: CAN.

a) 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 jämfördes två frågeformuleringar och man övergick därefter från att fråga om 37 cl sprit till ovanstående mängd.

Tabell 15. Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner ^{a)} i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2007–2009.

	Stockholms län	Västra Götalands län	Skåne län	Södra Sverige	Mellersta Sverige	Norra Sverige	Hela riket
Pojkar, åk 9							
Årskonsumtion (liter 100% alkohol)	3,0	3,1	4,2	3,7	2,6	2,3	3,1
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	24	21	27	29	22	18	23
Prövat narkotika någon gång	10	5	9	6	5	6	7
Sniffat någon gång	6	5	5	5	5	6	5
Prövat AAS någon gång	1	1	2	2	2	2	2
Röker	22	18	22	22	21	24	21
Snusar	14	14	16	18	17	18	16
Flickor, åk 9							
Årskonsumtion (liter 100% alkohol)	2,6	2,2	2,6	1,9	2,4	1,7	2,2
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	24	23	22	23	24	20	23
Prövat narkotika någon gång	8	5	7	7	5	6	6
Sniffat någon gång	5	5	3	4	4	6	4
Prövat AAS någon gång	1	2	1	1	1	1	1
Röker	30	29	32	26	31	29	29
Snusar	4	4	2	2	5	10	4
Pojkar, gymnasiet åk 2							
Årskonsumtion (liter 100% alkohol)	7,2	6,5	8,3	6,8	5,9	5,2	6,6
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	52	50	53	52	48	42	50
Prövat narkotika någon gång	24	18	20	14	15	12	17
Sniffat någon gång	6	5	5	4	4	6	5
Prövat AAS någon gång	1	2	3	1	1	1	1
Röker	32	32	36	35	34	34	34
Snusar	25	22	23	25	24	27	24
Flickor, gymnasiet åk 2							
Årskonsumtion (liter 100% alkohol)	4,7	4,5	4,4	3,7	3,7	3,0	4,0
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	46	44	41	44	42	37	43
Prövat narkotika någon gång	19	14	15	13	12	9	14
Sniffat någon gång	5	5	4	3	4	5	4
Prövat AAS någon gång	1	1	1	0	0	0	0
Röker	43	43	41	38	40	34	41
Snusar	6	10	3	7	9	20	8

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 16. "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 17. "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 18. Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2006.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- kons. minst 1 gång/ ^{a)} vecka	An- vänt nar- kotika	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker	Susar
Stockholm	6 827	17,0	7,8	17,3	4,6	0,7	20,8	27,5
Uppsala	851	13,9	4,8	12,6	5,1	0,2	19,0	26,0
Södermanland	1 153	14,7	6,3	12,1	5,1	0,4	21,4	28,5
Östergötland	1 394	15,7	4,1	10,6	4,2	0,5	16,9	25,9
Jönköping	1 691	16,7	5,8	9,3	2,8	0,4	19,8	31,9
Kronoberg	911	8,0	6,4	11,7	4,3	0,7	22,2	31,9
Kalmar	1 090	8,9	5,8	10,3	5,0	0,3	18,9	28,9
Gotland	144	..	..	..	..	..	..	..
Blekinge	718	9,3	6,7	10,3	4,0	0,6	18,5	32,7
Skåne	5 153	11,7	6,9	15,8	5,1	0,9	22,9	27,2
Halland	1 487	7,2	12,9	10,4	3,1	0,1	22,9	31,7
Västra Götaland	6 846	11,9	8,4	11,2	4,3	0,4	22,1	31,1
Värmland	991	12,0	4,9	9,1	3,6	0,3	17,1	37,7
Örebro	839	17,9	5,1	6,8	3,5	0,2	16,7	28,1
Västmanland	1 005	14,7	6,2	11,5	4,4	0,4	19,7	32,7
Dalarna	1 153	12,5	5,8	9,6	3,9	0,3	14,8	32,5
Gävleborg	904	12,7	7,7	12,5	8,0	1,5	21,8	32,7
Västernorrland	987	10,2	6,1	12,8	7,2	1,1	20,9	31,2
Jämtland	655	13,4	6,6	16,8	8,1	0,8	24,6	36,8
Västerbotten	772	19,3	3,8	12,4	5,2	0,6	22,8	33,0
Norrbottn	888	13,6	6,1	10,0	8,2	1,1	26,1	34,5
Hela riket	36 802	13,4	6,8	12,6	4,7	0,6	20,7	29,8

Källa: CAN.

a) Konsumtion av minst 6 (definierade) glas alkohol vid ett och samma tillfälle.

Tabell 19. 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 20. 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 21. 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 22. Andelen 16–84-åringar som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. 2004–2010.

År	Män				Totalt	Kvinnor				Alla	
	Ålder					Ålder					
	16–29	30–44	45–64	65–84		16–29	30–44	45–64	65–84		
2004 ^{a)}	7	6	8	19	9	10	14	12	34	16	13
2005	11	7	8	19	11	14	15	12	32	17	14
2006	10	5	9	17	10	15	13	14	34	18	14
2007	8	6	8	19	10	16	16	14	34	18	14
2008	14	10	8	21	12	14	16	13	29	17	15
2009	16	7	8	18	11	15	13	14	28	17	14
2010	16	8	11	16	12	15	16	12	29	17	15

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 23. Andelen 16–84-åringar som har riskabla alkoholvanor, efter kön och ålder. 2004–2010. (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	17	13	4	18	25	8	6	1	10	14
2005	34	18	10	5	17	25	9	5	2	10	13
2006	35	18	11	5	17	26	7	6	2	10	13
2007	33	16	13	5	17	27	6	6	1	10	13
2008	33	16	11	6	16	28	7	6	1	10	13
2009	32	18	14	5	18	28	8	6	2	10	14
2010	31	17	13	4	16	26	7	6	2	10	13

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 24. Andelen 16–84-åringar som är berusade en gång i månaden eller oftare, efter kön och ålder. 2004–2010.

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	20
2005	52	32	18	6	27	35	12	4	1	12	20
2006	54	33	19	6	27	36	11	5	0	13	20
2007	53	33	21	5	28	34	9	5	1	12	20
2008	51	30	19	7	26	36	10	5	0	13	19
2009	52	30	21	7	28	40	10	5	1	13	21
2010	47	29	19	6	25	39	10	6	1	13	20

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 25. 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 26. 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 27. 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 28–33)

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 28. Dessa var dock så få (257 personer år 2000) att detta saknar betydelse för statistikens utseende. Vidare ingår andra droger än alkohol men exempelvis 2009 utgjorde de endast 1% av ingripandena.

I tabell 30 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 31). Fr o m 2001 innehåller den redovisade anmälningsstatistiken åter enbart alkoholrelaterat rattfylleri.

I tabell 32 och 33 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 28. Ingridanden i antal och per 1 000 invånare 15 år och äldre enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2009.

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
2009	53 592	87	8 175	13	61 767	14	2	8	57

Källa: Transportstyrelsen.

Tabell 29. 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. 1986–2009.

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	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
2009	6	7	11	13	7	5	9	12	8	6	8

Källa: Transportstyrelsen.

Forts.

Forts. **Tabell 29.** 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. 1986–2009.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrbottnen	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
2009	7	10	12	13	7	8	15	13	8	12	8

Källa: Transportstyrelsen.

Tabell 30. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2009 ^{a)}.

Anmälda brott			Anmälda brott			Anmälda brott		
År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare
1950	3 460	49	1970	17 036	212	1990	25 508	298
1951	4 658	66	1971	18 672	231	1991	26 100	303
1952	5 530	78	1972	18 108	223	1992	24 563	283
1953	6 508	91	1973	19 680	242	1993	24 298	279
1954	7 442	103	1974	20 931	256	1994	21 011	239
1955	9 071	125	1975	21 695	265	1995	17 078	193
1956	11 694	160	1976	20 766	253	1996	15 023	170
1957	12 026	163	1977	22 185	269	1997	13 551	153
1958	12 286	166	1978	22 670	274	1998	12 127	137
1959	13 490	181	1979	21 698	262	1999 ^{b)}	13 941	157
1960	12 702	170	1980	21 678	261	2000 ^{b)}	17 403	196
1961	13 329	177	1981	21 065	253	2001	14 254	160
1962	12 678	168	1982	21 217	255	2002	14 924	165
1963	12 592	166	1983	22 492	270	2003	15 351	171
1964	14 822	193	1984	21 922	263	2004	15 588	173
1965	16 494	213	1985	19 767	237	2005	15 809	175
1966	17 031	218	1986	23 150	277	2006	17 420	192
1967	18 001	229	1987	22 923	273	2007	18 122	197
1968	15 923	201	1988	24 351	289	2008	18 845	204
1969	18 442	231	1989	26 167	308	2009	17 847	192

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 31. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2009.^{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
2009	394	568	2 848	2 604	3 424	4 968	14 811	159	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 32. 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
	Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade		
		Antal	%		Antal	%		Antal	%	
1966	1 657	152	9	22 168	1 045	5	23 825	1 197	5	122
1967	1 345	139	10	21 392	1 060	5	22 737	1 199	5	122
1968	1 583	119	8	23 392	1 122	5	24 975	1 241	5	125
1969	1 617	145	9	24 076	1 132	5	25 693	1 277	5	128
1970	1 629	122	7	22 939	1 193	5	24 568	1 315	5	130
1971	1 541	134	9	22 387	1 319	6	23 928	1 453	6	143
1972	1 475	121	8	21 917	1 321	6	23 392	1 442	6	142
1973	1 575	112	7	23 176	1 395	6	24 751	1 507	6	148
1974	1 450	130	9	21 479	1 391	6	22 929	1 521	7	149
1975	1 446	131	9	21 539	1 425	7	22 985	1 556	7	151
1976	1 447	124	9	23 632	1 395	6	25 079	1 519	6	147
1977	1 311	127	10	22 559	1 321	6	23 870	1 448	6	140
1978	1 334	106	8	21 921	1 340	6	23 255	1 446	6	139
1979	1 161	100	9	21 039	1 161	6	22 200	1 261	6	121
1980	1 053	87	8	20 111	1 146	6	21 164	1 233	6	118
1981	989	88	9	19 580	1 006	5	20 569	1 094	5	105
1982	936	85	9	19 675	1 084	6	20 611	1 169	6	112
1983	974	88	9	20 851	1 203	6	21 825	1 291	6	124
1984	989	88	9	22 074	1 142	5	23 063	1 230	5	118
1985	981	89	9	21 524	958	4	22 505	1 047	5	100
1986	1 063	87	8	22 505	1 165	5	23 568	1 252	5	119
1987	1 035	119	11	21 506	1 132	5	22 541	1 251	6	119
1988	1 105	73	7	24 521	1 223	5	25 626	1 296	5	123
1989	1 139	108	9	25 530	1 468	6	26 669	1 576	6	148
1990	1 035	82	8	24 373	1 236	5	25 408	1 318	5	123
1991	998	87	9	22 899	1 086	5	23 897	1 173	5	109
1992	969	86	9	22 444	958	4	23 413	1 044	4	96
1993	860	73	8	21 413	905	4	22 273	978	4	89
1994	738	52	7	22 002	811	4	22 740	863	4	78
1995	764	40	5	22 196	737	3	22 960	777	3	70
1996	686	35	5	20 926	702	3	21 612	737	3	66
1997	732	50	7	22 405	703	3	23 137	753	3	68
1998	715	40	6	23 024	741	3	23 739	781	3	70
1999	713	40	6	23 239	751	3	23 952	791	3	71
2000	786	51	6	23 429	804	3	24 215	855	4	77
2001	750	51	7	23 507	923	4	24 257	974	4	87
2002	731	46	6	25 524	970	4	26 255	1 016	4	91
2003	683	59	9	26 456	1 094	4	27 139	1 153	4	103
2004	597	51	9	26 751	1 011	4	27 348	1 062	4	94
2005	561	27	5	26 696	928	3	27 257	955	4	84
2006	604	39	6	27 039	929	3	27 643	968	4	85
2007	609	43	7	27 322	1 016	4	27 931	1 059	4	92
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 33. 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	3 908	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 34–45)

Tabellerna 34–35 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 36–45 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. Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

Tabell 36 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 (ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet). 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) uteslutits medan diagnoserna Y90, Y91, Z50.2 och Z71.4 lagts till. Detta har fått till följd att antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen sjunkit med ca 4 500 årliga fall.

Av tabell 36 framgår vidare antalet unika individer som vårdats med alkoholdiagnos 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 39–40 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 41–45 redovisar utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall för fyra diagnostyper. I tabell 45 redovisas endast underliggande dödsorsaker, 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 34. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt LVM (tvångsvård) och 6§ Socialtjänstlagen (frivillig vård) den 1 november. 1983–2009.

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
2009	241	34	2 201	25	2 442

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 35. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2009.

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
2009	241	160	66	81	34	110	46	75	31	54	22

Källa: Socialstyrelsen.

a) Kan även inkludera kombinationer med läsningsmedel.

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 36. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2009. ^{a)} (Diagram 12)

År	Alkoholrelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Förstagångsvårdade 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	34 433	73	12 443	27	46 876	100	3,1	25 381	11 269
2008	36 422	74	12 990	26	49 412	100	3,3	25 821	11 173
2009	37 226	74	13 172	26	50 398	100	3,2	26 065	11 218

Källa: Socialstyrelsen.

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. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 37. Personer vårdade i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, efter ålder, 1987–2009^{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	2 713	11	4 209	17	4 823	19	6 405	25	7 231	28	25 381	100
2008	2 513	10	4 220	16	4 962	19	6 527	25	7 599	29	25 821	100
2009	2 544	10	4 355	17	4 774	18	6 334	24	8 058	31	26 065	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. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 38. Antal slutenvårdstillfällen med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2009. ^{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	6 959	15	4 673	10	18 927	40	46 876	100
2008	17 476	35	7 389	15	5 063	10	19 484	39	49 412	100
2009	18 262	36	6 913	14	5 063	10	20 160	40	50 398	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). ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 39. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1970–2008. ^{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
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
2008	108	228	566	786	444	1 676	35,4	456	9,3	2 132	101

Källa: Socialstyrelsen. År 1969 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 40. Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1993–2008. ^{a)}

Län	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Stockholm	31	30	31	31	27	31	29	26	29	26	28	29	27	26	25	26
Uppsala	21	16	17	17	17	18	15	18	17	21	16	19	19	16	18	17
Södermanland	19	18	23	15	13	17	15	17	20	22	22	26	21	23	26	23
Östergötland	22	18	17	16	19	19	14	13	23	20	20	20	19	17	19	19
Jönköping	13	13	15	14	11	16	14	13	14	14	17	14	16	14	19	18
Kronoberg	13	10	15	12	21	21	21	24	18	14	24	29	22	22	20	19
Kalmar	20	15	13	16	17	18	12	11	18	13	18	18	20	22	20	15
Gotland	20	15	35	29	19	17	23	19	19	30	17	34	17	24	25	22
Blekinge	19	15	18	20	18	22	23	21	23	22	18	20	19	23	24	21
Skåne	20	23	23	21	27	22	24	26	27	25	26	24	25	24	28	26
Halland	18	14	17	17	16	21	19	23	16	13	19	22	18	20	17	17
V:a Götaland	25	26	26	25	23	23	23	23	23	20	23	23	25	21	22	22
Värmland	20	20	21	18	23	16	18	21	26	21	22	24	22	24	24	26
Örebro	23	18	16	17	21	17	15	18	15	20	21	18	21	22	19	18
Västmanland	25	24	22	20	17	21	20	21	18	21	20	19	25	25	29	24
Dalarna	21	22	17	21	20	17	21	22	17	21	19	17	18	20	18	18
Gävleborg	25	26	28	18	26	19	22	21	20	25	24	20	23	18	26	25
Västernorrland	24	25	23	22	21	23	20	17	19	20	24	21	26	23	21	22
Jämtland	18	19	23	16	19	23	18	19	19	23	13	28	20	27	22	14
Västerbotten	18	16	16	18	16	14	15	12	15	15	14	17	15	18	17	17
Norrbottn	20	23	21	21	19	25	25	20	22	30	19	25	23	23	24	22
Hela riket	23	23	23	22	22	22	22	21	22	22	22	23	23	22	23	22

Källa: Socialstyrelsen. Åren 1987–1992 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-10). En viss försiktighet bör iaktas vid jämförelser med tidigare år. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 41. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1960–2008.^{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
2008	644	492	780	356	1 136

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 42. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1960–2008. ^{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	628	860	175	1 035
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
2008	202	539	609	132	741

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 iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 43. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9), 1960–2008. ^{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
2008	23	72	76	19	95

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 iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 44. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1960–2008.^{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	273	240	98	338
1998	72	272	238	106	344
1999	63	249	209	103	312
2000	81	232	212	101	313
2001	138	175	232	81	313
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
2008	126	219	237	108	345

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 45. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1960–2008.^{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	7,0	1,7	11,4
2007	0,2	2,6	6,8	1,4	11,2
2008	0,2	2,2	7,0	1,4	10,7

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.

b) K70.0–K70.4, K70.9, K74.0–K74.6, K76.0–K76.1, K76.6.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 46–53)

I tabell 46 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i metodkapitlet och materialet är hämtat ur den sk ECAS-studien.

I tabell 47 redovisas försäljningsdata från WHO, Global Information System on Alcohol and Health. 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 48 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 förvillar statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

Precis som i tabell 47 redovisas försäljningen av alkoholhaltiga drycker i tabell 49 med statistik från WHO, Global Information System on Alcohol and Health.

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 länder-specifikt 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 46. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i några europeiska länder. 1950–2000. (Diagram 17)

	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 47. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 2005. (Diagram 18)

	Sprit	Vin	Öl	Övrigt ^{a)}	Totalt ^{b)}
Norge	1,3	2,0	3,0	0,1	6,4
Sverige	1,1	2,9	2,6	0,0	6,6
Island	1,3	2,0	3,7	0,1	7,1
Kanada	2,1	1,5	4,1	0,0	7,8
Italien	0,4	6,4	1,7	0,0	8,0
USA	2,7	1,4	4,5	.	8,5
Grekland	2,4	4,5	2,2	0,1	9,2
Polen	3,0	1,2	5,3	0,0	9,5
Belgien	0,6	3,6	5,5	0,0	9,7
Finland	2,8	2,2	4,6	0,3	10,0
Spanien	1,3	3,6	4,5	0,6	10,0
Lettland	6,2	1,1	3,6	0,1	10,2
Ryssland	6,9	0,1	3,7	0,3	11,0
Slovakien	5,4	1,7	3,9	0,0	11,0
Danmark	1,8	4,4	5,1	0,0	11,3
Storbritannien & Nordirland	2,4	3,5	4,9	0,7	11,5
Tyskland	2,3	3,2	6,2	0,0	11,7
Portugal	1,3	6,7	3,8	0,5	12,2
Litauen	4,5	1,8	5,6	0,6	12,5
Ungern	3,0	4,9	4,4	0,1	12,5
Österrike	1,6	4,1	6,7	0,4	12,7
Frankrike	2,6	8,1	2,3	0,2	13,2
Irland	2,5	2,8	7,0	1,1	13,4
Tjeckien	3,6	2,3	8,5	0,4	14,8
Estland	9,2	1,1	5,5	0,4	16,2

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 48. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 19)

År	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Belgien	Frankrike	Grekland	Irland
1965	4,6	5,0	2,4	2,6	2,8	7,4	17,3	5,0	4,5
1966	4,9	5,5	2,5	2,8	2,9	7,3	17,3	5,1	4,6
1967	5,1	5,7	2,6	3,0	3,1	7,5	17,1	4,9	4,7
1968	5,3	5,8	2,9	2,7	3,3	7,9	16,7	4,9	5,1
1969	5,7	6,4	4,2	2,7	3,4	8,0	16,5	5,2	5,4
1970	5,8	6,8	4,3	3,2	3,6	8,9	16,2	5,3	5,9
1971	5,7	7,2	4,7	3,4	3,7	9,2	16,1	5,3	6,2
1972	5,9	7,7	5,1	3,5	3,9	9,3	16,0	5,4	6,7
1973	5,7	8,4	5,6	3,7	4,0	9,9	16,2	5,1	7,3
1974	6,1	8,3	6,5	3,8	4,2	9,8	15,9	5,2	7,6
1975	6,3	9,1	6,2	3,5	4,3	10,1	16,1	5,3	7,7
1976	6,4	9,2	6,3	3,5	4,3	10,2	16,2	8,3	7,5
1977	6,2	8,9	6,4	3,8	4,4	10,3	15,8	8,7	7,6
1978	5,8	8,5	6,2	3,6	4,0	10,3	15,4	8,8	7,7
1979	5,9	9,0	6,2	4,0	4,4	10,5	15,1	9,2	7,7
1980	5,7	9,1	6,3	3,9	4,6	10,8	14,9	10,2	7,3
1981	5,4	9,6	6,4	3,9	4,2	10,5	14,4	9,8	7,0
1982	5,5	10,0	6,4	3,9	3,8	10,8	14,4	8,9	6,7
1983	5,2	10,4	6,4	4,0	3,8	10,8	14,0	9,6	6,1
1984	5,2	9,9	6,5	4,1	4,0	10,6	13,5	9,5	6,5
1985	5,2	9,9	6,5	4,1	4,2	10,5	13,3	8,9	6,8
1986	5,5	10,0	6,9	4,1	4,2	10,3	13,2	7,3	6,7
1987	5,4	9,6	7,1	4,3	4,4	10,7	13,0	8,1	6,7
1988	5,5	9,7	7,3	4,1	4,2	10,0	12,6	8,3	6,9
1989	5,6	9,6	7,6	4,1	4,1	9,5	12,8	8,4	7,3
1990	5,5	9,7	7,7	3,9	4,1	9,9	12,6	8,6	7,6
1991	5,6	9,6	7,5	3,9	4,0	9,4	11,9	8,6	7,8
1992	5,4	9,8	7,2	3,6	3,8	9,6	11,8	8,5	8,2
1993	5,3	9,7	6,8	3,3	3,8	9,6	11,5	9,1	8,5
1994	5,4	9,9	6,6	3,5	3,9	9,2	11,4	9,0	8,7
1995	5,2	10,0	6,8	3,6	3,9	9,1	11,4	8,7	9,0
1996	4,9	10,0	6,7	3,7	4,1	9,1	11,2	8,4	9,4
1997	5,1	9,9	7,0	3,9	4,3	9,1	10,8	8,3	9,7
1998	4,9	9,5	7,0	4,3	4,2	8,2	10,8	7,9	9,7
1999	4,9	9,5	7,1	4,5	4,8	8,4	10,7	8,4	9,6
2000	4,9	9,5	7,1	4,7	5,0	8,5	10,5	8,0	10,7
2001	4,9	9,5	7,4	4,9	4,4	8,5	10,5	7,9	10,8
2002	4,9	9,5	7,7	5,0	4,4	8,8	10,3	7,8	10,8
2003	4,9	9,5	7,9	5,4	4,4	8,8	9,3	7,7	10,8

Källa: WARC (2005).

Forts.

Forts. **Tabell 48.** Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 19)

År	Italien	Luxemburg	Nederländerna	Portugal	Spanien	Storbritannien	Tyskland	Österrike	USA
1965	12,8	8,7	4,2	13,9	11,2	4,7	9,3	10,4	5,6
1966	13,1	9,5	3,9	13,9	12,3	4,8	8,9	10,6	5,8
1967	13,3	8,8	4,5	12,0	11,1	4,9	8,9	10,8	5,9
1968	13,7	9,6	4,7	12,0	11,4	5,0	9,3	10,9	6,2
1969	13,7	8,7	5,2	12,7	11,6	5,1	9,9	10,2	6,5
1970	13,7	10,0	5,7	9,9	11,6	5,3	10,3	10,5	6,7
1971	13,6	10,5	6,2	14,3	11,5	5,6	10,9	11,7	6,9
1972	13,6	10,4	6,8	11,7	12,4	5,8	10,7	11,8	7,1
1973	13,9	10,5	7,6	12,0	13,7	6,5	11,0	12,2	7,3
1974	13,8	11,4	8,0	14,0	14,1	6,8	10,5	11,5	7,5
1975	12,8	10,5	8,9	13,3	14,2	6,8	11,3	11,1	7,6
1976	12,4	11,2	8,4	14,1	13,7	7,1	11,7	11,2	7,7
1977	12,0	11,3	8,9	12,3	13,0	6,8	11,2	11,2	7,9
1978	12,7	10,4	9,1	10,4	14,0	7,3	11,2	10,6	8,1
1979	12,7	10,0	9,4	10,8	13,6	7,6	11,6	11,1	8,1
1980	13,0	10,9	8,9	11,0	13,6	7,3	11,4	11,0	8,3
1981	11,7	10,3	8,8	11,6	13,0	7,1	11,1	11,0	8,3
1982	11,4	11,1	8,7	12,1	12,7	6,9	10,9	9,9	8,2
1983	11,5	11,9	8,9	13,4	12,8	7,1	11,0	10,2	8,1
1984	11,2	12,7	8,6	12,7	11,5	7,2	10,7	10,0	8,0
1985	10,6	12,1	8,5	13,1	11,6	7,3	10,8	9,9	8,0
1986	10,0	11,9	8,6	11,5	11,6	7,4	10,5	10,0	7,7
1987	9,6	12,1	8,3	11,4	11,8	7,5	10,6	10,1	7,6
1988	9,4	12,0	8,3	10,7	11,1	7,8	10,4	10,1	7,5
1989	9,1	12,5	8,2	11,4	11,0	7,7	10,4	10,3	7,3
1990	9,2	12,2	8,1	12,9	10,8	7,7	10,6	10,4	7,4
1991	9,1	12,4	8,2	12,7	10,7	7,6	10,8	10,6	6,9
1992	8,9	12,4	8,2	12,4	10,2	7,4	10,8	10,0	6,9
1993	8,7	12,5	7,9	12,2	9,9	7,5	11,3	10,1	6,7
1994	8,6	11,2	7,9	12,1	9,7	7,7	11,3	9,8	6,7
1995	8,2	11,7	8,0	12,0	9,5	7,6	10,9	9,8	6,5
1996	7,8	11,1	8,1	11,6	9,3	8,0	10,7	9,7	6,6
1997	7,8	12,8	8,2	11,1	10,1	8,2	10,8	9,5	6,6
1998	7,7	12,4	8,1	11,0	10,1	8,0	10,6	9,3	6,6
1999	7,6	12,3	8,2	10,9	9,9	8,4	10,6	9,3	6,8
2000	7,7	12,5	8,2	10,8	9,8	8,4	10,5	9,2	6,8
2001	7,4	12,4	8,1	10,3	9,8	9,1	10,4	9,0	6,8
2002	7,4	11,9	8,0	9,7	9,6	9,6	10,4	9,2	6,7
2003	6,9	12,6	7,9	9,6	10,0	9,6	10,2	9,3	6,8

Källa: WARC (2005).

Tabell 49. Försäljning av alkoholhaltiga drycker per invånare 15 år och äldre i Baltikum och Norden i liter 100% alkohol. 1995–2005. (Diagram 20)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Estland	4,0	4,3	4,7	5,5	6,3	10,7	11,2	11,7	12,8	14,7	16,2
Litauen	6,1	7,1	7,3	6,4	6,8	8,2	8,9	11,3	11,4	12,2	12,5
Lettland	9,2	8,5	8,6	8,8	9,5	9,4	9,1	8,4	9,4	8,9	10,2
Danmark	12,1	12,2	12,1	11,6	11,6	11,5	11,6	11,3	11,6	11,3	11,3
Finland	8,3	8,2	8,6	8,6	8,6	8,6	9,0	9,2	9,3	9,9	10,0
Sverige	6,2	6,0	5,9	5,8	6,1	6,0	6,0	6,9	7,0	6,5	6,6
Norge	4,8	5,0	5,3	5,2	5,5	5,7	5,5	5,9	6,0	6,2	6,4
Island	4,8	4,9	5,1	5,6	5,9	6,1	6,4	6,5	6,5	6,7	7,1

Källa: WHO, Global Information System on Alcohol and Health.

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.

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, provat narkotika^{b)} någon gång, sniffat någon gång respektive rökt cigaretter de senaste 30 dagarna. 1995–2007. (Diagram 21, 35, 37 och 47).

Land	Intensivkonsumerat senaste 30 dagarna				Provatt 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 sk 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 haschandelen i statistiken är särskilt låg detta år.

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 och 30% 2009.

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 2009 års penningvärde, omräknade enligt SCBs konsumentprisindex (KPI).

Tabell 54. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska preparat. 1969–2009^{a)}. (Diagram 22 och 29)

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
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	6 150	7 375	3 380	23 561	26 941	292	393
2009	12 108	671	6 072	7 917	3 082	25 274	28 356	305	411

Källa: Rikspolisstyrelsen och Tullverket. Perioden 1965–1968 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). 1970–2009. ^{a)} (Diagram 24)

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch	Cannabis		Varav hasch
	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)	Antal beslag	Kilo	Kilo (%)
1970	.	198	.	556	126	.	.	325	.
1971	1 342	126	.	366	111	.	1 708	237	.
1972	1 381	89	.	282	144	.	1 663	234	.
1973	1 782	168	.	306	87	.	2 088	255	.
1974	1 927	135	.	538	103	.	2 465	238	.
1975	1 337	137	.	442	132	.	1 779	269	.
1976	1 471	122	.	611	197	.	2 082	320	.
1977	1 750	239	.	887	419	.	2 637	658	.
1978	1 928	213	.	1 016	265	.	2 944	478	.
1979	2 190	453	.	1 120	351	.	3 310	804	.
1980	3 597	355	.	1 476	366	.	5 073	721	.
1981	4 152	193	.	1 242	256	.	5 394	449	.
1982	3 675	279	.	1 253	230	.	4 928	509	.
1983	3 386	1 439	.	1 213	186	.	4 599	1 625	.
1984	2 789	321	.	1 108	143	.	3 897	464	.
1985	2 755	1 100	.	991	314	.	3 746	1 414	.
1986	2 529	138	.	1 124	188	.	3 653	326	.
1987	2 358	343	.	1 254	236	.	3 612	579	.
1988	2 903	94	.	1 503	328	.	4 406	423	.
1989	3 512	222	.	1 384	248	.	4 896	470	.
1990	3 838	177	95	1 483	424	94	5 321	601	94
1991	4 019	158	96	1 309	481	88	5 328	639	90
1992	3 856	120	93	1 108	256	97	4 964	376	96
1993	3 111	228	86	837	336	37	3 948	563	57
1994	2 931	245	83	907	213	72	3 838	457	78
1995	3 149	166	83	703	361	99	3 852	527	94
1996	3 221	131	86	336	157	66	3 557	287	75
1997	3 335	103	72	1 210	558	99	4 545	660	95
1998	3 931	187	75	1 130	310	81	5 061	496	79
1999	4 550	249	74	1 439	942	99	5 989	1 191	94
2000	4 429	398	92	1 621	843	97	6 050	1 241	95
2001	5 191	480	97	1 744	259	90	6 935	739	94
2002	6 487	315	83	910	502	91	7 397	817	88
2003	7 005	522	90	1 242	458	90	8 247	980	90
2004	7 389	344	88	713	532	96	8 102	876	94
2005	7 767	619	82	578	833	91	8 345	1 452	87
2006	8 433	550	63	932	464	75	9 365	1 014	68
2007	8 640	828	90	1 412	657	95	10 052	1 485	93
2008	9 564	915	62	1 432	553	81	10 996	1 468	69
2009	10 380	495	58	1 728	1 192	96	12 108	1 687	84

Källa: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 56. Polisens och tullens beslag av amfetamin ^{a)}. 1970–2009 ^{b)}. (Diagram 24)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag			
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Liter	Antal tabletter
1970	..	3	46	0	..	3	0	4 511
1971	130	2	39	0	169	2	0	8 349
1972	82	2	33	1	115	3	0	24 315
1973	385	31	29	1	414	32	0	74 022
1974	660	13	41	10	701	24	1	219 292
1975	1 000	36	21	4	1 021	40	0	32 413
1976	1 424	74	29	25	1 453	99	0	3 788
1977	1 427	47	30	6	1 457	53	2	4 266
1978	820	27	16	4	836	30	1	379
1979	834	19	18	2	852	21	0	2 165
1980	1 242	18	20	3	1 262	22	0	823
1981	1 665	22	21	7	1 686	30	0	353
1982	2 106	100	36	6	2 142	106	1	211
1983	1 670	76	35	6	1 705	82	0	299
1984	1 866	76	40	10	1 906	86	0	287
1985	1 641	64	43	42	1 684	106	0	41
1986	1 458	51	51	26	1 509	77	0	0
1987	1 830	89	70	68	1 900	157	0	54
1988	1 898	86	67	12	1 965	98	0	54
1989	2 487	51	85	53	2 572	104	1	290
1990	2 781	62	108	46	2 889	108	0	1 396
1991	2 782	59	69	45	2 851	104	1	2 287
1992	3 445	47	93	73	3 538	121	1	1 383
1993	4 183	74	105	68	4 288	142	1	1 331
1994	4 269	118	90	93	4 359	210	1	1 164
1995	4 305	204	81	74	4 386	279	1	3 888
1996	4 154	91	45	37	4 199	127	2	11 321
1997	4 503	133	136	53	4 639	186	4	17 105
1998	4 577	56	282	79	4 859	135	7	173
1999	4 974	71	99	53	5 073	124	2	1 100
2000	4 847	69	131	39	4 978	108	1	284
2001	5 716	151	121	89	5 837	240	1	782
2002	6 846	205	76	145	6 922	350	1	92
2003	6 883	184	89	170	6 972	354	8	1 993
2004	6 885	258	92	199	6 977	457	..	..
2005	6 887	160	94	304	6 981	464	..	..
2006	7 079	230	122	231	7 201	461	..	..
2007	6 824	209	138	134	6 962	343	..	..
2008	6 020	227	130	199	6 150	426	..	..
2009	5 942	274	130	232	6 072	506	..	..

Källa: 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, 1974–2009 ^{a)}. (Diagram 22 och 24)

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
2009	698	30	94	45	792	75

Källa: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 58. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2009^{a)}. (Diagram 24)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1970	..	0	..	0	..	0
1971	1	0	0	0	1	0
1972	0	0	0	0	0	0
1973	3	0	1	0	4	0
1974	9	0	3	0	12	0
1975	12	0	0	0	12	0
1976	69	2	12	15	81	17
1977	82	1	8	1	90	2
1978	198	3	12	1	210	4
1979	271	3	26	1	297	4
1980	464	1	19	1	483	2
1981	485	8	39	3	524	11
1982	248	4	29	1	277	6
1983	188	2	23	1	211	4
1984	152	1	12	1	164	1
1985	133	1	29	5	162	6
1986	135	2	25	2	160	4
1987	185	3	25	2	210	5
1988	260	6	34	4	294	9
1989	281	4	38	5	319	9
1990	405	7	40	5	445	12
1992	581	11	64	14	645	25
1993	669	5	54	17	723	22
1994	619	6	44	15	663	21
1995	786	5	19	26	805	31
1996	765	14	15	12	780	26
1997	797	6	36	6	833	12
1998	1 257	6	28	65	1 285	71
1999	1 203	21	41	43	1 244	64
2000	1 126	11	138	19	1 264	30
2001	1 239	10	32	22	1 271	32
2002	1 042	30	10	29	1 052	59
2003	1 038	5	19	8	1 057	13
2004	880	16	20	18	900	34
2005	776	10	28	9	804	19
2006	777	39	23	64	800	103
2007	852	22	19	8	871	30
2008	666	28	22	26	688	54
2009	656	5	15	26	671	31

Källa: Rikspolisstyrelsen och Tullverket.

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

Tabell 59. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2009 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2009. Index 1988=100. (Diagram 23)

År	Hasch		Amfetamin		Kokain		Heroin (brunt)	
	Median	Index	Median	Index	Median	Index	Median	Index
1988	170	100	679	100	1 358	100	2 886	100
1989	136	80	638	94	1 435	106	3 190	111
1990	127	75	577	85	1 732	128	2 887	100
1991	112	66	528	78	1 320	97	2 641	92
1992	110	65	452	67	1 291	95	2 420	84
1993	111	65	447	66	1 234	91	1 850	64
1994	97	57	362	53	1 207	89	2 113	73
1995	106	62	353	52	1 177	87	2 355	82
1996	100	59	322	47	1 172	86	1 582	55
1997	93	55	350	52	1 283	94	1 457	50
1998	105	62	350	52	1 109	82	1 605	56
1999	105	62	302	44	1 279	94	2 121	73
2000	92	54	288	42	1 036	76	1 151	40
2001	90	53	281	41	1 123	83	1 123	39
2002	88	52	275	41	880	65	1 100	38
2003	86	51	270	40	863	64	1 187	41
2004	86	51	269	40	860	63	1 074	37
2005	86	51	267	39	856	63	1 284	44
2006	85	50	264	39	845	62	1 056	37
2007	82	48	232	34	825	61	1 031	36
2008	80	47	249	37	847	62	997	35
2009	82	48	250	37	800	59	1 100	38

Källa: CAN.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 60–68)

I tabell 60 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det extra stora urvalet 1984 gjordes för att kunna redovisa resultaten på länsnivå. Frågan om livstidsprevalensen har ändrats genom åren men inte så att detta bedömts ha haft någon avgörande betydelse för resultatens jämförbarhet.

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 både 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 mönstringsundersökningen 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, inte minst vid jämförelser för åldersgruppen 16–29 år bör detta beaktas.

Tabell 60. Erfarenhet av narkotika bland elever i årskurs 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 25–26)

År	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika			
		Någon gång		Senaste månaden ^{a)}		Vet någon som kan 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	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 gymnasiet årskurs 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 25–26)

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 prova	Haft lust att prova	
		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	2	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 gymnasiet årskurs 2. Procentuell fördelning. 2004–2009.

	Cannabis	Amfetamin	Kokain	Ecstasy	LSD	Heroin	GHB	Benzodiazepinpreparat ^{a)}	Annan narkotika
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- och lugnande medel av bensodiazepintyp utan läkarordination". Preparatexempel ges och uppdateras kontinuerligt i frågeformuläret.

Tabell 63. Andelen mänstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2006. (Diagram 25–26)

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 mänstrande. 1976–2006.

År	Hasch	Can- na- bis	Mari- juana	Amfe- tamin el likn cs	Ko- kain	He- roin	Ecs- tasy	LSD ^{a)}	Hallu- cino- gena svam- par	GHB	Lugn- ande me- del ^{b)}	Annan narko- tika
1976		15,2		2,3	.	0,6	.	1,3	.	.	2,2	0,7
1977		16,2		2,2	.	0,4	.	1,1	.	.	1,9	0,6
1978		17,5		2,1	.	0,7	.	1,0	.	.	2,0	0,9
1979		17,5		2,0	.	0,7	.	0,9	.	.	2,0	0,9
1980		18,3		1,7	.	0,4	.	0,7	.	.	1,8	0,7
1981		16,5		1,3	.	0,3	.	0,6	.	.	1,5	0,5
1982		15,6		1,6	.	0,2	.	0,6	.	.	1,7	0,5
1983		10,8		1,0	.	0,1	.	0,2	.	.	0,9	0,2
1984	7,0		4,2	0,8	0,5	0,3	.	0,3	.	.	1,2	0,3
1985	5,6		3,1	0,6	0,4	0,1	.	0,3	.	.	0,8	0,3
1986	4,4		2,5	0,7	0,3	0,2	.	0,3	.	.	0,9	0,3
1987	4,3		2,2	0,6	0,1	0,2	.	0,2	.	.	0,7	0,2
1988	4,4		2,3	0,6	0,3	0,1	.	0,1	.	.	0,6	0,2
1992		5,3		0,8	0,5	0,3	.	0,6	.	.	0,8	0,5
1993		6,5		1,2	0,6	0,3	.	0,8	.	.	1,0	0,7
1994		7,5		1,6	0,8	0,6	0,8	0,9	.	.	2,5	0,9
1995		10,9		2,4	0,8	0,5	0,9	1,1	.	.	2,6	0,9
1996		13,0		3,0	0,9	0,7	1,4	1,5	.	.	3,1	1,1
1997		13,9		3,2	1,0	0,8	1,9	2,0	.	.	3,5	1,4
1998		15,0		3,6	1,1	0,8	1,9	2,4	.	.	3,5	1,8
1999		15,6		3,5	1,2	0,7	2,0	1,9	.	.	4,0	2,4
2000		16,0		3,5	1,5	0,8	3,2	2,0	2,6	1,5	3,7	1,0
2001		16,5		3,2	1,4	0,5	3,3	1,6	2,2	1,4	3,6	0,9
2002		16,7		3,0	1,4	0,4	3,6	1,3	2,2	1,1	3,6	1,1
2003		15,2		2,6	1,2	0,4	3,0	1,0	1,7	0,9	2,9	0,9
2004		14,3		2,0	1,0	0,3	2,3	0,7	1,3	0,6	2,4	0,9
2005		12,6		1,6	0,9	0,2	1,6	0,5	1,0	0,4	2,0	0,7
2006		11,8		1,5	1,0	0,2	1,5	0,5	1,0	0,4	1,8	0,8

Källa: CAN. Bastalen framgår av föregående tabell.

a) Före 1999 inkluderades även andra hallucinogener (t ex meskalin och PCP).

b) Fr o m 1994 ingår även sömnmedel.

Tabell 65. Andelen 16–84-åringar som någon gång prövat cannabis, efter kön och ålder. 2004–2010.

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
2009	26	21	12	0	16	16	8	6	0	8	12
2010	23	20	13	1	15	16	12	6	0	9	12

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 66. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste året, efter kön och ålder. 2004–2010. (Diagram 27)

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
2009	12	2	1	0	4	5	1	0	0	1	2
2010	9	2	1	0	3	6	1	0	0	2	2

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 67. Andelen 16–84-åringar som använt cannabis senaste månaden, efter kön och ålder. 2004–2010.

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
2009	4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
2010	4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 68. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 28)

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 resurstimmar som polisen lagt ned på narkotika-ärenden, omräknat till ett ungefärligt antal 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 förebygging 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 ökning av antalet årsarbetskrafter. Den senaste förändringen fick 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 lagföringsbeslut där narkotikabrott ingått. Sedan 2006 redovisar Brå endast statistik för vart tredje år. I tabell 74 omfattar statistiken godkända strafförelägganden, meddelade åtalsunderlåtelse samt fällande tingsrättsdomar (och till skillnad från Brås normala redovisningar ingår både bi- och huvudbrott). I tabellerna 75–79 ingår ej åtalsunderlåtelse. Åldersuppgift kan fr o m år 2000 saknas för enstaka personer, varför delsummer och total inte alltid överensstämmer helt.

I tabell 79 överstiger ibland summan av narkotiska preparat totalen p g a att flera typer av preparat kan ingå i ett och samma lagföringsbeslut. I totalen ingår även övriga narkotiska preparat, förutom dem som redovisas i tabellen.

Tabell 69. Antalet resurstimmar omräknat till ett ungefärligt antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden samt antalet anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) respektive narkotikastrafflagen (NSL). 1966–2009.

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
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
2009	1 496	1 752	19	86	80 256	862	173

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå. År 1965–66 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

a) 1985, 1992, 1997 och 2007 ändrades statistikrutinerna vilket begränsar jämförbarheten över tid.

b) Ökningen 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). 1970–2009. (Diagram 29)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggningslagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1987=100
	Totalt	Därav överlåtelse					
		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
2009	25 219	2 613	10	743	25 962	279	359

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2009.

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
2009	187	25	107	14	336	45	113	15	743	100

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2009.

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
2009	7 181	28	4 023	16	3 799	15	10 216	41	25 219	100

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) fördelat på ålder och kön. 1975–2009. (Diagram 30)

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
2009	4 842	19	10 501	42	4 540	18	3 590	14	1 737	7	25 219	100	14

Källa: Brå.

a) Inklusive ålder okänd.

Tabell 74. Antal lagföringsbeslut där narkotikabrott ingår efter ålder och kön. 1975–2009.

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
2007	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2009	5 528	20	5 734	20	10 483	37	6 504	23	28 250	100	14

Källa: Brå.

a) Inkluderar även ett fåtal fall där åldern är okänd.

Tabell 75. Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med ett eller flera preparat ingått. 1975–2009.

År	Endast en typ av medel		Flera typer av medel				Totalt
	Antal	Andel av totalen, %	Cs och cannabis	Cs och opiater	Cannabis och opiater	Övriga kombinationer	
1975	1 955	84	254	10	10	96	2 325
1976	1 930	81	309	22	32	82	2 375
1977	2 142	84	261	19	28	87	2 537
1978	2 211	86	185	22	41	110	2 569
1979	2 238	86	216	11	29	104	2 598
1980	3 684	87	327	21	48	140	4 220
1981	5 057	87	506	33	52	196	5 844
1982	5 256	86	584	30	50	169	6 089
1983	4 347	86	526	17	24	151	5 065
1984	3 960	86	474	14	27	131	4 606
1985	3 959	86	377	27	26	198	4 587
1986	4 319	87	413	23	18	186	4 959
1987	4 210	86	438	36	20	209	4 913
1988	4 179	84	490	27	48	227	4 971
1989	4 275	84	473	30	54	268	5 100
1990	4 575	84	480	24	79	284	5 442
1991	4 773	83	494	36	72	361	5 736
1992	5 156	81	550	54	107	468	6 335
1993	4 784	80	510	53	70	529	5 946
1994	5 475	77	787	83	111	664	7 120
1995	5 574	71	1 078	100	107	973	7 832
1996	5 567	68	1 156	120	153	1 234	8 230
1997	6 270	66	1 398	109	161	1 511	9 449
1998	6 558	65	1 634	113	148	1 691	10 144
1999	7 086	66	1 656	121	170	1 738	10 771
2000	7 285	64	1 724	109	172	2 036	11 326
2001	7 687	62	1 662	149	169	2 653	12 320
2002	8 779	63	1 852	151	174	2 935	13 891
2003	9 043	62	1 836	177	151	3 284	14 491
2004	9 318	63	2 081	181	191	3 003	14 774
2005	10 282	65	2 028	221	196	3 150	15 877
2006	11 743	67	2 102	282	235	3 257	17 619
2007	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..
2009	15 273	72	1 965	270	282	3 463	21 253

Källa: Brå.

Tabell 76. Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med cannabis ingått. 1975–2009.

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
2007	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2009	824	8	2 437	23	2 661	25	2 994	29	1 564	15	10 481	100

Källa: Brå.

Tabell 77. Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med centralstimulantia ingått. 1975–2009.

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
2007	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2009	80	1	572	8	1 164	15	3 093	41	2 612	35	7 521	100

Källa: Brå.

Tabell 78. Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med opiater ingått. 1975–2009.

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
2007	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
2009	16	1	87	7	219	18	617	50	300	24	1 239	100

Källa: Brå.

Tabell 79. Antal godkända strafförelägganden och domslut där narkotikabrott med olika preparat ingått ^{a)}. 1975–2009.

År	Medel						Samtliga domar och strafförelägganden	
	Cannabis		Centralstimulantia		Opiater			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1975	1 337	58	1 040	45	77	3	2 325	100
1976	1 118	47	1 374	58	139	6	2 375	100
1977	1 272	50	1 427	56	156	6	2 537	100
1978	1 577	61	823	32	219	9	2 569	100
1979	1 622	62	888	34	173	7	2 598	100
1980	2 924	69	1 114	26	373	9	4 220	100
1981	4 371	75	1 421	24	369	6	5 844	100
1982	4 456	73	1 783	29	283	5	6 089	100
1983	3 584	71	1 572	31	242	5	5 065	100
1984	3 258	71	1 493	32	160	3	4 606	100
1985	2 811	61	1 705	37	211	5	4 587	100
1986	3 256	66	1 709	34	172	3	4 959	100
1987	3 167	64	1 749	36	255	5	4 913	100
1988	2 996	60	1 901	38	269	5	4 971	100
1989	3 468	68	1 730	34	332	7	5 100	100
1990	3 382	62	1 847	34	320	6	5 442	100
1991	3 356	59	1 924	34	463	8	5 736	100
1992	3 520	56	2 179	34	599	9	6 335	100
1993	2 673	45	2 513	42	594	10	5 946	100
1994	3 040	43	3 311	47	786	11	7 120	100
1995	3 339	43	3 688	47	747	10	7 832	100
1996	3 325	40	3 965	48	856	10	8 230	100
1997	4 023	43	4 370	46	838	9	9 449	100
1998	4 372	43	4 682	46	895	9	10 144	100
1999	4 746	44	4 889	45	952	9	10 771	100
2000	5 021	44	4 828	43	953	8	11 326	100
2001	5 054	41	5 070	41	982	8	12 320	100
2002	5 799	42	5 666	41	951	7	13 891	100
2003	5 812	40	5 894	41	932	6	14 491	100
2004	6 317	43	6 425	43	940	6	14 774	100
2005	6 946	44	6 642	42	939	6	15 877	100
2006	7 588	43	7 579	43	1 139	6	17 619	100
2007	..	..	..	..	..	..	..	..
2008	..	..	..	..	..	..	..	..
2009	10 481	49	7 521	35	1 239	6	21 253	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 en given dag (tabellerna 80 och 81). Skattningarna görs två gånger om året och här redovisas den 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 och permanentades 1999. Fotbojan tycks dock 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.

För tabell 80 gäller att 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, 2007 ingick ej Karlstad och 2009 ingick ej Borås, Karlskrona, Skövde, Södertörn, Västerås och Ystad. För tabell 81 gäller att 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, 2008 ingick ej Beateberg och 2009 ingick ej Beateberg, Borås, Västervik norra och Östragård. 2009 har dessutom två anstalter skattats med värdet för 2007 och sju anstalter skattats med värdet för 2008, på grund av bortfall.

Tabell 80. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april, 1968–2009.^{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
2009	9 923	4 693	47	3 981	40	1 904	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) Se tabellkommentarerna angående bortfall.

Tabell 81. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdens årliga skattningar den 1 april, 1968–2009.^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1968	4 969	995	20	..	..	..	..
1969	5 177	1 226	24	..	..	..	..
1970	4 994	1 090	22	..	..	..	..
1971	4 695	1 084	23	..	..	..	..
1972	4 742	1 219	26	..	..	..	..
1973	4 963	1 393	28	..	..	..	..
1974	4 162	1 055	25	..	..	..	..
1975	3 333	849	25	..	..	..	..
1976	3 625	1 018	28	..	..	..	..
1977	3 493	1 188	34	..	..	..	..
1978	3 484	1 166	33	..	..	..	..
1979	3 924	1 084	28	..	..	..	..
1980	3 795	962	25	..	..	..	..
1981	4 116	1 168	28	..	..	..	..
1982	4 112	1 291	31	..	..	..	..
1983	4 280	1 487	35	1 538	36	625	15
1984	3 708	1 158	31	1 403	38	509	14
1985	3 617	1 336	37	1 417	39	550	15
1986	3 414	1 381	40	1 283	38	574	17
1987	3 792	1 509	40	1 516	40	608	16
1988	3 933	1 654	42	1 560	40	666	17
1989	3 944	1 653	42	1 579	40	620	16
1990	4 036	1 597	40	1 767	44	739	18
1991	3 803	1 586	42	1 533	40	667	18
1992	4 005	1 672	42	1 561	39	723	18
1993	4 290	1 742	41	1 627	38	791	18
1994	4 581	1 813	40	1 708	37	809	18
1995	4 408	1 773	40	1 788	41	856	19
1996	4 367	1 733	40	1 599	37	766	18
1997	3 616	1 589	44	1 183	33	611	17
1998	3 680	1 831	50	1 260	34	679	18
1999	3 537	1 652	47	1 215	34	638	18
2000	3 352	1 707	51	1 092	33	594	18
2001	3 744	1 953	52	1 244	33	743	20
2002	3 967	2 008	51	1 238	31	726	18
2003	3 941	2 138	54	982	25	566	14
2004	4 019	2 312	58	1 226	31	785	20
2005	4 484	2 452	55	1 192	27	768	17
2006	4 392	2 512	57	1 244	28	844	19
2007	4 384	2 579	59	1 276	29	875	20
2008	3 907	2 147	55	1 363	35	866	22
2009	4 492	2 236	50	1 387	31	882	20

Källa: Kriminalvården.

a) Definitionen av narkotikamissbruk är ändrad fr o m 1997 till att avse missbruk senaste tolv månaderna i frihet. Tidigare avsågs två månader.

b) Se tabellkommentarerna angående bortfall.

Tabell 82. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2009.^{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
2009	4 045	41	1 548	16	4 212	43	9 805	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 83–90)

I tabellerna 83–85 och 89–90 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. (ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.) Som framgår av tabell 87 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.

Tabell 86 visar antalet kliniskt anmälda fall av hepatit C, totalt och via intravenöst missbruk. Hepatit C diagnostik blev möjlig först 1990 varför statistiken uppvisar en puckel under 1990-talets början. Tabellen innefattar ej fall som enbart är laboratorieanmälda. Det är viktigt att komma ihåg att smittvägen är okänd eller inte uppgiven för bortåt 40% av fallen, här kan alltså ytterligare fall med intravenös smittväg inrymmas. Den regionala fördelningen gäller i vilket landsting smittan upptäcktes första gången, vilket inte behöver vara samma sak som var smittan överfördes.

Tabellerna 87–88 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 89 framgår utvecklingen av antalet narkotikarelaterad dödlighet enligt Socialstyrelsens index. För att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen redovisas även bl a åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation. I tabell 90 redovisas Socialstyrelsens index över narkotikarelaterad dödlighet fördelat på län.

Tabell 83. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2009. ^{a)} (Diagram 29 och 32)

År	Narkotikarelaterade vårdtillfällen					Andel av alla vårdtillfällen, %	Vårdade personer		Förstagångsvårdade 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	113	3 062
1990	6 259	67	3 074	33	9 333	100	0,6	5 336	121	3 104
1991	6 533	67	3 156	33	9 689	100	0,6	5 635	126	3 088
1992	6 768	68	3 213	32	9 981	100	0,6	5 676	127	2 928
1993	7 347	68	3 463	32	10 810	100	0,6	6 054	134	2 991
1994	8 045	68	3 726	32	11 771	100	0,7	6 607	146	3 196
1995	8 637	69	3 913	31	12 550	100	0,8	6 884	151	3 239
1996	8 852	69	4 026	31	12 878	100	0,8	7 255	159	3 386
1997	9 346	65	4 988	35	14 334	100	0,9	8 580	188	4 573
1998	9 134	64	5 238	36	14 372	100	0,9	8 682	190	4 444
1999	9 138	64	5 135	36	14 273	100	0,9	8 647	189	4 317
2000	9 548	64	5 337	36	14 885	100	1,0	8 951	195	4 425
2001	9 970	64	5 670	36	15 640	100	1,1	9 234	201	4 563
2002	9 571	64	5 395	36	14 966	100	1,0	9 027	196	4 471
2003	9 419	64	5 210	36	14 629	100	1,0	8 671	187	4 144
2004	9 566	65	5 146	35	14 712	100	1,0	8 742	188	4 170
2005	9 816	65	5 272	35	15 088	100	1,0	8 706	186	4 063
2006	10 190	66	5 135	34	15 325	100	1,0	9 075	193	4 187
2007	10 941	66	5 632	34	16 573	100	1,1	9 626	204	4 435
2008	11 322	65	6 227	35	17 549	100	1,1	10 105	212	4 602
2009	12 245	66	6 442	34	18 687	100	1,2	10 757	224	4 865

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. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 84. Antal personer vårdade inom slutenvården med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos fördelat på ålder. 1987–2009. ^{a)} (Diagram 30)

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	941	10	2 720	28	1 977	21	2 101	22	1 887	20	9 626	100
2008	1 015	10	2 875	28	2 027	20	2 136	21	2 052	20	10 105	100
2009	1 012	9	3 105	29	2 200	20	2 187	20	2 253	21	10 757	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). ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 85. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2009. ^{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	3 076	19	2 008	12	6 116	37	16 573	100
2008	5 526	31	3 282	19	2 013	11	6 728	38	17 549	100
2009	5 963	32	3 340	18	2 340	13	7 044	38	18 687	101

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med perioden före 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10). ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 86. Antal kliniskt anmälda fall ^{a)} av hepatit C med intravenös smittväg per landsting respektive samtliga anmälda fall. 1990–2009. (Diagram 33)

	Intravenös smittväg					Totalt antal hepa- tit C-fall	Andelen intrave- nösa fall (%)
	Stock- holm	Västra Götaland	Region Skåne	Övriga	Summa		
1990	..	..	..	..	289	459	63
1991	223	91	115	516	945	1 355	70
1992	521	349	216	2 114	3 200	4 537	71
1993	600	318	228	1 528	2 674	4 028	66
1994	767	271	219	1 306	2 563	3 726	69
1995	463	181	176	1 008	1 828	2 872	64
1996	398	174	186	905	1 663	2 613	64
1997	..	..	..	..	1 545	2 358	66
1998	428	93	271	824	1 616	2 593	62
1999	412	111	243	743	1 509	2 330	65
2000	320	199	251	642	1 412	2 116	67
2001	249	203	213	604	1 269	1 970	64
2002	291	191	222	591	1 295	2 052	63
2003	285	152	217	538	1 192	1 917	62
2004	334	168	219	473	1 194	1 864	64
2005	266	163	145	489	1 063	1 710	62
2006	212	169	141	410	932	1 646	57
2007	226	174	143	449	992	1 854	54
2008	249	197	134	496	1 076	2 251	48
2009	140	154	158	544	996	1 983	50

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.
a) Inkluderar ej laboratorieanmälda fall.

Tabell 87. Totalt antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda respektive per intravenös smittväg. 1983–2009.

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
2009	21	6	27	486	6

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 88. Geografisk fördelning av antalet kliniskt anmälda fall av HIV med intravenös smittväg, per landsting. 1985–2009.

	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
2009	20	2	1	4	27

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 89. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2008^{a)}. (Diagram 29, 30 och 34)

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	14
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	46
1980	1	35	22	5	11	58	1,4	16	0,4	74	43
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	81
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	49	68	17	40	126	3,0	49	1,2	175	100
1988	2	47	53	34	46	122	2,9	60	1,4	182	104
1989	0	31	59	26	43	111	2,6	48	1,1	159	90
1990	1	52	54	39	53	151	3,5	48	1,1	199	112
1991	3	33	67	32	49	144	3,4	40	0,9	184	102
1992	1	33	84	47	69	167	4,0	67	1,5	234	130
1993	2	36	88	59	67	181	4,2	71	1,7	252	139
1994	6	46	95	62	68	204	4,6	73	1,6	277	151
1995	2	45	75	78	94	210	4,8	84	1,9	294	160
1996	9	49	95	90	98	237	5,4	104	2,4	341	185
1997	4	44	109	93	86	262	5,9	74	1,7	336	182
1998	5	53	90	94	99	264	5,9	77	1,7	341	185
1999	2	70	108	85	88	269	6,0	84	1,9	353	191
2000	13	100	108	88	94	320	7,2	83	1,9	403	218
2001	11	89	101	102	100	315	7,0	88	1,9	403	217
2002	9	77	95	103	107	313	7,0	78	1,8	391	210
2003	12	69	68	107	129	287	6,4	98	2,2	385	206
2004	11	90	60	79	122	289	6,5	73	1,6	362	193
2005	10	76	70	78	106	258	5,7	82	1,8	340	181
2006	4	60	45	91	110	243	5,4	67	1,4	310	164
2007	9	90	72	101	123	302	6,6	93	2,0	395	207
2008	8	88	78	90	129	302	6,6	91	2,0	393	205

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker. Försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa år. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabell 90. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2008. ^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	85	49	23	13	23	13	44	25	175	100
1988	70	38	33	18	23	13	56	31	182	100
1989	68	43	22	14	26	16	43	27	159	100
1990	100	50	27	14	25	13	47	24	199	100
1991	82	45	23	13	24	13	55	30	184	100
1992	104	44	23	10	36	15	71	30	234	100
1993	115	46	31	12	36	14	70	28	252	100
1994	111	40	35	13	54	19	77	28	277	100
1995	121	41	28	10	55	19	90	31	294	100
1996	146	43	37	11	52	15	106	31	341	100
1997	120	36	39	12	67	20	110	33	336	100
1998	129	38	40	12	76	22	96	28	341	100
1999	130	37	33	9	86	24	104	29	353	100
2000	130	32	43	11	108	27	122	30	403	100
2001	139	34	46	11	89	22	129	32	403	100
2002	126	32	45	12	86	22	134	34	391	100
2003	126	33	42	11	93	24	124	32	385	100
2004	92	25	49	14	76	21	145	40	362	100
2005	89	26	44	13	72	21	135	40	340	100
2006	77	25	40	13	74	24	119	38	310	100
2007	110	28	58	15	87	22	140	35	395	100
2008	105	27	70	18	79	20	139	35	393	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) År 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker. Försiktighet bör iaktas vid jämförelser över detta år. ICD-koderna listas i kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet.

Tabellkommentarer: Sniffningsutvecklingen (tabellerna 91–94)

Tabell 91 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. Sniffningsfrågan omformulerades inför skolundersökningen 2007, både för årskurs 9 och gymnasiet andra år (tabell 91–92), detta verkar emellertid inte ha påverkat resultaten nämnvärt. För ytterligare information angående detta frågebyte se *Skolelevs drogvanor 2009*.

Tabell 93 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 sniffningsmedel i mänstringsundersökningen, vilket medför svårigheter att tolka siffrorna. Ökningen 1995 får till stor del tillskrivas att exemplen på sniffningsmedel uppdaterades från ”thinner, tri, solution” till ”lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande”. Den tidigare formuleringen, med sniffningsmedel som knappast används längre, bidrog till att värdena sedan en tid varit underskattande. Som vidare framgår sjönk andelen till knappt 3% 1998–1999. Införandet av en livstidsprevalensfråga 1998 har troligen bidragit till detta, vilket i sin tur indikerar att många som tidigare rapporterat sniffning under de senaste två åren ansett att ”sniffat någon gång” varit ett mera relevant svar.

Tabell 91. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive senaste 30 dagarna. 1971–2009^{a)}. (Diagram 36)

År	Antal	Har sniffat		Sniffat senaste 30 dgr	
		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 ^{b)}	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 ^{c)}	4 890	7	6	2	2
2007	5 302	5	4	1	1
2008	4 884	5	4	1	1
2009	5 192	7	4	2	1

Källa: CAN.

a) Utformningen av frågan ändrades 2006 då hälften av eleverna besvarade den gamla och hälften den nya.

b) Hälften av eleverna besvarade den gamla frågeformuleringen och hälften den nya.

c) Fram till 2006 löd frågan "Sniffar du fortfarande".

Tabell 92. Andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som sniffat någon gång respektive senaste 30 dagarna. 2004–2009^{a)}. (Diagram 36)

Gy 2	År	Antal	Har sniffat		Sniffat senaste 30 dgr	
			Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
	2004	4 494	6	5	1	1
	2005	4 542	8	5	2	0
	2006	3 772	8	5	1	1
	2007 ^{b)}	4 303	5	4	1	0
	2008	3 983	5	5	1	1
	2009	4 072	5	4	1	0

Källa: CAN.

a) Utformningen av frågan ändrades 2006 då hälften av eleverna besvarade den gamla och hälften den nya.

b) Fram till 2006 löd frågan "Sniffar du fortfarande".

Tabell 93. 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.

Tabell 94. Sambandet mellan sniffningserfarenhet och vissa andra variabler. Andelen elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 med eller utan erfarenhet av att ha sniffat. 2009.

	Årskurs 9		Gymnasiets årskurs 2	
	Har sniffat	Har ej sniffat	Har sniffat	Har ej sniffat
Pojkar				
Använt narkotika	53	6	67	15
Intensivkonsumtion ^{a)} av alkohol någon gång per månad eller oftare	58	21	80	46
Trivs ganska eller mycket dåligt i skolan	14	4	8	3
Skolkar ett par gånger i månaden eller oftare	35	11	51	22
Stämmer ganska/mycket bra in på mitt bostadsområde:				
Vandalism ^{b)} är vanligt	23	13	29	12
Så fort jag kan vill jag flytta till ett annat bostadsområde	29	16	28	22
Flickor				
Använt narkotika	54	5	68	13
Intensivkonsumtion ^{a)} av alkohol någon gång per månad eller oftare	59	21	60	42
Trivs ganska eller mycket dåligt i skolan	15	4	10	4
Skolkar ett par gånger i månaden eller oftare	49	11	47	26
Stämmer ganska/mycket bra in på mitt bostadsområde:				
Vandalism ^{b)} är vanligt	20	14	12	13
Så fort jag kan vill jag flytta till ett annat bostadsområde	35	23	38	27

Källa: CAN.

a) Intensivkonsumtion= dricker alkohol motsvarande minst en halv halvflaska sprit eller en helflaska vin eller fyra stora flaskor cider eller fyra burkar starköl eller sex burkar folköl vid samma tillfälle.

b) Klotter, olaglig graffiti, förstörelse.

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. Efter 1992 viktades resultaten i mönstringsundersökningen rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall (tabell 100).

Tabell 95. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2009. (Diagram 38)

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
2009	1 339	54 708	14	517	276 839	26	1 856	331 547	40

Källa: 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 lagföringsbeslut gällande lagen om förbud av vissa dopningsmedel (huvudbrott). 1993–2009. (Diagram 38)

År	Anmälda brott		Misstänkta personer		Lagföringsbeslut	
	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
2009	1 752	19	957	2	309	28

Källa: Brå.

Tabell 97. Personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2009. (Diagram 39)

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
2009	114	12	546	57	220	23	77	8	957	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 mönstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2006.

År	Antal	Anabola steroider			Tillväxthormon ^{a)}		
		En gång	Flera ggr	Totalt	En gång	Flera ggr	Totalt
1994	39 519	0,6	0,7	1,4	0,3	0,4	0,7
1995	44 878	0,7	0,5	1,2	0,2	0,2	0,4
1996	47 544	0,6	0,6	1,1	0,2	0,2	0,4
1997	38 878	0,6	0,5	1,0	0,2	0,2	0,4
1998	44 437	0,5	0,5	1,0	0,2	0,3	0,4
1999	42 751	0,5	0,5	1,0	0,2	0,3	0,4
2000	37 566	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2001	39 276	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2002	39 742	0,5	0,5	1,0	.	.	.
2003	40 369	0,4	0,5	0,9	.	.	.
2004	42 469	0,4	0,5	0,9	.	.	.
2005	41 901	0,3	0,3	0,7	.	.	.
2006	36 802	0,3	0,3	0,6	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1995–1999 efterfrågades injektionsbruk explicit.

Tabell 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 lågprismärken som tillkommit under senare år. Till kategorin ”annan röktobak” räknas rulltobak, pipetobak samt cigarr/cigarill. Cigarr/cigarill redovisas i antal och CAN räknar om dessa till gram genom en schablonvikt på 1,25 gram per cigarr/cigarill. I kategorin ”snus” ingår snus, tuggtobak samt portionstobak.

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.

För att bli klassificerad som rökare i tabell 105–106, ska man ha besvarat frågan ”Röker du?” med något av alternativen: ”Ja, varje dag”, ”Ja, nästan varje dag”, ”Ja, men bara när jag är på fest” eller ”Ja, men bara ibland”. För att bli klassificerad som snusare ska man ha besvarat frågan ”Snusar du?” med något av alternativen: ”Ja, varje dag”, ”Ja, nästan varje dag” eller ”Ja, men bara ibland”.

Tabell 107 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt Statistiska Centralbyråns (SCBs) Undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden (ULF). Fram till och med 2005 genomfördes undersökningen i huvudsak som besöksintervju. År 2006 gjordes det besöksintervjuer med halva urvalet och datorstödda telefonintervjuer med andra halvan. Från och med 2007 sker dattainsamlingen i huvudsak genom datorstödda telefonintervjuer. År 2008 integrerades ULF-undersökningarna med EUROSTATs undersökning Survey on

Income and Living Conditions. Detta har, enligt SCB, påverkat jämförbarheten och de har därför valt att redovisa resultaten från 2008–2009 års insamling separat från tidigare års data.

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.

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. 1970–2009. (Diagram 40)

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
2009	786	45	726	57

Källor: Swedish Match och Tullverket.

Tabell 104. Skattning av den totala registrerade och oregistrerade cigarettkonsumtionen i antal miljoner cigaretter. 2003–2008. (Diagram 41)

	Legalt försålda	Resande- införda	Privat- importerade	Smuggel	Totalt
2003	8 207	530	99	192	9 028
2004	7 718	678	62	248	8 706
2005	7 900	515	99	251	8 765
2006	7 100	346	70	172	7 688
2007	6 600	424	126	144	7 294
2008	6 100	424	134	440	7 098

Källa: Axelsson Sohlberg & Ramstedt 2009.

Tabell 105. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker eller snusar. 1971–2009. (Diagram 42)

Åk 9	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	12 11	16 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 42)

Gy 2	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
2004	4 494	32	38	10	17	32	9
2005	4 542	31	41	9	19	30	11
2006	3 772	33	40	9	17	31	11
2007	4 303	35	40	10	14	27	10
2008	3 983	34	41	12	18	25	9
2009	4 072	33	40	11	19	23	7

Källa: CAN.

Tabell 107. Andelen dagligrökande **män** i befolkningen (16–84 år). 1980–2008/2009. (Diagram 43)

År	Män				Totalt
	16–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år	
1980	28	43	37	37	36
1981	25	38	35	31	34
1982	24	40	35	28	34
1983	22	38	34	25	32
1984	22	38	38	26	33
1985	23	33	34	24	30
1986	17	34	34	22	29
1987	17	32	35	26	29
1988	17	32	31	24	28
1989	16	29	30	20	26
1990	14	29	32	21	26
1991	17	30	29	20	26
1992	14	28	31	21	25
1993	14	25	30	17	23
1994	15	21	29	15	22
1995	14	22	28	19	22
1996	16	21	27	16	21
1997	12	16	19	15	17
1998	10	15	22	16	17
1999	14	17	26	13	19
2000	13	15	21	14	17
2001	14	17	23	13	18
2002	10	14	23	13	16
2003	10	15	23	14	17
2004	11	12	23	9	15
2005	8	12	20	11	14
2006 ^{a)}	9 10	12 11	15 20	11 12	12 14
2007 ^{b)}	10	11	18	9	13
2008/09 ^{c)}	12	11	18	11	13

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

a) Fram till och med 2005 genomfördes undersökningen i huvudsak som besöksintervjuer. År 2006 gjordes besöksintervjuer med halva urvalet och datorstödda telefonintervjuer med den andra halvan.

b) Fr o m 2007 sker datainsamlingen i huvudsak genom datorstödda telefonintervjuer.

c) Undersökningarna av befolkningens levnadsförhållanden, ULF, integreras fr o m 2008 med EUROSTATS undersökning Survey on Income and Living Conditions, SILC. Integreringen har inneburit förändringar i uppgiftsinsamlingen, vilket kan påverka jämförelsen över tid väsentligt. SCB har därför valt att redovisa uppgifterna från 2008 och 2009 års datainsamling i separata tabeller.

Forts.

Forts. **Tabell 107.** Andelen dagligrökande **kvinnor** i befolkningen (16–84 år). 1980–2008/2009. (Diagram 43)

År	Kvinnor				Totalt
	16–24 år	25–44 år	45–64 år	65–84 år	
1980	37	40	24	10	29
1981	36	35	25	10	27
1982	32	38	27	9	28
1983	29	37	25	9	26
1984	31	37	29	11	28
1985	30	37	27	10	27
1986	26	37	24	12	27
1987	27	35	28	10	26
1988	28	36	27	10	26
1989	26	35	27	12	26
1990	22	34	28	13	26
1991	23	31	28	11	24
1992	21	34	30	14	27
1993	19	28	28	13	23
1994	20	29	28	11	24
1995	21	29	27	12	24
1996	23	27	27	13	23
1997	19	25	27	12	22
1998	18	23	28	11	21
1999	18	20	25	11	19
2000	19	23	26	12	21
2001	19	20	26	10	20
2002	18	20	23	13	19
2003	16	18	24	11	18
2004	14	18	22	11	18
2005	12	18	23	14	18
2006 ^{a)}	16 13	18 16	23 21	7 11	17 16
2007 ^{b)}	15	14	20	10	15
2008/09 ^{c)}	15	14	20	13	16

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

a) Fram till och med 2005 genomfördes undersökningen i huvudsak som besöksintervjuer. År 2006 gjordes besöksintervjuer med halva urvalet och datorstödda telefonintervjuer med den andra halvan.

b) Fr o m 2007 sker datainsamlingen i huvudsak genom datorstödda telefonintervjuer.

c) Undersökningarna av befolkningens levnadsförhållanden, ULF, integreras fr o m 2008 med EUROSTATS undersökning Survey on Income and Living Conditions, SILC. Integreringen har inneburit förändringar i uppgiftsinsamlingen, vilket kan påverka jämförelsen över tid väsentligt. SCB har därför valt att redovisa uppgifterna från 2008 och 2009 års datainsamling i separata tabeller.

Tabell 108. Andelen dagligsnusare i befolkningen (16–84 år). 2004–2010.

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	6	3	1	3	12
2005	22	29	23	9	22	3	5	3	2	3	13
2006	23	25	20	10	20	5	5	3	2	4	12
2007	22	22	19	10	19	5	4	4	1	4	11
2008	19	24	19	9	19	6	5	3	2	4	11
2009	22	21	20	10	19	6	5	3	2	4	12
2010	20	23	22	12	20	4	5	4	2	4	12

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 109. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 2004–2010.

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	14	19	11	14	16	18	25	12	19	16
2005	9	11	17	10	12	15	17	22	11	17	15
2006	7	11	18	11	13	13	14	21	11	15	14
2007	9	9	18	11	12	14	14	22	13	16	14
2008	8	11	15	9	11	12	12	19	11	14	13
2009	10	8	16	10	11	10	12	18	11	13	13
2010	9	9	18	11	12	12	11	17	10	13	13

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) 18–84 år.

Tabell 110. Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare. Åldersstandardiserat. 1955–2005. (Diagram 46)

År	Män	Kvinnor	År	Män	Kvinnor
1955	19	6	1985	53	16
1956	20	7	1986	51	17
1957	22	8	1987	51	18
1958	24	8	1988	52	18
1959	25	8	1989	49	19
1960	26	7	1990	51	18
1961	27	8	1991	50	20
1962	29	8	1992	50	21
1963	29	8	1993	48	20
1964	32	8	1994	48	20
1965	32	9	1995	48	23
1966	33	8	1996	47	24
1967	35	10	1997	47	24
1968	35	10	1998	46	24
1969	39	9	1999	47	24
1970	40	10	2000	45	25
1971	44	11	2001	46	28
1972	47	11	2002	45	27
1973	48	12	2003	45	27
1974	50	13	2004	45	30
1975	51	13	2005	47	31
1976	52	12			
1977	58	13			
1978	55	14			
1979	57	13			
1980	54	14			
1981	52	15			
1982	50	15			
1983	53	15			
1984	54	16			

Källa: Socialstyrelsen.

Tidigare rapporter

- Nr 84** Skolelevers drogvanor 2004
- Nr 85** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2004
- Nr 86** Mönstrandens drogvanor 2004
- Nr 87** Drogvanor i gymnasiet år 2, 2004
- Nr 88** Alkohol- och narkotikamissbruk bland invandrare
- Nr 89** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under våren 2005
- Nr 90** Skolelevers drogvanor 2005
- Nr 91** Drogutvecklingen i Sverige 2005
- Nr 92** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser under hösten 2005
- Nr 93** Drug Trends in Sweden 2005
- Nr 94** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2005
- Nr 95** Mönstrandens drogvanor 2005
- Nr 96** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 97** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2005–2006
- Nr 98** Drogutvecklingen i Sverige 2006
- Nr 99** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2006
- Nr 100** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg sommarhalvåret 2006
- Nr 101** Kartläggning av narkotikapolitiska handlingsplaner i kommuner och stadsdelar
- Nr 102** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2006
- Nr 103** Skolelevers drogvanor 2006
- Nr 104** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 105** Mönstrandens drogvanor 2006
- Nr 106** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser i Göteborg vinterhalvåret 2006–2007
- Nr 107** Drogutvecklingen i Sverige 2007
- Nr 108** Skolelevers drogvanor 2007
- Nr 109** Kokain – ett uppmärksammat problem
- Nr 110** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser sommarhalvåret 2007
- Nr 111** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2007–2008
- Nr 112** Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2007
- 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
- Nr 117** Drogutvecklingen i Sverige 2009
- Nr 118** Skolelevers drogvanor 2009
- Nr 119** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser första halvåret 2009
- Nr 120** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser andra halvåret 2009
- Nr 121** Narkotikatillgängligheten i Sverige 1988–2009. En analys av priser och beslag
- Nr 122** Hälsa bland folkhögskoleelever
- Nr 123** CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser första halvåret 2010
- Nr 124** Skolelevers drogvanor 2010

För information om rapport 1–83, se www.can.se

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