

Drogutvecklingen i Sverige 2006



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 98

Stockholm 2006

Förord

Alltsedan 1970-talets början har CAN producerat årliga rapporter som beskriver drogutvecklingen i Sverige. Publikationerna är de mest heltäckande sammanställningarna över drogutvecklingen i landet.

Sedan 2004 ges rapporten ut under andra halvåret istället för som tidigare på våren. Det främsta skälet till detta är att möjligheterna att publicera en så uppdaterad rapport som möjligt är störst vid denna tidpunkt.

Arbetet med *Drogutvecklingen i Sverige 2006* har utförts med Ulf Guttormsson som redaktör. Britta Grönlund, CAN, har svarat för korrekturläsning samt sättning. Den engelska översättningen av sammanfattningen har gjorts av Johan Segerbäck. Tack till Paul Nordgren på Statens folkhälsoinstitut för kommentarer rörande kapitlet om tobaksutvecklingen.

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

Stockholm i november 2006

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

Sammanfattning	17
Summary	31
Alkoholutvecklingen	47
Inledning	47
Alkoholpolitik	48
Försäljningsutvecklingen	50
Konsumtionsutvecklingen	59
Skadeutvecklingen	72
Internationella aspekter	86
Referenser	95
Narkotikautvecklingen	99
Inledning	99
Narkotikapolitik	100
Narkotikautbudet	103
Tillgänglighetsutvecklingen	111
Utvecklingen av experimentell/tillfällig användning av narkotika	113
Utvecklingen av tungt missbruk	120
Vård, sjuklighet och dödlighet	132
Narkotikasituationen i andra länder	140
Referenser	144
Sniffringsutvecklingen	147
Inledning	147
Missbrukets omfattning	147
Internationell jämförelse av ungdomars sniffringserfarenhet	152
Referenser	154
Dopningsutvecklingen	155
Inledning	155
Beslags- och kriminalstatistik	155
Resultat från olika frågeundersökningar	158
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten	161
Referenser	162

Tobaksutvecklingen	163
Inledning	163
Försäljningsutvecklingen	164
Konsumtionsvaneundersökningar	166
Konsekvenser av tobakskonsumtion	173
Internationell jämförelse av rökvanor	175
Referenser	178
Metodproblem och tillförlitlighet	179
Inledning	179
Metodproblem vid frågeundersökningar	180
Beskrivning av de redovisade undersökningarna	184
Indikatorer på bruk och missbruk	190
Referenser	192
Tabeller	193
Bilagor:	
1. ICD-koder	299
2. Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika	303

Diagram

Alkoholutvecklingen

1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1861–2005.	51
2. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1946–2005.	52
3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2005.	54
4. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2005.	55
5. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2005.	58
6. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2006.	60
7. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/1980–2003.	62
8. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2006.	63
9. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003.	64
10. Självrapporterad alkoholkonsumtion bland 18–75-åringar fördelat på kön i liter alkohol 100%. 1990–2002.	66
11. Självrapporterad och uppräknad alkoholkonsumtion enligt SoRADs monitormätningar, fördelat på åldersgrupper och kön. 2002.	67
12. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt alkoholförsäljningen per invånare 15 år och däröver. 1966–2005.	78
13. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2003.	83
14. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003.	84
15. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.	87

16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2003.	89
17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003.	90
18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001.	91
19. Antal döda i levercirrhos per 100 000, 15 år och äldre, i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.	92
20. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol tre gånger eller mer senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.	94

Narkotikautvecklingen

21. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2005.	105
22. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2005.	107
23. Andelen elever i åk 9 som aldrig använt narkotika som "haft möjlighet" att pröva samt "vet någon som kan ge eller sälja narkotika", respektive andelen mönstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2006.	109
24. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2005 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brutt heroin. 1988–2005.	110
25. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2006.	114
26. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2006.	116
27. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk. 1979, 1992 och 1998.	122
28. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2005.	124
29. Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia eller opiater. 1975–2004.	127
30. Antal personer med tungt narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.....	130
31. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2005.	135

32. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2003.	137
33. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2003.	139
34. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995, 1999 och 2003.	141

Snifningsutvecklingen

35. Andelen elever i årskurs 9 respektive månstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2006.	148
36. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång sniffat. 1995, 1999 och 2003.	153

Dopningsutvecklingen

37. Antal beslag av dopningspreparat av polisen och tullen samt antal anmälda dopningsbrott. 1993–2005.	156
38. Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2005.	157

Tobaksutvecklingen

39. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktoak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2005.	165
40. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2006.	167
41. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2005.	170
42. Antalet rökningrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.	174
43. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.	176

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. 1861–2005.	195
2. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2005.	199
3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2005, uppdelad på dryckestyp och ursprung.	200
4. Länsvis försäljning av sprit, vin och starköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1987–2004.	201
5. Länsvis försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1995–2004.	202
6. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2005.	204
7. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2005.	205
8. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker och på restauranger räknat i miljoner kronor. 1988–2004.	206
9. Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. December 1984–december 2005.	207

Konsumtionsvaneundersökningar

10. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2006.	209
11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2006.	210
12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2006.	211
13. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2006.	212

14. Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2004–2006.....	213
15. "Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2005.	214
16. "Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2005.....	215
17. Mänstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2005.	216
18. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	217
19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och blanddrycker i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	218
20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av sprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	219
21. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–70 år. 1982–2000.....	220
22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–29 år. 1982–2000.....	220
23. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 30–49 år. 1982–2000.....	221
24. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 50–70 år. 1982–2000.....	221
25. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000.	222
26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000.....	222

Skadeutvecklingen; fylleri, trafik och olyckor

27. Ingripanden i antal och per 1000 invånare 15 och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller enligt lagen om omhändertagande av berusade personer m m, efter kön. 1963–2005.....	224
28. Antalet ingripanden per 1 000 invånare 15 år och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller enligt lagen om omhändertagande av berusade personer m m, efter län. 1990–2005.....	225
29. Anmällda trafiknykterhetsbrott. 1950–2005.	226
30. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2005.	227
31. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2005.	228

32. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2005.....	229
33. Antal lagföringar för sjöfylleri, huvud- och bibrott. 1974–2005.....	229
34. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2005.	230

Skadeutvecklingen; vård, sjuklighet och dödlighet

35. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6§ Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983–2005.....	232
36. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2005.....	233
37. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2005.	234
38. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003.	235
39. Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1991–2003.	236
40. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar. 1959–2003.	237
41. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende. 1959–2003.	238
42. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos. 1959–2003.	239
43. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning. 1959–2003.	240
44. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1959–2003.	241

Internationella aspekter

45. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950–2000.	243
46. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2003.	244
47. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003.	245
48. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001.	247

49. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.	248
50. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.	249
51. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol tre gånger eller mer de senaste 30 dagarna, prövat narkotika någon gång, sniffat någon gång samt rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.	250

Narkotikautvecklingen

Beslagsstatistik

52. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1966–2005.	252
53. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2005.	253
54. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2005.	254
55. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2005.	255
56. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2005.	256
57. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2005 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2005.	257

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

58. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2006.	259
59. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2005.	260
60. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 1976–2005.....	261
61. Andelen som någon gång prövat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.....	262
62. Andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.	262
63. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk 1979, 1992 och 1998.	263

Kriminalstatistik

64. Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2005.	265
---	-----

65. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2005.	266
66. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2005.	267
67. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2005.	268
68. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelser enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2004.	269
69. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2004.	270
70. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2004.	271
71. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2004.	272
72. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2004.	273
73. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2004.	274

Missbrukare inom kriminalvården

74. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2005.	276
75. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2005.	277
76. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2005.	278

Sjuklighet och dödlighet

77. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2005.	280
78. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2005.	281
79. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonA nonB och hepatit C. 1969–2005.	282
80. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2005.	283

81. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2005.	284
82. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003.....	285
83. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod, fördelat på län. 1987–2003.	286

Snifningsutvecklingen

84. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2006.	288
85. Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2005.	289

Dopningsutvecklingen

86. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2005.	291
87. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer (huvud- och bibrott) för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2005.	292
88. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2005.	292
89. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2006.....	293
90. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2005.	293
91. Andelen 16–24-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.....	294
92. Andelen 15–75-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.....	294

Tobaksutvecklingen

93. Den årliga försäljningen av cigaretter respektive andra tobaksvaror för rökning (cigararer/cigariller och röktoak) och snus i vikt per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2005.	296
94. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2006.	297
95. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2005.	298

Sammanfattning

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

Alkoholutvecklingen

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

Den totala konsumtionen för 2005 beräknas till 10,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Mycket av alkoholen som dricks har nuförtiden sitt ursprung i privat införsel och denna andel bestämdes till 22% 2005. Samma år härrörde 2% från legal hemtillverkning, 11% från smuggling och hembränning (d v s illegala källor), 15% från restauranger och livsmedelsbutiker samt 48% från Systembolaget.

Mellan 1990 och 2005 har andelen oregistrerad alkohol fördubblats, från 18 till 36% av konsumtionen. Till viss del beror ökningen på ett större inslag av illegal alkohol, men främst handlar det om ökande mängder privatinförd alkohol. Denna utveckling beror främst på att det numera, i och med att den successiva anpassningen av införselreglerna är fullt ut genomförd sedan 1 januari 2004, är tillåtet att införa stora mängder alkohol från andra EU-länder.

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

Sammanfattning

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

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

Stora förändringar har även skett i val av dryckestyper. Under hela efterkrigstiden har vin stadigt ökat i betydelse och svarade 2005 för 44% av all alkoholförsäljning, räknat i ren alkohol. Även starkölet har länge ökat och svarar sedan flera år för en klart större försäljningsandel än spriten. Under 2005 bidrog starkölet till 29% av försäljningen. Folkölets försäljningsandel har halverats under de senaste tio åren och utgjorde 11% 2005, vilket ger en summerad ölandel om 40%.

Tar man hänsyn även till den oregistrerade alkoholen sjunker öl- och vinandelarna till ca 37% vardera under 2004 medan spritandelen ökar från 17 till 26%. Öl och vin är således fortfarande vanligare än sprit även när oregistrerad konsumtion beaktas och det kan konstateras att Sverige numera är ett öl- och vinland och inte längre ett spritland.

En bedömning av konsumtionsutvecklingen som baseras på försäljningsstatistiken blir riktig endast under förutsättning att den oregistrerade konsumtionen är av ungefär oförändrad omfattning år från år. Så är alltså inte fallet då den oregistrerade konsumtionsandelen har ökat under de senaste 10–15 åren.

Något som delvis står i motsats till den totala konsumtionsutvecklingen är yngre ungdomars alkoholvanor som de registreras i CANs årliga undersökning bland elever i årskurs 9. Enligt dessa ökade andelen som svarar att de inte dricker alkohol från runt 20% under 1990-talet till över 30% år 2006. Under andra halvan av 1990-talet ökade förvisso konsumtionen bland eleverna kraftigt men under 2000-talet har den minskat.

Även om konsumtionsnedgången bland niorna kan förefalla paradoxal ska det nämnas att nuvarande nivå fortfarande är klart högre än den som gällde första halvan av 1990-talet. Vidare är det endast pojkarnas konsumtion som sjunkit sedan millennieskiftet, flickornas konsumtion har ökat successivt och är fördubblad jämfört med 1989. Sammantaget har detta lett till att skillnaden mellan pojkarnas och flickornas konsumtion nu är mindre än på länge. Trenderna i berusningsvanor följer ungefär samma utveckling som totalkonsumtionen hos skoleleverna.

En samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor, utifrån olika frågeundersökningar, är att de under 1990-talet ökade i omfattning. För pojkar i årskurs 9 har en nedgång i totalkonsumtion och berusning inträtt under 2000-

talet, dock är det svårt att utifrån tillgängliga undersökningar se om detta även gäller bland lite äldre pojkar.

De minskade könsskillnaderna bland skoleleverna återspeglas inte bland äldre ungdomar. Enligt tillgängliga studier, t ex de på gymnasiet från 2006, framkommer tydliga könsskillnader och yngre män dricker betydligt mycket mer än yngre kvinnor. Konsumtionstoppen infinner sig runt 20–25-årsåldern och då är männens konsumtion mer än dubbelt så stor som kvinnornas. Hos männen minskar sedan konsumtionens omfattning med stigande ålder medan nedgången bland kvinnor är betydligt mindre uttalad sett till ökande ålder och blir tydlig först i 50-årsåldern.

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

Yngre kvinnors dryckesmönster är mera spritt över olika alkoholtyper. Bland äldre ungdomar ökar i synnerhet inslaget av vin och starköl medan folköl minskar. Värt att notera är den kraftiga nedgång i folkölskonsumtionen som uppmäts bland eleverna i årskurs 9 den senaste tioårsperioden; 1995 utgjordes 38% av niornas konsumtion av folköl och 2006 var andelen endast 9%.

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

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

Sammanfattning

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

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

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

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

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

Efter 1976 minskade försäljningen och några år senare upphörde även ökningen av den alkoholrelaterade dödligheten. Med hänsyn till skattningar där även oregistrerad alkohol inkluderas kan årskonsumtionen i grova drag sägas ha varit relativt oförändrad under större delen av 1980- och 1990-talen (ca 8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre). I detta perspektiv är den stora förändringen uppgången under 2000-talets början, som lett till att årskonsumtionen sedan fyra år tillbaka ligger på drygt 10 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre.

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

Det kan vidare konstateras att sedan 1998 har antalet anmälda rattfylleribrott per invånare i det närmaste fördubblats. Ökningen förklaras dock sannolikt till stor del av nytillkomna lagar och resursprioriteringar inom polisen och uppgången har heller inte inneburit att anmälningarna nått upp till den nivå som gällde när de var som flest; under 1990-talets början. Andelen i befolkningen som i frågeundersökningar säger att de druckit alkohol i samband med bilkörning under senaste 12 månaderna har minskat från 14% 1989 till 6% 2005.

Alkoholrelaterade trafikolyckor kan möjligen vara ett mindre känsligt mått på alkohol i trafiken. De senaste årens nivå på antalet misstänkt alkoholpåverkad vid olyckor med personskada är bortåt 40% högre än under 1990-talets andra hälft. Samtidigt har antalet varit ännu högre tidigare, i synnerhet runt konsumtionstoppen under senare delen av 1970-talet. Dock kan konstateras att andelen misstänkt alkoholpåverkad i olyckor med dödlig utgång inte är lägre än på 1970-talet utan uppgick till 9% 2003 och 2004, en dubbelt så hög andel som under 1990-talets mitt. Siffran för 2005 var dock åter lägre (5%).

En annan indikator som inte längre pekar nedåt är alkoholrelaterad slutenvård. Mellan 1987 och 1998 minskade antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen men därefter har nedgången vänts i en uppgång och 2005 var ökningen 12% jämfört med 1998. En ökning mellan 1998 och 2004 om 6% av antalet personer med alkoholproblem av den typ som slutenvården speglar har framräknats genom speciella statistiska bearbetningar av slutenvårdsdata med avsikt att även skatta mörkertalet. Ett möjligt problem med att använda slutenvårdsuppgifter som ensam indikator är emellertid att förändringar inom vårdutbudet och ökade satsningar på öppenvård har inverkan på statistiken.

Mellan 1979 och 2000 sjönk den alkoholrelaterade dödligheten för män med 29%, som den mäts enligt Socialstyrelsens diagnosurval. De tre påföljande åren har dock nedgången hejdat och en uppgång om 9% noteras, om än inte

Sammanfattning

till 1970- eller 1980-talets nivåer. Även för kvinnorna uppnåddes en topp 1979, men väsentligt mindre markerad. Kvinnornas alkoholdödlighet var till skillnad från männens dessutom av samma storleksordning 2003 som 1979. Jämför man 1990-talets första hälft med 2000-talet har de alkoholrelaterade dödsfallen bland kvinnor ökat med 12%.

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

Även för flera av de andra tidigare omnämnda indikatorerna ökar kvinnornas proportion. Andelen kvinnor omhändertagna för fylleri har t ex stigit från 3% under 1970-talets början till 12% under 2000-talet. Vidare har andelen kvinnor misstänkta för trafiknykterhetsbrott ökat från 6 till 12% mellan 1984 och 2005. Samma period har det skett en fördubbling av andelen kvinnor som vårdats för missbruk inom institutionsvården. Också inom alkoholrelaterad slutenvård har kvinnoandelen stigit och under 2000-talet har de utgjort en fjärdedel.

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

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

Narkotikautvecklingen

Narkotikaanvändning kan innefatta allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till mera regelbunden användning liksom långvarigt och dagligt missbruk.

Olika användningsformer har olika konsekvenser för individ och samhälle. Vid en redovisning och diskussion av utvecklingen är det därför viktigt att olika konsumtionsmönster särredovisas.

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

Tillgängligheten på cannabis, amfetamin, heroin och kokain har ökat kraftigt sedan slutet av 1980-talet. Det illustreras av att beslagen av dessa droger fördubblats under perioden, såväl sett till antal som mängder. Samtidigt som detta skett har priserna på nämnda narkotikasorter i grova drag halverats, räknat i reala priser. Bilden av en ökad tillgänglighet under 1990-talet bekräftas också av ungdomar i olika enkätundersökningar.

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

Sedan 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningarna. Andelen skolelever i årskurs 9 som provat narkotika var högst i början av 1970-talet, för att sedan minska och under andra hälften av 1980-talet nå en lägsta nivå om 3–4%. Under 1990-talet mer än fördubblades siffrorna och låg närmare 10% år 2001. Därefter har andelen som provat narkotika sjunkit och uppgick till 6% 2006.

Undersökningarna bland artonåriga mönstrande män beskriver en likartad utveckling jämfört med skolundersökningarna; sjunkande nivåer under 1980-talet och öknings under 1990-talet. Mellan 1992 och 2002 tredubblades andelen mönstrande som någon gång provat narkotika, från 6 till 18%. Därefter har testandet sjunkit även bland de två år äldre mönstrande och siffran uppgick till 14% 2005. I de nystartade årliga undersökningarna i gymnasiet andra år svarar ca 15% av eleverna att de provat narkotika 2004–2006.

Det är svårt att säga något om utvecklingen under 2000-talet bland ungdomar äldre än 18 år och unga vuxna eftersom det saknas jämförbara data. År 2003 svarade 17% av 16–24-åringarna i en telefonundersökning att de någon gång provat narkotika. Debutåldern (för de som var 20 år och äldre) var 17,5 år, vilket speglar behovet av att också följa utvecklingen även bland lite äldre ungdomar.

Normalt visar olika ungdomsundersökningar att ca 60% av dem som provat narkotika enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart använt annan narkotika än cannabis. Amfetamin var tidigare den näst vanligaste narkotiksorten men numera delas andraplatsen med ecstasy. Om illegalt använda läkemedel

Sammanfattning

(oftast sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp) tas med i bilden är de emellertid lika vanligt förekommande som ecstasy och amfetamin.

I skol- och mönstringsstudierna har den regelbundna användningen (använt senaste 30 dagarna) i stort sett följt samma trender som livstidsprevalensen. Ett undantag utgörs dock av niondeklassarna där den regelbundna användningen inte sjunkit under 2000-talet utan har legat på 3–4% de två senaste åren. Bland gymnasieeleverna svarade samma period 4% av eleverna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna och nivåerna är högre bland männen. Detta är förhållandevis höga värden. Enligt undersökningen bland 16–24-åringarna kulminerar den regelbundna användningen runt 21-årsåldern.

Enligt den mest aktuella undersökningen bland vuxna – en postenkät från 2006 riktad till 16–84-åringar – har ca 10% någon gång prövat cannabis, vilket motsvarar drygt 700 000 personer i åldersintervallet. Bland 18–29-åringarna har runt en fjärdedel av männen och en femtedel av kvinnorna gjort detta. 8 respektive 4% i denna åldersgrupp hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna, jämfört med 2 respektive 1% bland samtliga tillfrågade.

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är ungefär dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor och det kan konstateras att könsskillnaderna uppstår först i gymnasieåldern samt att de accentueras när man ser till mer regelbunden användning, medan skillnaderna är närmast obefintliga i årskurs 9.

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

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

Under senare hälften av 1960-talet ökade allvarigare former av narkotikamissbruk påtagligt. Perioden kan ses som det moderna narkotikamissbrukets etableringsfas. Tillgängliga data tyder på en viss stabilisering under de första åren på 1970-talet. Andra halvan av decenniet uppvisade dock narkotikabrotten och narkotikabeslagen en uppåtgående trend, liksom den injektionsrelate-

rade hepatitsmittan och de narkotikarelaterade dödsfallen. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i Sverige.

Med utgångspunkt från en stockholmsundersökning från 1967 har antalet personer med tungt missbruk i Sverige estimerats till 6 000 detta år. Senare och mera noggranna kartläggningar har visat att det tunga missbruket ökat sedan dess. År 1979 bedömdes antalet personer med ett tungt missbruk uppgå till 15 000, år 1992 till 19 000 och 1998 estimerades antalet till 26 000. Med tungt missbruk avses i dessa kartläggningar att ha injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste fyra veckorna.

En annan typ av beräkning, gjord med hjälp av specialbearbetningar av slutenvårdsdata, estimerade åter antalet narkotikamissbrukare till ca 26 000 1998, men till 28 000 år 2001. Utifrån de ovan presenterade uppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten av personer med tungt missbruk 2% 1979–1992, 6% 1992–1998 och återigen 2% 1998–2001. Medelåldern ökade från 27 år 1979, via 32 år 1992, till 35 år 1998. Samtidigt var såväl antalet som andelen yngre än 25 år klart större 1998 än 1992.

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

Andelen kvinnor har legat tämligen stabilt runt en knapp fjärdedel i de tre kartläggningarna om tungt missbruk. Detta är högre än andelen narkotikabrottslagförda kvinnor (14%) men lägre än andelen kvinnor som sjukhusvårdats eller rapporterats hiv-smittade p g a injektionsmissbruk (omkring 30%).

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

Heroinet har däremot ökat i betydelse sedan 1979. Andelen som använt detta senaste 12 månaderna var 30, 34 respektive 47%. Femton procent hade opiater som dominerande drog 1979, vilket ska jämföras med 26% 1992 och 28% 1998. Heroins uppgång kan även spåras i t ex beslag och lagföringar. Andelen som använt cannabis de senaste 12 månaderna var 61, 66 respektive 54%.

Sammanfattning

och i senaste kartläggningen angavs 8% ha detta som dominerande drog. Majoriteten uppgavs även vara alkoholmissbrukare.

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

Ett tydligt mönster i kartläggningarna, men även enligt olika narkotikarelaterade indikatorer, är framförallt det tyngre narkotikamissbrukets koncentration till storstadsregionerna. En tendens i senaste kartläggningen från 1998 var en påtaglig uppgång i Stockholms län om man exkluderade Stockholms stad. Fortfarande var missbruket mer utbrett i staden satt i relation till befolkningen men uppgången var mer dramatisk i stadens ytterområden. Utvecklingen i Malmö tyder också på en uppgång under 1990-talet och det är även i den regionen missbruket varit vanligast sedan 1970-talet. Göteborg kännetecknas av att heroin blivit vanligare och att missbruksmönstret nu i högre grad liknar mönstret i de båda andra storstadsområdena, även om ökningstakten verkar ha varit lägre.

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

För de allra senaste åren finns dock några källor som påvisar att stabiliseringar eller rent av minskningar inträffat. Slutenvårdssiffrorna viker nedåt sedan ett par år, vilket förvisso kan vara ett resultat av övergången till öppenvård. Narkotikadödsfallen har slutat öka och har dessutom minskat med 4% mellan 2001–2003, vilket i sin tur kan bero på att subutex introducerats i substitutionsbehandlingen för opiatmissbrukare. Även narkotikapriserna har varit relativt oförändrade under 2000-talet, och trots att beslagsstatistiken inte längre är fullt jämförbar tycks i varje fall ingen större uppgång skett av antalet beslag de allra senaste åren. Samtidigt syns ingen nedgång i de kriminalstatistiskt relaterade uppgifterna, varför bilden av ett trendbrott inte är samstämmig eller självklar.

Sniffningsutvecklingen

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

Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 skedde en markant minskning av sniffningen under 1970-talet, nedgången fortsatte även under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter tämligen ovanliga; då svarade 5% av eleverna att de sniffat. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka något och under 2006 uppgår 7% av pojkarna och 6% av flickorna sådana erfarenheter.

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

Även om situationen var den omvända 2005 är det alltså sedan tidigt 1970-tal normalt något vanligare med sniffningserfarenheter bland pojkarna än bland flickorna. Ungefär 2% av eleverna säger att de fortfarande sniffar vid undersökningstillfället.

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

De som har sniffat uppgår även förhållandevis omfattande erfarenheter av andra droger och en högre alkoholkonsumtion jämfört med dem som inte sniffat. Bland skolelever uppgår de som sniffat att de i högre grad skolkar och upplever otrivsel i skolan. Bland äldre ungdomar har de med sniffningserfarenhet lägre utbildning och saknar i högre grad arbete eller annan sysselsättning än dem som saknar sådana erfarenheter.

Kunskaperna om förekomst av sniffning bland vuxna är relativt begränsade. I undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning 1992 och 1998 framkom att 1–2% av narkotikamissbrukarna hade lösningsmedel som ett av andra missbruksmedel. Av tvångsvårdade vuxna har alltså 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 spreds i andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och träning på gym. Av de i dopningslagen förbjudna preparaten hör anabola androgena steroider (AAS) till de vanligaste.

Sammanfattning

Alltsedan dopningsfrågor introducerades i olika riksrepresentativa undersökningar på 1990-talet har någon procent av de manliga ungdomarna svarat att de någon gång provat AAS. Undantaget från detta utgörs av att 2% av pojkarna i årskurs 9 och gymnasiet årskurs 2 åren 2004–2005 uppgav att de provat anabola steroider, men 2006 var andelarna åter 1%. Bland mönstrande 18-åriga män märks ingen uppgång sedan 1994 utan värdet har legat runt 1%. Storleksordningen är i linje med flera europeiska länder, men lägre jämfört med exempelvis USA, där hormondopningserfarenheterna dessutom uppvissade en puckel mellan 1999 och 2003.

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

Beslags- och kriminalstatistiken pekar på en ökad aktivitet vad gäller dopningsrelaterad brottslighet. Sedan 1998 är tullens och polisens beslagsuppgifter jämförbara och fr o m detta år har antalet beslag närapå tredubblats medan mängderna också ökat. De tre senaste årens beslag ligger på en klart högre nivå än tidigare treårsperioder. Av kriminalstatistiken framgår att antalet misstänkta för dopningsbrott närapå fyrdubblats sedan 1999. Runt 65% av alla misstänkta är i 20–29-årsåldern och bara några enstaka procent är kvinnor.

Att det jämfört med 1990-talets början byggts upp en marknad för dopningspreparat tycks stå klart, och att gruppen användare successivt vuxit under perioden förefaller också sannolikt. Att testandet av hormondopningsmedel blivit mera utbrett bland ungdomar är det med ledning av tillgängliga undersökningar dock svårare att hävda. Det kan konstateras att det generellt är relativt sällsynt att ha provat hormondopningsmedel och om man jämför rapporterade erfarenheter av AAS respektive narkotika är det enligt olika undersökningar normalt 5–20 gånger fler unga män som provat narkotika.

Tobaksutvecklingen

I början av 1900-talet var snus och piptobak de produkter som dominerade tobaksmarknaden. Årsförsäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut aldrig över 500 stycken per person 15 år och äldre. Den ökade sedan och nådde en topp 1976 om ca 1 800 cigaretter. Därefter har en halvering inträffat; 2005 såldes runt 900 cigaretter per person 15 år och äldre. Nedgången förklaras främst med att rökningen minskat men i någon mån även av att smuggling och privatinförsel ökat. För 2004 har beräknats att den registre-

rade cigarettförsäljningen stod för 90% av konsumtionen i Sverige. Försäljningen av övrig röktnobak har också minskat sedan 1970-talet.

I linje med den vikande cigarettförsäljningen har konsumtionen gått ned. För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. År 1946 var 50% av männen regelbundna rökare och motsvarande siffra för kvinnorna var 9%. År 1963 hade könen närmast sig varandra (49 respektive 23%) och 1980 rökte 36 respektive 29% av 16–84-åringarna. Därefter har det skett en nedgång i rökningen, i synnerhet bland männen; 2005 var andelen dagligrökande män 14% medan motsvarande andel bland kvinnorna var 18%.

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

De flesta börjar röka i relativt unga år och utvecklingen enligt skolundersökningen i årskurs 9 är därför intressant att följa. Den visar att rökningen bland niondeklassare var allra mest utbredd i början av 1970-talet. År 2006 svarar 19% av pojkarna och 26% av flickorna att de röker. Sex respektive 10% röker dagligen/så gott som dagligen. Detta är de lägsta nivåerna för dagligrökning sedan fenomenet började mätas 1983. Det kan noteras att rökningen närmast halverats i motsvarande åldrar i USA under de senaste tio åren. I gymnasiets andra årskurs i Sverige svarar 33% av pojkarna och 40% av flickorna att de röker. Nio respektive 17% gör så dagligen eller nästan dagligen.

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

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

Snusning är fortfarande en utpräglat manlig vana. Bland eleverna i årskurs 9 svarar 20% av pojkarna och 7% av flickorna att de snusar 2006. För pojkarnas del innebär det att andelen snusare åter är densamma som 1997 – efter en tillfällig uppgång – medan snusandet bland flickorna däremot ökat mer eller mindre konstant sedan detta år. I tvåan i gymnasiet snusar en knapp tredjedel av männen och 10% av kvinnorna. Bland mönstrande 18-åriga män snusade

Sammanfattning

en lika stor andel – 33% – varav närmare tre fjärdedelar gjorde detta varje dag. Sedan 2000 har snusandet ökat något bland dessa 18-åriga män.

Snusförsäljningen ökade stadigt mellan 1970 och 2002 – från ca 400 till 920 gram per år och invånare 15 år och däröver. Därefter har försäljningen minskat något och uppgick till 880 gram 2005. I slutet av 1980-talet snusade 17% av de vuxna männen (16–84 år) och 1% av kvinnorna. Under 2005 var motsvarande siffror 23 respektive 3%. Alla tillgängliga studier visar att snusning är vanligast bland 25–44-åriga män.

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

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

Drug Trends in Sweden 2006

Summary

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

Trends in alcohol use

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

Total consumption in 2005 is estimated at 10.2 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 years or more. Much of the alcohol consumed nowadays comes from private imports, whose share was estimated at 22 per cent in 2005. In the same year, 2 per cent derived from legal home production, 11 per cent from smuggling and illicit home distilling (i.e. illegal sources), 15 per cent from restaurants and grocer's shops, and 48 per cent from the retailing monopoly.

Between 1990 and 2005 the share of unrecorded alcohol has doubled from 18 to 36 per cent of total consumption. While part of this increase is due to a rising share for illegal alcohol, the main reason is growing volumes of privately imported alcohol, mainly as a consequence of the fact that since 1 January 2004, when the phasing-out of previously strict import regulations was completed, large volumes of alcohol may be imported from other EU countries.

Summary

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

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

Major changes have occurred in beverage preferences as well. Ever since the Second World War, wine has been growing in importance; it accounted for 44 per cent of all alcohol sales (measured in pure alcohol) in 2005. 'Strong beer' (alcohol content > 3.5 per cent by volume) has also long had a rising trend, and for several years it has been accounting for a clearly larger share of sales than spirits. In 2005, strong beer represented 29 per cent of sales. Medium-strength beer, however, has seen its share of sales halve in the past ten years to 11 per cent in 2005. The total share for beer was thus 40 per cent.

If unrecorded alcohol is taken into account, the shares for wine and beer fall to approximately 37 per cent each in 2004, while spirits increase their share from 17 to 26 per cent. In other words, beer and wine are more common than spirits even when unrecorded consumption is considered. It can thus be concluded that Sweden is nowadays a 'beer-and-wine country' and no longer a 'spirits country'.

For an assessment of trends in consumption based on sales statistics to be accurate, unrecorded consumption must be fairly stable over time. As has been seen, this is not the case here, since the share of unrecorded alcohol has been rising over the past 10–15 years.

An observation which partly contradicts overall consumption trends relates to young adolescents' alcohol habits as recorded in CAN's annual survey of ninth-year school pupils (aged 15–16). The share of respondents claiming not to drink alcohol increased from around 20 per cent in the 1990s to over 30 per cent in 2006. Pupils' consumption did increase strongly in the second half of the 1990s, but it has been falling in the 2000s.

The fall in consumption among ninth-year pupils may seem paradoxical, but it should be mentioned that their consumption level remains clearly higher than that obtaining in the first half of the 1990s. What is more, only boys' consumption has been falling since the turn of the millennium; girls' consumption has been rising steadily and has now doubled compared with 1989. Taken together, this has made the difference between boys' and girls' con-

sumption smaller than in a long time. Trends in intoxication habits (i.e. 'drinking to get drunk') follow more or less the same trends as total consumption among school pupils.

As an overall assessment of young people's alcohol habits, as shown by various questionnaire surveys, it can be said that their consumption increased during the 1990s. For ninth-year boys there has been a reduction in total consumption and intoxication drinking during the 2000s, even though it is hard to determine from the surveys available whether this is true of slightly older boys as well.

The shrinking gender gap observed for school pupils is not reflected among slightly older young people. According to the studies available, such as those carried out among second-year pupils at upper-secondary schools (aged 17–18) in 2006, there are clear differences between the sexes: young men drink a great deal more than young women. Consumption peaks in the early 20s, when men's consumption is more than twice that of women. From about 25 years of age, men's consumption then falls as they grow older, while the corresponding reduction for women is considerably less distinct and does not become clear until they reach the age of about 50.

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

Younger women's drinking habits show a more even spread across beverage types. Among older young people, wine and strong beer in particular are increasing their shares while medium-strength beer is losing ground. It is worth noting the strong fall in the consumption of medium-strength beer found among ninth-year pupils in the past ten years: in 1995, 38 per cent of their alcohol consumption was made up of medium-strength beer, whereas its share had dwindled to 9 per cent in 2006.

Surveys of adults, though few in number, point to a clear trend towards increasing alcohol consumption ever since the Second World War, not least among women. Since the 1980s, however, the sexes have not converged much in this respect, at least not judging from various interview-based stud-

Summary

ies. At that point, women's consumption had reached about 40 per cent of men's, and since the mid-1990s the corresponding figure has been about 45 per cent. The share of alcohol consumers in the total population has also increased during the post-war years. Nowadays, the proportion of adults who have not drunk alcohol in the past 12 months is about 10 per cent.

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

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

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

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

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

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

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

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

It can also be noted that the number of reported drunk-driving offences per inhabitant has almost doubled since 1998. A large part of the explanation for this increase, however, is probably provided by new laws and resource allocation by the police. Moreover, despite this rise, the number is still lower than the record levels seen in the early 1990s. The share of the population claiming in questionnaire surveys to have drunk alcohol in connection with driving during the past 12 months has fallen from 14 per cent in 1989 to 6 per cent in 2005.

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

Summary

The number of persons involved in road-traffic accidents leading to personal injury who have been suspected of being under the influence of alcohol has been upwards of 40 per cent higher in recent years than it was in the second half of the 1990s. Still, even higher totals have been seen earlier, especially around the consumption peak in the latter part of the 1970s. As regards fatal accidents, though, the proportion of people suspected of being under the influence of alcohol is not lower now than it was in the 1970s. It was 9 per cent in both 2003 and 2004, which is twice as high as it was in the mid-1990s. However, in 2005 this proportion was lower again (5 per cent).

Another indicator which no longer shows a downward trend is alcohol-related inpatient care. Between 1987 and 1998, the number of alcohol-related treatment episodes fell, but then the trend turned upwards; in 2005, the increase on 1998 was 12 per cent. As regards the total number of people with alcohol problems of the kind reflected by inpatient care, an increase of 6 per cent between 1998 and 2004 has been estimated by means of special statistical treatment of inpatient-care data intended to capture 'hidden statistics' as well. One possible problem associated with using inpatient-care data as the sole indicator, however, is that the statistics are affected by changes in the range of services offered as well as the trend for inpatient care to be replaced by outpatient care.

Between 1979 and 2000, alcohol-related mortality in men – as measured according to the diagnostic categories chosen by the Swedish National Board of Health and Welfare – fell by 29 per cent. In the three years following that period, however, the fall has stopped and a rise of 9 per cent can be seen, even though the levels of the 1970s or 1980s have yet to be reached. Mortality in women also reached a peak in 1979, but a considerably less marked one. What is more, the alcohol mortality of women, unlike that of men, was of the same magnitude in 2003 as in 1979. Comparison of the first half of the 1990s with the 2000s shows that alcohol-related deaths in women have increased by 12 per cent.

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

Women are increasing their share in several of the other above-mentioned indicators as well. For instance, the proportion of women among those arrested for public drunkenness has risen from 3 per cent in the early 1970s to 12 per cent in the 2000s. The proportion of women among suspects of drunk-driving offences has increased from 6 to 12 per cent between 1984 and 2005, and over the same period the proportion of female clients in institutional addiction treatment has doubled. Women have become more numerous in alcohol-

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

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

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

Trends in illegal drug use

Illegal-drug use may range from occasional consumption to more regular use as well as long-term and daily abuse. Different forms of use affect individuals and society in different ways. It is therefore important in any report and discussion of trends that different consumption patterns are dealt with separately.

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

The availability of cannabis, amphetamines, heroin and cocaine has increased strongly since the late 1980s, as illustrated by a doubling of seizures of these drugs over this period, in terms of both numbers and amounts seized. During the same time, prices of these drugs have roughly halved in real terms. The impression of increased drug availability in the 1990s is also confirmed by young people in various questionnaire surveys.

Summary

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

Since 1971, there are national data from surveys of school pupils and military conscripts. The share of ninth-year school pupils (aged 15–16) having tried illegal drugs was at its highest in the early 1970s, then fell to reach a low of 3–4 per cent in the second half of the 1980s. During the 1990s, this share more than doubled, and it was close to 10 per cent in 2001. From then on there has been a decrease; the share was 6 per cent in 2006.

Surveys of 18-year-old men undergoing physical and psychological examination in connection with compulsory military conscription describe a similar trend as school surveys: falling levels in the 1980s and rises in the 1990s. Between 1992 and 2002, the share of conscripts who had tried illegal drugs at least once increased threefold, from 6 to 18 per cent. Since then, as among the two-years-younger school pupils, trying drugs has become less frequent: in 2005, 14 per cent of conscripts said they had used illegal drugs. A new series of annual surveys of second-year pupils at upper-secondary school (aged 17–18) has been started; between 2004 and 2006 some 15 per cent claimed to have tried illegal drugs.

It is difficult to say anything about trends in the 2000s among young people older than 18 and among young adults, because there is a lack of comparable data. In 2003, 17 per cent of 16–24-year-olds in a telephone survey said that they had tried illegal drugs at least once. Average age at first use (among those who were 20 or older when participating) was 17.5 years, which reflects the need to monitor development among slightly older young people as well.

Surveys of young people tend to show that about 60 per cent of those who have tried illegal drugs have used cannabis only, while 5–10 per cent have used other drugs than cannabis only. Amphetamines used to be the second-most common drug type, but they now share second place with ecstasy. Illegal use of pharmaceuticals (most often benzodiazepine-type sedatives/ tranquillisers), however, is as common as use of ecstasy and amphetamines.

In school and conscription surveys, current use (30-day prevalence) has largely followed the same trends as lifetime prevalence. One exception is ninth-year pupils, where current use has not fallen in the 2000s but has been 3–4 per cent in the past two years. During the same period in the survey of upper-secondary pupils, 4 per cent claimed to have used illegal drugs in the past 30 days, with prevalence being higher for male pupils. These are relatively high levels. According to the survey of 16–24-year-olds, current use peaks at around the age of 21.

The most recent survey of adults – a postal survey of 16–84-year-olds carried out in 2006 – shows that about 10 per cent have tried cannabis at least once, corresponding to over 700 000 people in the age range in question. Among 18–29-year-olds, about one-fourth of men and one-fifth of women claimed to have tried cannabis. In this age group, last-year prevalence of cannabis was 8 per cent for men and 4 per cent for women, as compared with 2 per cent for men and 1 per cent for women among all respondents.

Among adults, men are about twice as likely as women to have experience of illegal drugs. It can be concluded that the differences between the sexes arise only at upper-secondary age and that they are clearer when more regular use alone is considered; however, there are almost no differences between boys and girls in the ninth year of school.

Almost all studies show clear regional differences. Illegal-drug experience is considerably more common in major urban areas while the lowest rates are found in small towns and sparsely populated regions. This is particularly true for current use.

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

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

Based on a study made in Stockholm in 1967, the number of people with heavy drug abuse in Sweden in that year has been estimated at 6 000. Later and more careful surveys have shown that heavy drug abuse has increased since then. The number of people with heavy drug abuse was estimated at 15 000 in 1979, at 19 000 in 1992 and at 26 000 in 1998. 'Heavy drug abuse'

Summary

here refers to injection of illegal drugs in the past 12 months (regardless of frequency) or daily/near-daily use of illegal drugs in the past four weeks.

Another type of estimate, based on special processing of inpatient-care data, arrived at the same number of some 26 000 heavy abusers in 1998, but found them to be 28 000 in 2001. The numbers presented above translate into annual growth rates for the number of heavy drug abusers of 2 per cent in 1979–1992, 6 per cent in 1992–1998 and again 2 per cent in 1998–2001. Abusers' average age increased from 27 in 1979 to 32 in 1992 and 35 in 1998. At the same time, however, both the number and the proportion of people under 25 were clearly larger in 1998 than in 1992.

The calculation of the prevalence of abuse based on inpatient-care data has been updated, and in 2004 the number of people with heavy drug abuse was estimated at around 26 000 – that is, a return to the 1998 level. One problem associated with using inpatient-care data as the sole indicator may be that the statistics may be affected by changes in the range of services offered as well as the trend for inpatient care to be replaced by outpatient care.

The share of women has been fairly stable, at slightly less than one-fourth, in the three surveys to establish the prevalence of heavy drug abuse. This share is larger than for prosecutions for drug offences (14 per cent women) but smaller than for people treated at hospitals or reported as infected by HIV owing to intravenous drug abuse (about 30 per cent women).

The vast majority of those whose abuse was classified as 'heavy' in these surveys had injected illegal drugs in the past 12 months. In 1979, 82 per cent had done this, as compared with 93 per cent in 1992 and 89 per cent in 1998. CNS stimulants (mainly amphetamines), opiates (mainly heroin) and cannabis have always been the predominant drugs.

Amphetamines were the main drug for about 48 per cent of heavy abusers both in 1979 and in 1992, but had become less important in 1998, when only 32 per cent had amphetamines as their main drug. Last-year prevalence of amphetamine use was found to be 77, 82 and 73 per cent, respectively.

Heroin, on the other hand, has gained in importance since 1979. Last-year prevalence was 30, 34 and 47 per cent, respectively. Opiates were the main drug for 15 per cent of abusers in 1979, as compared with 26 per cent in 1992 and 28 per cent in 1998. The rise for heroin is also reflected, for instance, in seizures and prosecutions.

Last-year prevalence of cannabis use was 61, 66 and 54 per cent, respectively. In the most recent survey, 8 per cent were said to have cannabis as their main drug. The majority were said to be alcohol addicts as well.

Over the years, data reporters have become less likely to provide information about main drugs. Probable reasons are that polydrug abuse has become more common and that those who work with drug matters at reporting authorities know less about the abusers.

A clear pattern emerging from the surveys as well as from various drug-related indicators is that illegal-drug abuse, especially its heavier forms, are concentrated in the major urban areas. One tendency observed in the most recent survey from 1998 was a clear rise in Stockholm County excluding the city of Stockholm itself. While the prevalence of abuse in relation to total population was still greater in the city, the increase was more dramatic in its suburbs. Developments in Malmö also indicate a rise in the 1990s; this has been the highest-prevalence region since the 1970s. Gothenburg is characterised by an increase for heroin and by a convergence of abuse patterns with those observed in the other two major cities, even though the rate of increase appears to have been lower.

Comparison between available indicators – mainly data on seizures and criminal-justice, health-care and cause-of-death statistics – and survey findings shows that they provide a relatively similar picture of trends in heavy drug abuse, with rises especially in the 1990s. The indicators point to a continued increase after 1998 as well.

For the most recent years, however, some sources indicate a stabilisation or even a decrease. Inpatient-care figures have been falling for a few years, even though this may be a result of the shift towards outpatient care. Drug deaths have stopped increasing and have indeed fallen by 4 per cent between 2001 and 2003, which may be due to the introduction of Subutex in substitution treatment for opiate addicts. Drug prices have also remained relatively unchanged in the 2000s, and even though seizure statistics are no longer fully comparable, at least there does not seem to have been any major rise in the number of seizures in the most recent years. At the same time, however, no fall is discernible in criminal-justice statistics. While there may seem to have been a break of the trend, the picture is thus neither uniform nor obvious.

Trends in sniffing

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

According to the surveys of ninth-year school pupils, a clear reduction of sniffing took place in the 1970s and the fall continued in the 1980s. Around

Summary

1990, experience of sniffing was fairly uncommon: 5 per cent of pupils claimed to have tried it. Ten years later, this share had doubled, but in the 2000s it has fallen back somewhat again; in 2006, 7 per cent of boys and 6 per cent of girls claim to have sniffed.

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

Even though the situation was the opposite in 2005, ever since the early 1970s sniffing experience has normally been slightly more common among boys than among girls. About 2 per cent of pupils say that they are still sniffers at the time of the survey.

Regional differences are commonly found in the prevalence of individual drugs. For sniffing, however, the questionnaire surveys available do not seem to indicate any notable differences between major cities and less densely populated areas. Sniffing experience – at least nowadays – thus seems to be rather evenly spread across Sweden.

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

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

Trends in doping

In the 1990s it became apparent that the use of hormonal-doping substances was no longer restricted to organised sports but was spreading to other sectors of society, including body-builders and people who work out at gyms. Among the substances banned under the Swedish anti-doping law, one of the most prevalent types is anabolic-androgenic steroids (AAS).

Ever since questions on doping first begun to be asked in various nationwide representative surveys in the 1990s, about 1 per cent of young males have

claimed to have used AAS at least once. The exception to this trend is that in 2004–2005, 2 per cent of boys in the ninth year of compulsory school and in the second year of upper-secondary school claimed to have used AAS; in 2006, however, both proportions were back at 1 per cent. Among 18-year-old men undergoing conscription, no increase can be observed since 1994 – the level has been around 1 per cent. The prevalence of AAS in Sweden is similar to that in several other European countries but lower, for instance, than that in the United States, where there was, moreover, a ‘bulge’ in hormonal-doping experience between 1999 and 2003.

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

Seizure and criminal-justice statistics point to an increase in doping-related crime. Since 1998, seizure data reported by customs and the police are mutually comparable, and from that year the number of seizures has almost tripled while amounts seized have also increased. The level of seizures made in the past three years is clearly higher than those of previous three-year periods. Criminal-justice statistics show that the number of people suspected of doping offences has almost quadrupled since 1999. Some 65 per cent of all suspects are in their 20s, and only a few per cent are women.

It seems clear that a market for doping substances has developed since the early 1990s, and it appears likely that the number of users has been growing progressively over the same period. However, it is harder to substantiate, based on the existing surveys, any claim that it has become more common for young people to try hormonal-doping substances. It can be concluded that experience of hormonal-doping substances is generally rather rare. Comparison of reported experience of AAS and illegal drugs shows, depending on the choice of survey, that among young men there are usually 5–20 times as many who have tried illegal drugs.

Trends in tobacco use

At the beginning of the 20th century, ‘moist snuff’ and pipe tobacco were the dominant products on the Swedish tobacco market. Before the end of the Second World War, annual sales of cigarettes never exceeded 500 per inhabitant aged 15 years or more. After the war, however, cigarette sales increased, peaking in 1976 at about 1 800. Since then, sales have halved; in 2005, about 900 cigarettes were sold per inhabitant aged 15 years or more. The main reason for this fall is a reduction in smoking, but to a certain extent it is also due

Summary

to an increase in smuggling and private imports. For 2004, it has been estimated that recorded cigarette sales accounted for 90 per cent of consumption in Sweden. Sales of other tobacco products intended for smoking have also fallen since the 1970s.

In line with shrinking cigarette sales, consumption has fallen. Half a century ago, smoking was more common in men than in women: in 1946, 50 per cent of men were regular smokers but only 9 per cent of women. In 1963, the sexes had come closer to each other (49 and 23 per cent, respectively); and in 1980, among 16–84-year olds, 36 per cent of men and 29 per cent of women were smokers. Since then there has been a reduction in smoking, particularly among men; in 2005, the share of daily smokers was 14 per cent among men but 18 per cent among women.

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

Most smokers begin their habit at a rather young age, which is why the trends manifested in the survey of ninth-year pupils are interesting. This survey shows that smoking among ninth-year pupils was at its most prevalent in the early 1970s. In 2006, 19 per cent of boys and 26 per cent of girls say that they smoke, and 6 and 10 per cent, respectively, say that they do so daily or almost daily. These are the lowest levels of daily smoking found since records began in 1983. It may be added that over the past ten years, smoking has almost halved in the same age group in the United States. Among pupils in the second year of Swedish upper-secondary schools, 33 per cent of boys and 40 per cent of girls say that they smoke, and 9 and 17 per cent, respectively, say that they do so daily or almost daily.

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

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

Taking 'moist snuff' is still a distinctively male habit. Among ninth-year pupils in 2006, 20 per cent of boys and 7 per cent of girls claim to have this habit. For the boys' part, this means a return to the proportion of 'snuffers' seen in 1997 – after a temporary increase – while snuff-taking in girls has been increasing more or less constantly since that year. Among second-year pupils at upper-secondary schools, just under one-third of boys and 10 per cent of girls use snuff. Among 18-year-old men undergoing conscription, the proportion of snuffers was the same – 33 per cent – and upwards of three-fourths of them used snuff on a daily basis. Since 2000, snuff use has increased somewhat among these 18-year-old men.

Annual snuff sales rose steadily between 1970 and 2002 – from about 400 to 920 grams per inhabitant aged 15 years or more. Since then sales have fallen slightly, amounting to 880 grams in 2005. At the end of the 1980s, 17 per cent of adult men (16–84-year-olds) and 1 per cent of adult women used snuff. In 2005, the corresponding numbers were 23 per cent and 3 per cent, respectively. All available studies show snuff-taking to be the most prevalent among 25–44-year-old men.

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

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

Alkoholutvecklingen

Inledning

Alkoholpolitiken har betydelse för alkoholkonsumtionen i ett land. En sammanställning över alkoholpolitiken och dess inverkan på konsumtion och skador (Edwards 1996) pekar exempelvis på hur de alkoholpolitiska instrumenten, inte minst pris och fysisk tillgänglighet, på ett ibland mycket direkt sätt inverkar på den totala konsumtionen.

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

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

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

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

Alkoholpolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

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

- 1850** Några bergsmän i Falun bildar ett systembolag ”i sedlighetens intresse”. Vinsten skall gå till allmännyttiga ändamål.
- 1855** En ny brännvinsförordning syftar till att skapa ordning i handeln med brännvin och att reducera det enskilda vinstintresset.
- 1860** Husbehovsbränningen, som varit fri sedan 1787, stoppas med en ny tillverkningsförordning.
- 1865** AB Göteborgssystemet bildas, efter ungefär samma modell som Falubolaget, och blir en nationell förebild.
- 1895** Systembolagens uppgift ”att i sedlighetens intresse ordna och övervaka minuthandeln med och utskänkningen av brännvin” skrivs in i lagen.
- 1905** Beslut tas att all brännvinsförsäljning i landet ska handhas av särskilda bolag under viss statlig kontroll, med Göteborgsbolaget som förebild.
- 1914** AB stockholmssystemet tar över alkoholförsäljningen i Stockholm och blir först av bolagen med att införa Ivan Bratts idéer om individuell ransonering och motbok.
- 1916** Obligatorisk utminuteringskontroll införs i hela landet.
- 1917** AB Vin- & Spritcentralen bildas och tar över all partihandel.
- 1919** Motbokskontrollen genomförs till fullo genom en ny rusdrycksförsäljningsförordning. Systembolagen får monopol också på öl- och vinförsäljningen.
- 1922** Folkomröstning om ett totalförbud – 889 000 röstade för och 925 000 mot ett förbud.

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

Alkoholutvecklingen

2003 Den 15 maj infördes – efter dom i Marknadsdomstolen – en ändring i alkohollagen (SFS 2003:166) som gör det tillåtet med reklam för alkoholdrycker svagare än 15 volymprocent i svenska tidningar.

2004 Sedan 1 januari 2004 finns inga bestämda kvoter för tillåten införsel av alkohol för resande från annat EU-land, så länge det handlar om eget bruk, även om Sverige har rätt att ta ut punktskatter när införseln är att betrakta som kommersiell. Avskaffandet av kvoterna skedde successivt med start juli 2000.

I maj 2004 blev Estland, Lettland och Litauen medlemmar i EU vilket innebär att Sverige fick nya medlemsländer i närområdet med förhållandevis låga alkoholskattenivåer. Estlands medlemskap föranledde en alkoholskattesänkning i Finland under mars 2004, framför allt på sprit, något som genomfördes i Danmark redan oktober 2003.

Alkoholpolitiska händelser 2005–2006

Alkoholinförselutredningen har under 2004 och 2005 släppt ett del- samt ett slutbetänkande (SOU 2004:86 resp SOU 2005:25). I det första betänkandet föreslogs bl a en 40%-ig sänkning av spritskatten för att motverka den ökande privatimporten och därigenom vidmakthålla alkoholpolitikens legitimitet i Sverige. I syfte att begränsa den illegala alkoholen genomfördes vissa lagändringarna (proposition 2004/05:126) som trädde i kraft 1 juli 2005. I slutbetänkandet föreslogs även 30-procentiga sänkningar av öl- och vinskattna, men i dagsläget finns inga planer att genomföra de föreslagna sänkningarna.

En ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 lades av regeringen i proposition 2005/06:30. Där fastslås att det långsiktiga arbetet för att minska skador till följd av alkoholkonsumtion måste fortsätta och att arbetet på lokal nivå är avgörande för framgångsrika resultat. Särskilt prioriterade områden de kommande åren är barn till föräldrar med missbruksproblem, unga vuxna samt insatser inom arbetslivet. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att följa upp målen i handlingsplanen och senast 1 januari 2010 ska en utvärdering presenteras.

Försäljningsutvecklingen

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

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

Den oregistrerade konsumtionens utveckling sedan slutet av 1980-talet belyses i nästa avsnitt med hjälp av data från SoRAD. Det bör dock framhållas redan här att den oregistrerade konsumtionens andel har ökat, i synnerhet de senaste 10 åren, vilket innebär att den registrerade försäljningens betydelse som mätare på utvecklingen har försvagats.

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

Som framgår var försäljningen relativt hög under de fyra sista decennierna av 1800-talet, i genomsnitt 8 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver. Nedgången på 1860-talet var främst en följd av missväxt och lågkonjunktur medan konsumtionen därefter steg under den högkonjunktur som följde med det definitiva industriella genombrottet (Willner 2005), liksom en uppgång

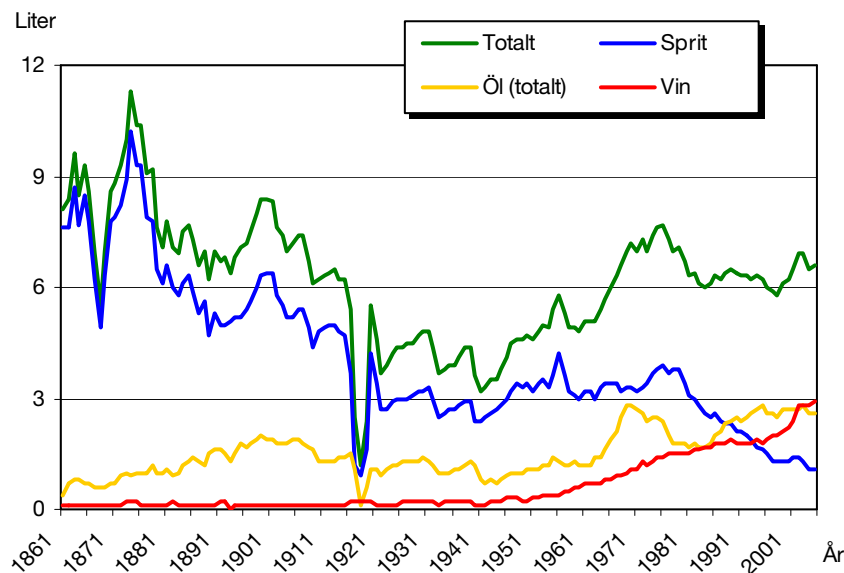


Diagram 1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1861–2005. (Tabell 1)

Alkoholutvecklingen

också inträffade under en högkonjunktur i slutet av 1890-talet. Det kan nämnas att för 1800-talets mitt, d v s före brännvinsförordningen från 1855 och stoppet för husbehovsbränningen 1860, uppskattar författaren enbart brännvinsförsäljningen till ca 16 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver.

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

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

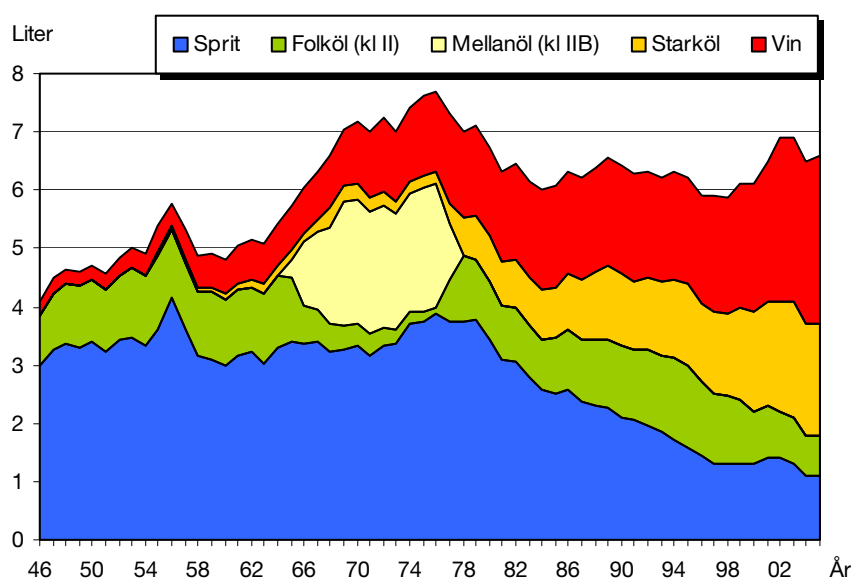


Diagram 2. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1946–2005. (Tabell 1)

Efter att mellanölet tas bort från livsmedelsbutikerna inträffar en nedgång i den totala alkoholförsäljningen; under 1980- och 1990-talen låg den runt låga 6 liter, vilket lördagsstängningen 1982 även torde ha bidragit till. Mellan 1998 och 2003 ökade dock den totala volymen, från 5,8 till 6,9 liter, eller med närmare 20%. Därefter har försäljningen åter sjunkit något och uppgick 2005 till 6,6 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver.

Betydande förändringar har skett när det gäller olika alkoholdryckers del av försäljningen. Under 1800-talet var alkoholförtäring närmast synonymt med spritkonsumtion men i slutet av 1960-talet utgjordes för första gången endast hälften av försäljningen av sprit, och 2005 är spritandelen nere i 17%. I absoluta tal räknat inleddes dock inte nedgången förrän 1980.

Under hela efterkrigstiden har vin ökat i betydelse och 2005 svarade vin för 44% av försäljningen. Även starkölet svarar sedan flera år för en klart större andel än spriten och 2005 bidrog denna dryck till 29% av försäljningen. Folkölets andel av totalförsäljningen har halverats under de senaste 10 åren och utgjorde 11% 2005. Även mätt i faktisk volym har försäljningen av folköl halverats under denna period.

Oregistrerad och total alkoholkonsumtion

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

Sedan juni 2000 gör SoRAD regelbundna intervjuundersökningar i den vuxna befolkningen för att uppskatta denna. Genom att applicera svar om anskaffningssättet för enskilda alkoholtyper på den registrerade försäljningen kan ett estimat erhållas på den totala konsumtionen. I varierande grad görs även kompletteringar och justeringar på bortfall av storkonsumenter och dessa justeringar höjer den uppskattade totalkonsumtionen med 3–4% (Andréasson och Allebeck 2005). Trots att olika problem är förknippade med denna metod bedöms mätningarna ge en bra bild av utvecklingen. KALK-undersökningen (Kühlhorn et al 2000) kan sägas utgöra grunden för de nuvarande mätningarna men se även Leifman et al 2000, Leifman och Gustafsson 2003 samt SOU 2004:86.

För 1989 har den oregistrerade konsumtionen i efterhand uppskattats till ca 1,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. År 1995 hade den ökat till 1,6 liter. Året därpå, under det andra året av det svenska EU-medlemskapet, ökade skattningen till 2,1 liter. En ännu kraftigare ökning av den oregistrerade konsumtionen ägde rum mellan 2000 och 2004, från 2,2 till 3,9 liter ren alkohol (tabell 2 och diagram 3 – uppskattningar kan inte göras för alla år 1989–2004). Siffran för 2005 innebär dock en liten minskning av den oregistrerade konsumtionen; till 3,6 liter.

Alkoholutvecklingen

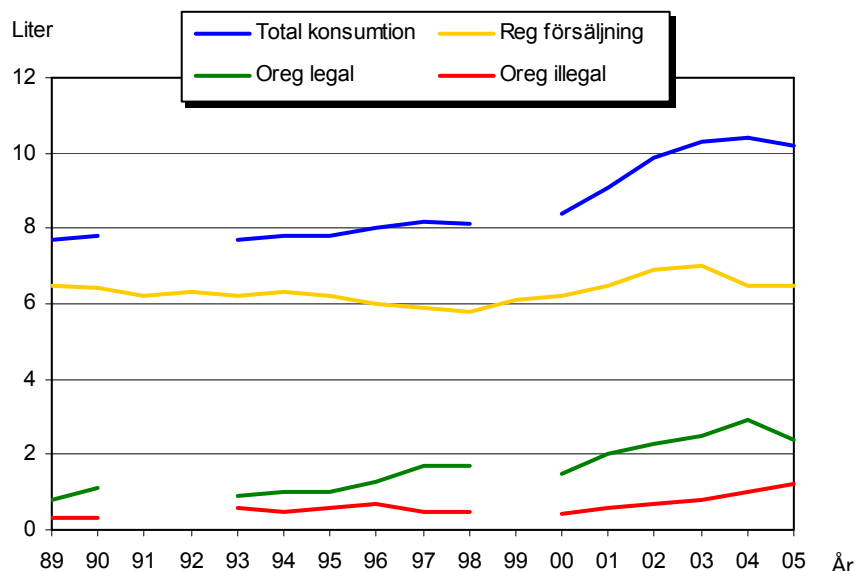


Diagram 3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2005. (Tabell 2)

Enligt diagrammet innebär detta att den totala alkoholkonsumtionen låg runt 8 liter ren alkohol per person 15 år och äldre under 1990-talet, d v s nästan två liter högre än den registrerade försäljningen. Detta betyder vidare att den svacka som syntes i försäljningen 1995–1999 inte speglade konsumtionsutvecklingen. För 2005 har konsumtionen beräknats till 10,2 liter ren alkohol. Detta innebär att konsumtionen sedan 2002 ligger på ca tio liter, vilket är en historiskt sett hög nivå. Under 2000-talet har konsumtionen ökat med drygt 20%, medan den registrerade försäljningen bara ökat med ca 6%.

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 2005 utgjorde den illegala delen av den oregistrerade konsumtionen ungefär en tredjedel (1,2 av totalt 3,6 liter).

Andelen registrerad alkohol 2005 av den totala konsumtionen var 64% och andelen oregistrerad således 36%. I relativa tal är detta mer än en fördubbling av den oregistrerade konsumtionen jämfört med 1989, och i absoluta tal är det en tredubbling. I tabell 2 anges även ett uppskattat värde för andelen oregistrerad konsumtion toppförsäljningsåret 1976, och denna var då endast 12%. Den totala konsumtionen beräknades detta toppår till 8,8 liter – alltså 1,4 liter lägre än 2005.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 3 framkommer att 2005 härrörde 11% av alkoholkonsumtionen från illegala källor (alltså främst smuggling men också en del hembränning) medan 2% var legalt hemtillverkad. Restauranger och livsmedelsbutiker sålde 15% av alkoholen och Systembolaget 48%, samtidigt som hela 22% av konsumtionen hade sitt ursprung i resandeförsel.

En jämförelse av olika dryckers bidrag till konsumtionen 2005 enligt tabell 1 (försäljningen) respektive tabell 3 (konsumtionen) visar att när man även tar hänsyn till den oregistrerade konsumtionen så ökar spritens andel från 17 till 26%, medan vin- och ölandelarna sjunker med 6 respektive 5 procentenheter. Öl och vin är således fortfarande klart vanligare än sprit även när oregistrerad konsumtion beaktas.

Att det främst är sprit som kommer från oregistrerade källor visas i diagram 4. Av diagrammet framgår att 60% av all konsumerad sprit är oregistrerad medan detta bara gäller runt 30% av ölet och 26% av vinet. Vin är den alkoholtyp där minst andel illegal alkohol förekommer men den lagliga privatinförseln är mera omfattande än för öl, mätt i ren alkohol.

Sammantaget har alltså andelen oregistrerad alkohol ökat, i synnerhet under 2000-talet, 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

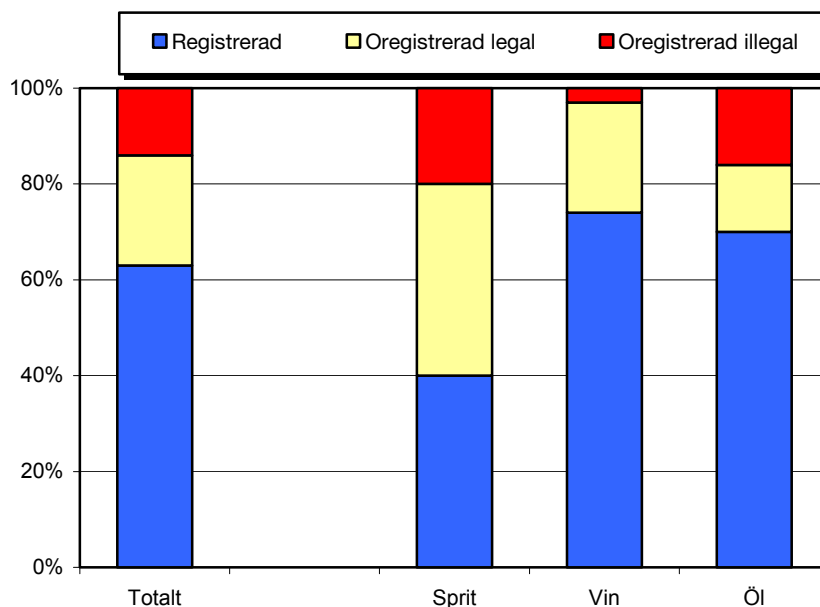


Diagram 4. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2005. (Tabell 3)

annat EU-land. Den totala konsumtionen för 2005 beräknades till 10,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Detta är närmare fyra liter högre än vad försäljningssiffrorna anger och konsumtionsnivån under 2000-talet är sannolikt den högsta som förekommit i Sverige på 100 år.

Regionala skillnader i försäljningen

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

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

Påtagliga skillnader mellan länen finns sett till olika dryckestyper. Försäljningen av sprit 2004 var högst i Jämtlands län (2,0 liter alkohol 100%) med Värmland samt Gotland på delad andra plats (1,7 liter) och med Skåne i botten (0,7 liter). Denna ordning har varit densamma sedan 1998 (tabell 5).

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

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

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

I tabell 5 redovisas även folkölsförsäljningen fördelat på län för åren 1995–2004. Regionala försäljningsdata finns inte för denna dryck utan värdena utgår från den totala försäljningen i riket och är teoretiskt beräknade och invägda efter den övriga per-capitakonsumtionen. Därmed torde siffrorna vara överskattande för exempelvis Skåne och andra sydsvenska län, samtidigt som det ändå går att få en viss uppfattning om hur den regionala konsumtionen skulle kunna se ut om folkölskonsumtionen inkluderades. Någon uppdatering har inte gjorts för 2005.

Restaurangförsäljning

Mellan 1977 och 1999 ökade andelen restaurangförsåld alkohol (sprit, vin och starköl) från 5 till 21% – räknat i ren alkohol på den kända försäljningen (tabell 6). Därefter har restaurangkonsumtionens andel sjunkit något, till omkring 17%. Av den totala alkoholkonsumtionen (med hänsyn även till oregistrerad alkohol) svarade enligt frågeundersökningsresultaten i tabell 3 restaurangkonsumtionen för runt en tiondel samma år.

Fram till 1996 var det främst starköl som dracks alltmest på restaurang, men därefter har starkölsandelen gått tillbaka. I mitten på 1990-talet dracks 46% av all (registrerad) starköl på restaurang, 2005 var motsvarande siffra 32% (räknat i ren alkohol). Andelen vin som konsumeras på restauranger har legat på en jämn nivå (drygt 10%) alltsedan 1996. För spriten gäller att dess andel ökat, från runt 3% under 1980-talet till 16% 2005.

Att en större andel alkohol kommit att säljas på restauranger har att göra med ökningen av antalet serveringstillstånd, en utveckling som redovisas i diagram 5 och tabell 7. Antalet tillstånd var ca 3 000 år 1977 och uppgick till ca 12 300 år 2005, en fyrdubbling således. Runt 1 800 av dessa tillstånd gällde klubbar och slutna sällskap. Antalet tillstånd har fortsatt att öka även under 2000-talet, trots att restaurangernas andel av den totala försäljningen gick tillbaka något då, enligt tabell 6. En anledning till restaurangernas minskade försäljningsandel kan bero på att realpriserna på alkohol ökat på restaurang och samtidigt sjunkit i detaljhandeln (se Statens folkhälsoinstitut 2006).

Alkoholutvecklingen

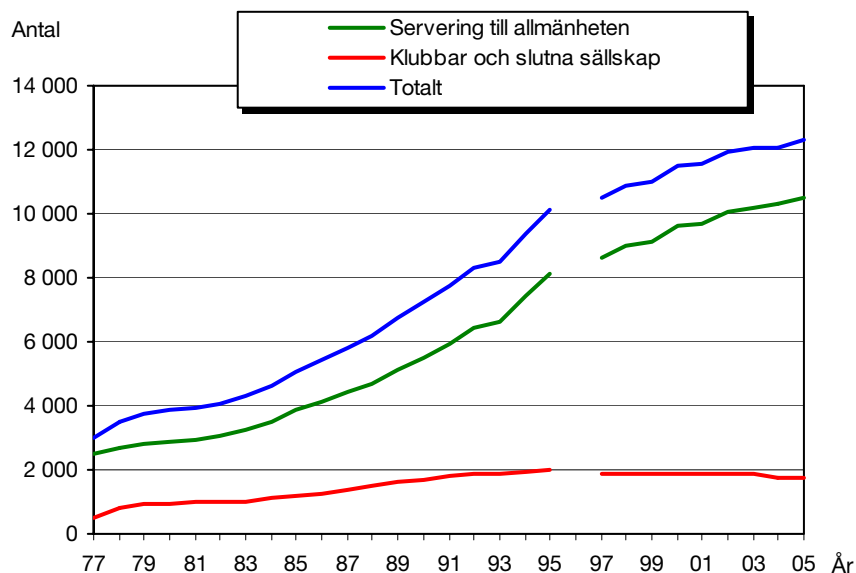


Diagram 5. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2005. (Tabell 7)

Alkoholutgifter och prisförändringar

Svenskarnas utgifter för alkoholinköp i landet har en viss inverkan på statsfinanserna och merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. År 2005 beräknades statens inkomst enbart från dryckesskatterna uppgå till drygt 10 miljarder kronor (Statens folkhälsoinstitut 2006).

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

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

I tabell 9 redovisas en indexerad utveckling av realpriset för alkohol i detaljhandeln perioden december 1984 till december 2005 (med december 1984 satt till 100). Uppgifterna kommer från Systembolaget och indikerar att realpriset för sprit varit stabilt under mätperioden. Vinpriset har däremot sjunkit med ca 13% jämfört med 1990-talets början, med ett tydligt bidrag från skattesänkningen 2001.

Det är i synnerhet för starköl som indexet uppvisar förändringar. År 2005 hade starkölspriset gått ned med 25% i inflationsjusterade priser jämfört med startåret, eller med 36% jämfört med högprisåret 1989. Under 1997 sänktes starkölsskatten vilket tydligt avspeglas i realprisutvecklingen.

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

Konsumtionsutvecklingen

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

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

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

Alkoholvanor bland ungdomar

Ickekonsumenter

Skolundersökningarna visar att de flesta 15–16-åriga skolelever åtminstone någon gång smakat en liten mängd alkohol. På 1970-talet var andelen som svarade att de inte dricker alls relativt liten och låg runt 10% (tabellerna 11 och 12). Därefter ökade ickekonsumenterna till 20% under 1980-talet. Under 2000-talet har de stigit ytterligare och 2006 svarade 31% av eleverna i nian att de inte dricker alkohol (Hvitfeldt och Rask 2006).

Andelen mönstrande som aldrig dricker sig berusade har följt ungefär samma trend som den ovan redovisade, även om jämförelsen försvåras av att nya alkoholfrågor infördes i mönstringsformuläret 2000 (tabell 15). Sedan dess mäts också hur många som inte dricker alls och andelen har ökat något till 2005 – från 10 till 13% (Guttormsson 2006). Således har andelen ickekonsumenter ökat bland yngre ungdomar under senare år. I gymnasieundersökningarna i årskurs 2 som startade 2004 svarar 10% av eleverna att de inte druckit alkohol (Hvitfeldt och Rask 2006).

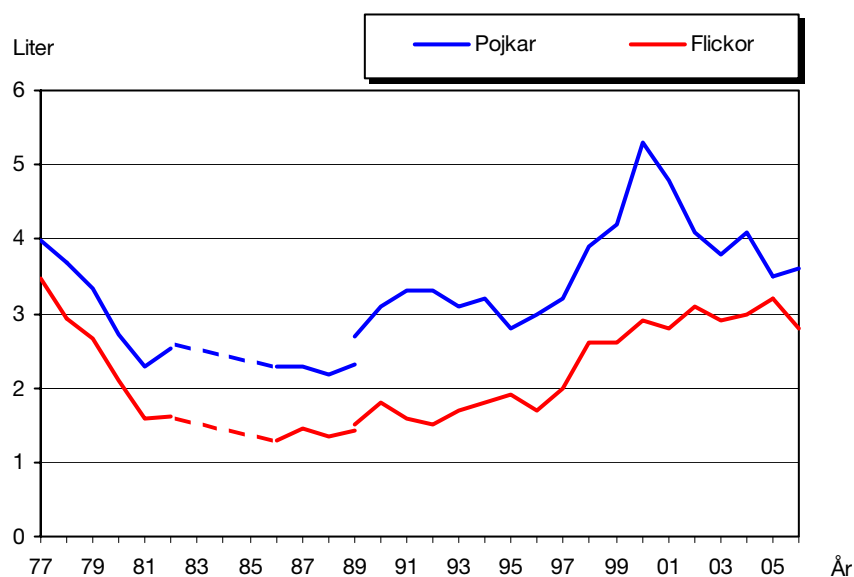


Diagram 6. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2006. (Tabell 10)

Totalkonsumtion

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

Därefter har konsumtionstrenden varit mer eller mindre uppåtgående för flickorna, bortsett från 2006 års låga värde. År 2005 drack de 3,2 liter ren alkohol, mer än en fördubbling mot 1989 således, men 2006 års siffra uppgick till 2,8 liter. Pojkarnas konsumtion ökade ännu kraftigare under 1990-talet och nådde en topp om 5,3 liter 2000, men den påföljande nedgången (till 3,6 liter 2006) innebär en minskning av könsskillnaderna under 2000-talet. Jämfört med 1989 är pojkarnas konsumtion 33% högre.

Jämför man niornas svar från 2006 med gymnasieelevernas finner man att pojkarnas konsumtion är den dubbla i gymnasiets andra år medan flickornas är 43% högre (7,1 respektive 4,0 liter).

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

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

År 2003 uppgick årskonsumtionen till 5,4 liter ren alkohol för pojkar 16–19 år och till 8,5 liter för dem 20–24 år. Motsvarande värden för flickorna var 2,6 respektive 3,9 liter ren alkohol. Att jämföra konsumtionsvolymerna med skolundersökningarna är inte möjligt på grund av metodskillnaderna. I ungdomsundersökningen ökade konsumtionen med ålder, fram till 22-årsåldern, och därefter planade den ut. Kvinnornas konsumtion utgjorde runt 50% av männens i samtliga åldrar mellan 16 och 24 år.

Alkoholutvecklingen

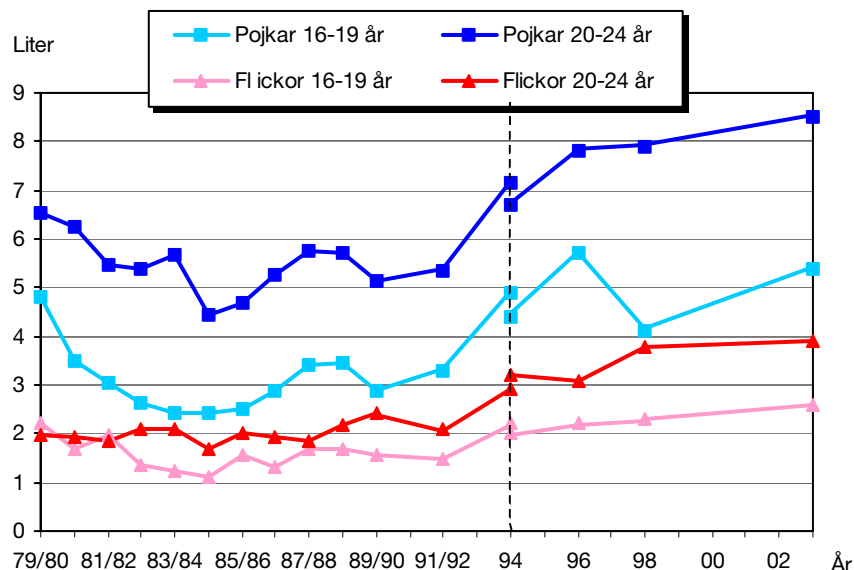


Diagram 7. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. ^{a)} (Tabell 20)

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

Berusning och storkonsumtion

Intensivkonsumtion är ett mått för att beskriva berusning och avser i skolundersökningen konsumtion av en alkoholmängd motsvarande en flaska vin eller mera vid ett tillfälle (frågan beskrivs mera utförligt i tabellbilagan). Utvecklingen av intensivkonsumtionen följer den för totalkonsumtionen någorlunda väl och minskade således i omfattning under slutet av 1970-talet och blev allt mindre frekvent under 1980-talet (se tabell 13 och diagram 8).

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

I tvåan på gymnasiet svarar 2006 runt hälften av pojkarna och drygt 40% av flickorna att de intensivkonsumerar så ofta. Detta är väsentligt högre nivåer än i nian således, i synnerhet för pojkarna.

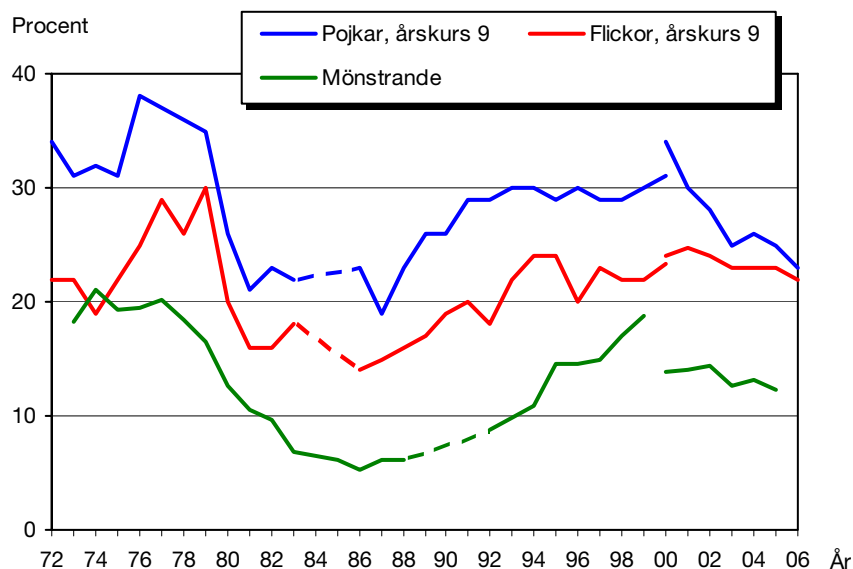


Diagram 8. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden samt andelen mänstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2006. (Tabellerna 13 och 15)

Berusningstrenderna är likartade i mönstringsundersökningen. Frågorna är annorlunda men visar på samma utveckling, även om jämförelsen försvåras av att nya alkoholfrågor sedan 2000 föregår den om hur ofta man berusar sig. Enligt en av de nya frågorna framgår att 33% av de mänstrande intensivkonsumerade en gång i månaden eller oftare 2005 och att 12% ”berusade sig” någon gång i veckan (i denna undersökning avser intensivkonsumtion att dricka minst sex definierade ”glas” alkohol, en något större mängd än i skolundersökningen).

Skoleleverna har delats in i sex olika grupper, med avseende på årskonsumtionens storlek (tabellerna 11 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 15%. 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 (19% 2006).

Alkoholsorter

Tidigare var sprit och folköl de dryckessorter som bidrog mest till pojkarnas totalkonsumtion i nian, räknat i 100% alkohol. Sedan 2002 är dock starköl vanligare än både sprit respektive folköl och bidrog till 33% av konsumtionen 2006 (tabell 10). Sprit är nu tvåa (31%), blanddrycker trea (22%), därefter kommer folköl (11%) och vin (3%). För flickorna står spriten alltså för

det största bidraget till totalkonsumtionen (36%) medan blanddrycker kommer på andra plats (32%). Andelen starköl utgör 21%, medan andelarna folköl respektive vin ligger runt 5% vardera.

En uppenbar förändring är att folköl som utgjorde 38% av niornas totalkonsumtion 1995 endast bidrar med 9% av konsumtionen 2006. Samma period har vin sjunkit från ca 9 till runt 3%. Starkölet ökar samtidigt från 19 till 28% och under 2000-talet uppvisar även blanddrycker en liknande uppgång.

De mönstrande 18-åriga männen får svara på vilka alkoholdrycker de brukar dricka i berusningssyfte. De vanligaste berusningsdryckerna som nämndes 2005 var enligt tabell 16 starköl (65%), sprit (48%), cider (40%) och folköl (19%). Detta påvisar återigen det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion. Liksom i skolundersökningen har folkölet gått tillbaka kraftigt under senare år.

Av tabellerna 18–20 framgår hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år). I diagram 9 redovisas dryckestypernas bidrag till årskonsumtionen i liter 100% alkohol för år 2003. Det framgår att folköl och blanddrycker minskar i betydelse med ålder hos männen, medan starköl och sprit behåller positionerna som de vanligaste dryckerna, även om också vin ökar relativt mycket. De

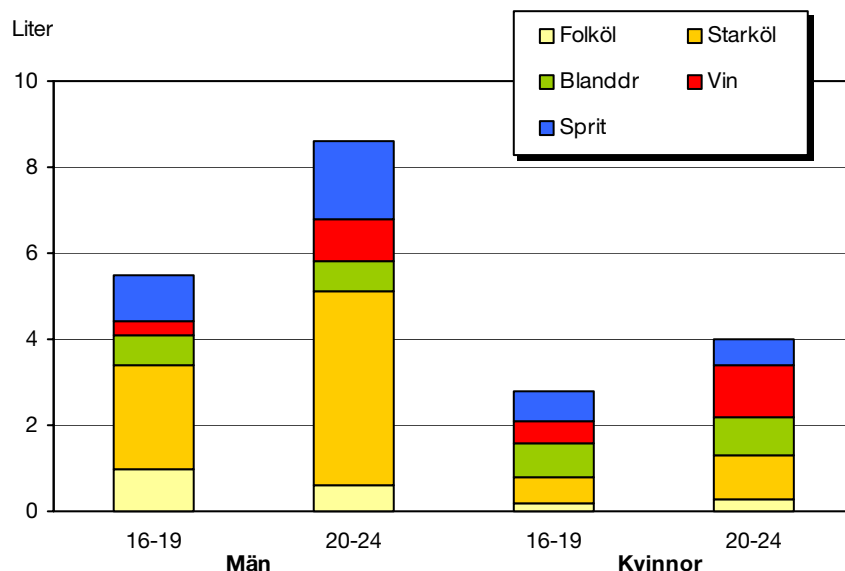


Diagram 9. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003. (Tabellerna 18–20)

20–24-åriga männen uppgav att de drack 8,5 liter ren alkohol per år, varav mer än hälften härrörde från starkölskonsumtion.

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

Alkoholvanor bland vuxna

Icke-konsumenter

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

Av enkätundersökningen om levnadsvanor i befolkningen 18–84 år initierad av Statens folkhälsoinstitut 2004 framgår att icke-konsumtion fortfarande är vanligare bland kvinnor och bland äldre. En ytterlighetsgrupp utgörs av kvinnor 65–84 år då 33% av dessa inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, att exempelvis jämföra med 8% av männen 18–64 år (Boström och Nykvist 2004). Åren 2004–2006 svarar 10% av männen och 17% av kvinnorna 18–84 år att de inte druckit de senaste 12 månaderna (www.fhi.se).

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

Totalkonsumtion

Mellan 1982 och 2000 genomfördes riksrepresentativa besöksintervjuer bland 18–70-åringar i vilka man frågade om alkoholkonsumtion under en normalvecka, vilket kompletterades med frågor om sällankonsumtion. De uppgivna kvantiteterna har räknats om till 100% alkohol. Volymerna når inte (ens) försäljningssiffrornas omfattning, men undersökningarna har ändå ett värde vad gäller att spegla trender i skillnader mellan kön, åldrar och i utvecklingen av olika dryckers andelar av konsumtionen.

Alkoholutvecklingen

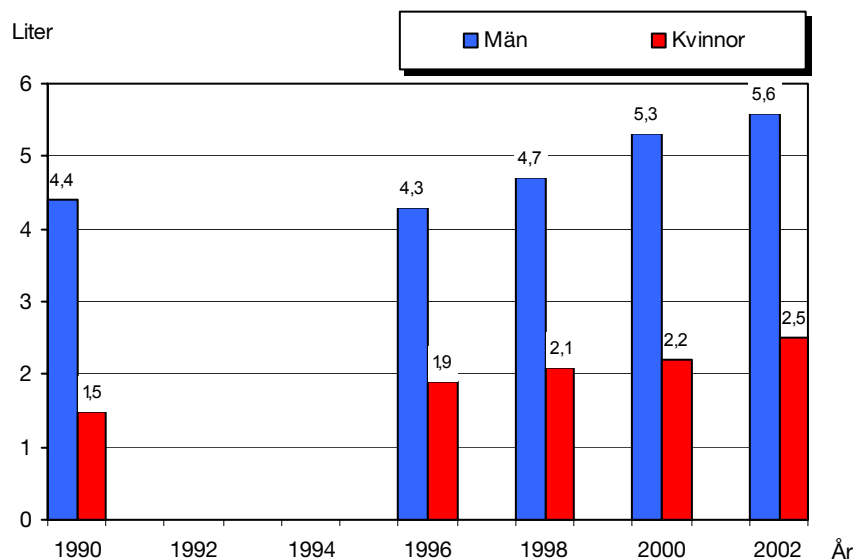


Diagram 10. Självrapporterad alkoholkonsumtion bland 18–75-åringar fördelat på kön i liter alkohol 100%. 1990–2002.

Källa: SOU 2005:25.

Enligt tabell 21 var alkoholkonsumtionen bland 18–70-åringarna i grova drag tämligen oförändrad under 1980- och 1990-talen, vilket överstämmer någorlunda med den kända försäljningen.

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

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

Under hela perioden 1982–2000 rapporterade yngsta ålderskategorin i TEMO-mätningarna (18–29 år) den högsta konsumtionen. De yngsta drack i genomsnitt ca 80% mer än de äldsta (50–70 år), men skillnaderna grupperna emellan tenderade att minska under 1990-talet då de äldre ökade sin konsum-

tion (tabellerna 22–24). Åren 1996–2000 drack de yngsta bara ca 45% mer än de äldsta.

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

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

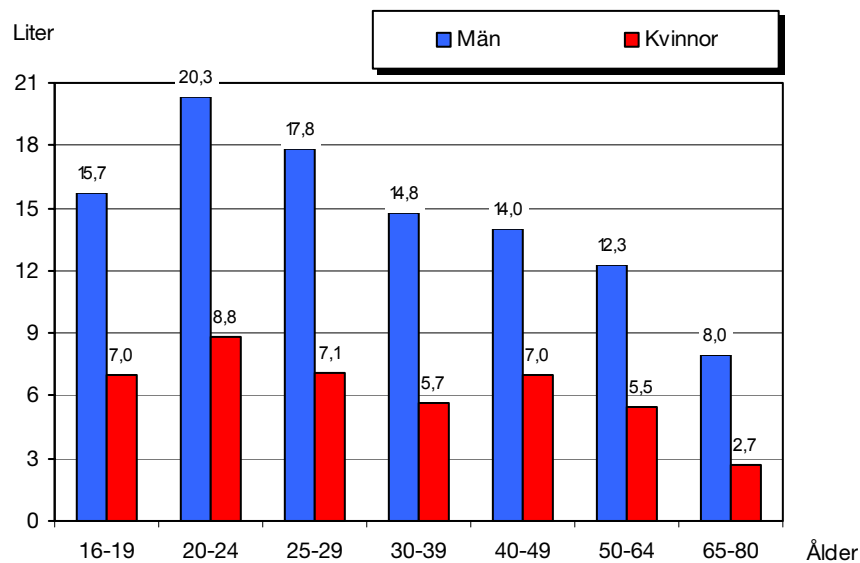


Diagram 11. Självrapporterad och uppräknad alkoholkonsumtion enligt SoRADs monitormätningar, fördelad på åldersgrupper och kön. 2002.

Källa: Leifman och Gustafsson 2003.

Berusning och storkonsumtion

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

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

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

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

Hälsoenkäten som initierades 2004 av Statens folkhälsoinstitut anger att bland 18–84-åringar har andelen riskkonsumenter legat på 17% bland männen och 9% bland kvinnorna perioden 2004–2006. I denna undersökning definierades riskkonsument som att ha 8 poäng eller fler på AUDIT-testets tre första frågor (6 poäng för kvinnor). Andelen riskkonsumenter är uppenbart störst i åldersgruppen 18–29 år och närapå obefintlig bland 65–84-åringar. Samma undersökning anger att 27% av männen och 12% av kvinnorna berusar sig åtminstone någon gång i månaden.

Alkoholsorter

Inslaget av öl och vin i svenskarnas alkoholkonsumtion har ökat under flera årtionden, med en minskning av spritandelen som logisk konsekvens. Detta är kanske inte förvånande mot bakgrund av att realpriserna på vin och öl minskat men varit oförändrade för sprit sedan 1990-talets början. År 2002 stod enligt intervjuresultat starköl för 34% av den totala konsumtionen räknat

i ren alkohol bland 16–75-åringar, och vin för 31%. I fallande ordning kommer sedan sprit, folköl och cider (Leifman och Gustafsson 2003).

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

Om man studerar de förändringar i dryckespreferenser som framkommer i TEMOs undersökningar från 1980- och 1990-talen framträder för männen främst nedgångar i sprit- och starkvinskonsumtionen samtidigt som ökningsar av starkölskonsumtionen inträffat (tabell 25). Från och med 1990-talets första hälft överstiger starkölet spritens bidrag till den totala konsumtionen, mätt i 100% alkohol. För kvinnornas del tenderar sprit att minska under perioden medan starköl ökar, men mest slående är att vinet under hela tiden bidragit med bortåt hälften av den totala konsumtionen.

Könsskillnader

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

Bland lite äldre ungdomar i gymnasiets årskurs 2 är konsumtionen jämfört med nian dubbelt så hög bland pojkarna och ca 40% högre bland flickorna, jämfört med vad niorna uppger samma undersökningsår. Det är således någonstans i 16–18-årsåldern som större könsskillnader etableras. Av de tidigare omnämnda intervjuerna med de äldre ungdomarna (16–24 år) framkommer också att könsskillnaderna är minst i de yngre åldrarna, men om man delar in materialet i två åldersgrupper så fördubblas konsumtionsvolymerna hos båda könen i den äldre gruppen, som framgick av diagram 9.

Äldre konsumtionsvaneundersökningar visar att kvinnornas konsumtion ökade under 1970-talet. År 1968 drack de en fjärdedel av männens konsumtion enligt en befolkningsstudie i åldrarna 21–70 år (Nilsson och Klöfver 1984). Enligt TEMOs studier bland 18–70-åringar perioden 1982–2000 drack kvinnorna drygt 40% av männens konsumtion (tabellerna 25 och 26). Diagram 10 visar att kvinnorna sedan 1996 dricker ca 45% av vad männen dricker. Såle-

des har kvinnornas konsumtionsandel ökat, utan att de för den skull ens dricker hälften så mycket som männen gör.

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

Ökningen av den totala alkoholkonsumtionen består för männens del till största delen av ökad starköls- och vinkonsumtion, och för kvinnorna främst av ökad vinkonsumtion. Kvinnors konsumtion har under många årtionden dominerats av vin, medan starkölet kommit att överta spritens dominerande roll för männens del, vilket skedde under 1990-talet. Bland i synnerhet yngre kvinnor utgör cider och blanddrycker också ett märkbart inslag i konsumtionen.

När man undersöker andelen storkonsumenter, liksom berusnings- eller intensivkonsumenter, finner man att män är överrepresenterade bland dessa och detta gäller även i de undersökningar där man tar hänsyn till att kvinnor i genomsnitt tål mindre alkoholmängder än män.

Regionala skillnader

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

Alkoholvanornas regionala fördelning för elever i åk 9 för åren 2004–2006 framgår av tabell 14 (flera år måste p g a låga basalt slås samman för att möjliggöra regionala nedbrytningar). Den högsta totalkonsumtionen står niorna i Skåne län för (4,8 liter ren alkohol), medan konsumtionen var lägst i norra Sverige (2,1 liter). Även intensivkonsumtionsvanorna fördelade sig på ett regionalt likartat sätt. I gymnasiets årskurs 2 finns de regionala variationerna kvar, även om skillnaderna minskat något.

Undersökningen bland mönstrande artonåriga män omfattar så många personer att den kan brytas ned på Sveriges samtliga län. Av den framgår exempelvis att smuggelsprit är vanligare i sydsvenska län och hembränt desto vanligare norr om Dalälven (Guttormsson 2006). Andelen icke-konsumenter år 2005 var högst i Jönköping och Västerbotten och lägst i Kronoberg (tabell 17). I Halland och Norrbotten är det dubbelt så vanligt att de mönstrande

intensivkonsumerar alkohol åtminstone en gång i månaden jämfört med Jönköping, Gotland och Blekinge.

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

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

Sociala faktorer

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

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

I Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 2001 påtalas att de sociala skillnaderna i alkoholvanorna hos vuxna har förändrats under de senaste 40 åren. Såväl total alkoholkonsumtion som storkonsumtion var tidigare vanligast i de högre samhällsklasserna men idag har detta utjämnats bland männen men även kvinnorna har närmat sig varandra i detta avseende. Intensivkonsumtion har dock alltid varit vanligast i de lägre klasserna. I samma rapport framgår vidare att de sociala skillnaderna i dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar är

Alkoholutvecklingen

stora och att dödligheten är klart högre bland arbetare och lägre tjänstemän, och allra högst bland ej yrkesverksamma.

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) liksom hos ensamstående (Boström och Nykvist 2004).

Andelen riskkonsumenter var vidare förhöjd bland personer födda i övriga Norden jämfört med svenskfödda, i synnerhet bland männen. För personer födda i övriga Europa eller utanför Europa var däremot riskkonsumtion mindre vanligt jämfört med svenskfödda. (Att utomeuropeiskt födda totalt har en lägre alkoholkonsumtion än svenskfödda framgick även av Folkhälso-rapport 2001.) Riskkonsumenterna rapporterade vidare sämre psykiskt välbefinnande än icke riskkonsumenter och hade dessutom i högre grad än andra varit utsatta för våld eller hot om våld.

Skadeutvecklingen

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

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

En färskare uppskattning av utvecklingen av antalet storkonsumenter presenteras av Socialstyrelsen (2006a) och denna pekar på en kraftig uppgång mellan 1990 och 2002. Det förstnämnda året uppskattades storkonsumenterna till 237 000 och det sistnämnda året skulle antalet ha ökat med 72%, till drygt 400 000 och ökningen var särskilt markant bland kvinnor – för dem handlar det om mer än en fördubbling. I samma rapport ges även en skattning på tungt alkoholmissbruk och detta har ökat med 6% sedan 1998 och omfattade ca 80 000 personer 2004. En fjärdedel av dessa är kvinnor och skattningarna utgår från statistik över sjukhusvårdade personer.

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

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

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

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

I genomsnitt motsvarar ovanstående konsumtion den nivå som SoRAD uppskattar att svenskarna i genomsnitt drack under 2005 (10,2 liter ren alkohol per person 15 år och äldre). Att alkoholkonsumtionen är skevt fördelad i befolkningen är dock känt sedan länge. I SOU 2004:86 sägs att den tiondel som dricker mest bidrar till runt hälften av konsumtionen. Storkonsumenterna står för en stor andel av de kroniska medicinska skadorna, som t ex levercirrhos. De som dricker mycket vid ett och samma tillfälle riskerar i större utsträckning att drabbas av akuta problem (olyckor, förgiftningar etc). Berusnings-

konsumtion är relativt vanlig i Sverige och därför svarar trots allt de stora grupperna låg- och medelkonsumenter för merparten av de lindrigare sociala och medicinska problemen.

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

Fylleri

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

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

Till detta ska även läggas en stor tveksamhet rörande LOB-statistikens giltighet som långsiktig indikator på alkoholskadeutvecklingen i form av fylleri på offentlig plats. Det förefaller troligt att den kraftiga nedgång som skett sedan 1980-talets början i mångt och mycket speglar samhällets förändrade syn på fylleri och reaktioner på detta. Den finländska utvecklingen är inte olik vår och i Finland tolkar man deras stora nedgång i fylleriomhändertaganden främst som ett uttryck för en förändrad inställning hos polisen till att omhänderta fyllerister, snarare än att det skulle ha skett en kraftig nedgång av fylleriet (Social- och hälsovårdsministeriet 2006). Likafullt kan LOB-statistiken vara meningsfull i ett kortare tidsperspektiv, som 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 12% 2005 (tabell 27). 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 dock en

uppgång till 48 800 omhändertaganden under 2005 skett, en ökning med 10%.

Med hänsyn till befolkningen har antalet omhändertagna per 1 000 invånare minskat från 19 till 6 mellan 1980 och 2004 (7 stycken 2005). För männens del är det en nedgång från 36 till 12 men för kvinnornas del endast en halvering, från 2 till 1 omhändertaganden per 1 000 invånare.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 28. I princip samtliga län uppvisar i linje med rikssiffrorna nedgångar 1988–2005. Undantagen utgörs av Uppsala, Halland, Västernorrland, Jämtland och Västerbotten, där nedgångarna varit relativt små. Störst har minskningen varit i Stockholms län. Man kan notera regionala variationer som torde förklaras av annat än fylleriförekomst. Under 2000-talet är antalet omhändertaganden flest i Östergötland och Västmanland (ca 10 per 1 000 invånare). Tre län som uppvisat låga siffror under samma period är Stockholm, Kronoberg samt Gävleborg (ca 4 per 1 000 invånare). På Gotland har en liten ökning av antalet LOB:ar inträffat på 2000-talet.

Våld

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

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

I Brå-rapporten ovan konstateras den alkoholkonsumtionsökning som skett i Sverige sedan 1990-talets mitt ha åtföljts av en ökning av polisanmälda våldsbrott. Ökningen är i den storleksordning som tidigare analyser av förhållandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrottslighet på samhällsnivå har förutspått. Samtidigt kan det ifrågasättas om anmälningssstatistiken alltid speglar den faktiska utvecklingen. Estrada (2005) påvisar att inga nämnvärda skillnader syns i andelen som rapporterar att de utsatts för våld i början av 1990-talet jämfört med början av 2000-talet, enligt SCBs undersökningar. Vidare är även antalet personer som vårdats på sjukhus på grund av våldshändelser av ungefär samma storleksordning vid dessa båda tidpunkter.

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

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

Trafiknykterhet

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

Det mått som är tillgängligt på trafiknykterhetens utveckling för en längre period, anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill följa den faktiska utvecklingen. Rapporteringen påverkas av vilka resurser som tilldelas trafikövervakningen samt i vilken grad kontrollerna är riktade. Antalet sållningsprov ökade exempelvis från 500 000 till 1,8 miljoner 1981–1994. Därefter minskade antalet till 1 miljon 1998 men har sedan ökat och summerade 2005 återigen till 1,8 miljoner (Vägverket 2006). 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 dels om sänkt promillegräns för rattfylleri från 0,5 till 0,2 samt förbättrade provtagningsmöjligheter den 1 juli 1990, dels om skärpta regler från den 1 juli 1991 för att återfå indraget körkort. Vidare sänktes gränsen för grovt rattfylleri från

1,5 till 1,0 promille i februari 1994 och 1999, slutligen, infördes ny lagstiftning för drograttfylleri.

I början av 1950-talet anmäldes ca 50 trafiknykterhetsbrott per 100 000 invånare (tabell 29). 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, för att åter öka och uppgå till 257 brott per 100 000 år 2005, d v s till den nivå som gällde för 12 år sedan.

Att även narkotikaklassade medel inkluderas från 1999 bidrar till ökningen, vidare också att anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas ingår i statistiken från 2000. Att ökningen fortsatt efter dessa förändringar kan i sin tur hänga samman med det ökande antalet utandningsprover som görs. Dock gör Brå (2004) bedömningen att detta också är en faktisk ökning av rattfylleriet. Beträffande reformerna 1990 och 1994 framhålls att dessa hade positiva effekter på den faktiska rattfylleribrottsligheten.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 30. En topp med 18 400 misstänkta 1991 åtföljdes av en nedgång till ca 9 500 år 1999, men därefter har antalet ökat och uppgick till 16 500 år 2005. I synnerhet minskade gruppen under 30 år, medan ökningen efter 1999 kan hänföras till samtliga åldersgrupper. Gruppen under 30 år utgjorde 30% av alla misstänkta 2005. Andelen män har sjunkit något, från 95% 1984 (första året kön noterades) till 88% 2005.

Vägverket genomför årliga trafiksäkerhetsfrågeundersökningar om bl a rattonykterhet i form av postenkäter till allmänna befolkningen. Enligt dessa studier ökade andelen 18–74-åringar som rapporterade att de druckit alkohol (utöver lättöl) och kört bil under de senaste 12 månaderna mellan 1981 och 1989 från 9 till 14% (Vägverket 2005). Därefter har andelen minskat och 2005 uppgick siffran till 6%.

Det är vanligare att män jämfört med kvinnor rapporterar att de kört efter att ha druckit alkohol (8 resp 4% år 2005). Det framgår vidare att alkohol i kombination med bilkörning är vanligast i åldersgruppen 25–54 år. År 2005 svarade 5% av 15–74-åringarna i samma undersökning att de som passagerare åkt med en berusad förare under senaste tolv månadersperioden, vilket är en i stort sett oförändrad andel sedan 1994. Fenomenet är allra vanligast bland 18–19-åringar då 17% av dessa svarade att dom åkt med en berusad förare.

Trafikolyckor

Utvecklingen av alkoholförekomst vid kända olyckor med personskador är en annan indikator på trafiknykterhet. Även här påverkar polisens resurser och prioriteringar statistiken. Polisen får inte alltid kännedom om olyckorna, ibland kommer de till platsen först när förare och eventuella passagerare är

Alkoholutvecklingen

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. Det kan konstateras att överlag har antalet trafikdödade totalt sett sjunkit kraftigt sedan 1970-talets början, från ca 1 300 till 440 personer 2005.

Vägverket menar att när den officiella statistiken anger att 6% av de omkomna förarna 2004 misstänktes vara alkoholpåverkade var den verkliga siffran egentligen närmare 30%, och detta kan man säga utifrån uppgifter om obducerade avlidna förare (Vägverket 2006).

Antalet misstänkt påverkade förare i samband med polisrapporterade trafikolyckor med personskada minskade drastiskt under första delen av 1990-talet. Diagram 12 och tabell 31 illustrerar utvecklingen och här kan utläsas att antalet misstänkta förare (per invånare) åter ökat efter 1996, samtidigt som nivåerna var klart högre på 1970-talet.

Ett skäl till nedgången efter 1989 kan vara att de selektiva åtgärder inom trafiknykterhetsområdet som genomfördes på 1990-talet var effektiva. En av orsakerna till uppgången t o m 2003 kan vara den ökande alkoholkonsumtionen, vilken egentligen ökat mera än vad figuren visar de senaste åren, främst

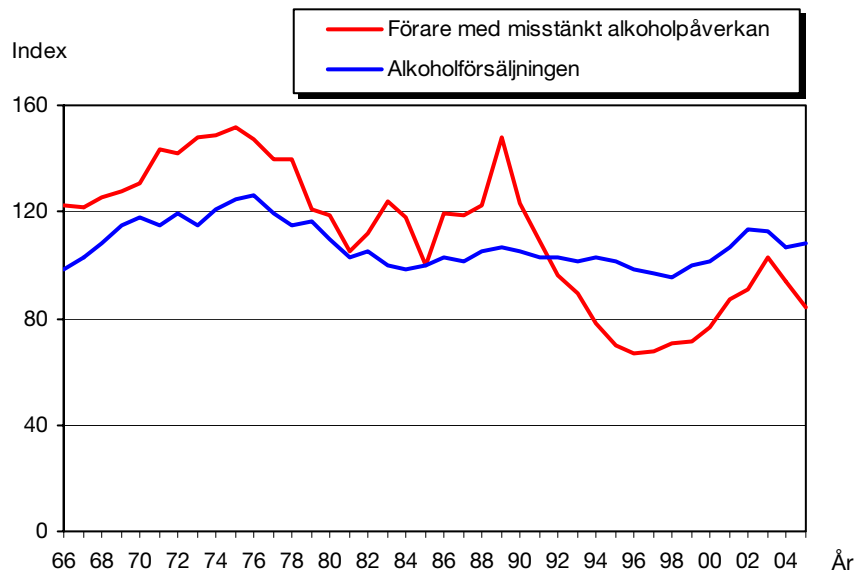


Diagram 12. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt alkoholförsäljningen per invånare 15 år och däröver. 1966–2005. Index 1985=100. (Tabellerna 1 och 31)

p g a ökad privatinförsel. De två senaste årens nedgångar är svåra att förstå mot bakgrund av den höga totalkonsumtionen. Möjligen kan statistiksystemet STRADA som togs i bruk 2002 i syfte att minska mörkertalen och att förbättra skadebeskrivningarna ha påverkat uppgången, men detta torde knappast kunna förklara nedgången som följt.

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

Det finns ett samband mellan antalet misstänkt alkoholpåverkade förare inblandade i olyckor med personskada och ålder enligt statistiken. Upp till en viss ålder ökar andelen påverkade förare, för att därefter minska. Totalt 27% av de alkoholpåverkade förarna var 24 år och yngre 2005 medan vardera ca 23% var 25–34 respektive 35–44 år (tabell 32).

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

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

Sjöfylleri

Bestämmelserna om onykterhet till sjöss (Sjölagen 1994:1009) omfattar två svårighetsgrader, sjöfylleri (§4) och grovt sjöfylleri (§5). I motsättning till vad som gäller trafiken i land finns det inga promillegränser till sjöss, utan det är samtliga omständigheter som tillsammans spelar in vid bedömningen.

I jämförelse med rattfylleribrotten är andelen fall med höga alkoholkoncentrationer i blodet eller utandningsluften mycket stor vid sjöfylleribrott. I en undersökning (Andersson och Olsson 1996) konstaterades att i över en fjärdedel av fallen var det uppmätta värdet 2,5 promille eller högre och i endast cirka 12% av fallen var det under 1,5 promille. Vad gäller personer lagförda för rattfylleri var motsvarande siffror ca 7 respektive 60%.

Antalet lagföringar för sjöfylleri är förhållandevis litet och efter en topp i början på 1980-talet (runt 125 stycken) sjönk dessa och hade halverats 1994. Från 1995 och framåt kan trenden trots fluktuationer beskrivas som uppåtgående och de senaste åren har runt 120 lagföringar gjorts (tabell 33). Med så få domar kanske detta ändå mer ska ses som ett uttryck för hur samhället ser på och prioriterar sjöfylleri, än som säkra data på faktiska variationer av detta.

Drunkningar

Antalet drunkningar har minskat kraftigt över tid. Vid förra sekelskiftet dog årligen runt 20 invånare per 100 000 genom drunkningar. Denna siffra har kontinuerligt sjunkit och uppgick till 1,8 under 1990-talet (Svenska Livräddningssällskapet 2005). Från 2000 och framåt har antalet omkomna i drunkningsolyckor i genomsnitt legat runt årliga 130. Siffran för 2005 var särskilt låg och uppgick till 107 drunkningar (1,2 per 100 000 inv) och 91% av de omkomna var män och 70% var över 50 år gamla.

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

Rättsmedicinalverket får genom rättskemiska analyser uppgifter om bl a förekomst av alkohol hos personer som drunknat. I tabell 34 redovisas alkoholförekomsten åren 1992–2005 vid drunkningar av alla slag, inklusive i badkar och vid självmord. År 1992 genomfördes 329 sådana analyser men 2005 hade antalet minskat till 211 stycken. Andelen analyser där man funnit spår av alkohol har legat relativt stabilt runt dryga 40%. I drunkningsfallen där alkohol varit inblandat uppgår andelen män till tre fjärdedelar.

Socialtjänstvård

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

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 236 per-

soner 2005 (tabell 36). Under hela perioden har männen varit i majoritet, även om deras andel har sjunkit. De renodlade alkoholmissbrukarna (ej blandmissbruk) utgjorde i snitt 80% av de tvångsvårdade under 1980-talet men sedan 1993 utgör de inte ens hälften. Således är det främst för personer med alkoholproblem som tvångsvårdsinsatserna minskat.

Utöver tvångsvården var 2 700 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2005 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mätillfället 1989 (tabell 35). Samma år gjordes även någon form av öppenvårdsinsats på missbruk i 12 200 fall, liksom 5 800 biståndsärenden avseende boende (Socialstyrelsen 2006b). Statistiken för dessa tre åtgärder skiljer dock inte mellan alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel och grupperna kan heller inte adderas eftersom de kan överlappa varandra.

De senaste fem åren har antalet personer som fått stöd för missbruksproblem varit konstant, samtidigt har det skett en minskning av dygnsvården på institutioner och en ökning av öppenvårdsinsatserna (Socialstyrelsen 2006a).

Sedan 1999 redovisar Socialstyrelsen även uppgifter över behandlingsinsatser för klienter med alkohol- eller drogmissbruk som skett på behandlingsenheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården samt privata och 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 bortfallskorrigerings). 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 tabell 37 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987 (se bilaga 1). Tabellen baseras på EpCs index över alkoholrelaterad vård och inkluderar ett antal bi- och huvuddiagnoser, såväl psykiatriska som somatiska. Noteras bör att siffrorna i tabellen är reviderade i årets rapport eftersom EpC övergått till att använda samma diagnosindex som för den alkoholrelaterade dödligheten. Detta har fått till följd att antalet redovisade alkoholrelaterade vårdtillfällen sjunkit med ca 4 500 fall årligen.

Mellan 1987–1990 minskade antalet utskrivningar från ca 51 000 till 45 000. Efter ytterligare en nedgång i mitten av 1990-talet var antalet nere i 37 000 år

Alkoholutvecklingen

1998. Därefter har antalet utskrivningar ökat och uppgick till 42 000 år 2005, en ökning med 12%. Antalet vårdade individer följer ungefär samma utveckling och i genomsnitt handlar det om ca 1,9 vårdtillfällen per person och år.

Kvinnornas andel av vårdtillfällena har ökat sedan 1987, från 19 till 26% år 2005. I absoluta tal uppvisar kvinnorna till skillnad från männen heller ingen nedgång över tid, och antalet vårdtillfällen med kvinnor under 2005 var det högsta under hela mätperioden (ca 11 000). Andelen alkoholvårdade under 25 år är låg men har ökat från 3% 1987 till 8% 2005.

Ett sätt att få en uppfattning om trenderna i mängden alkoholproblematisering kan vara att följa hur många unika individer som läggs in för alkoholrelaterad vård för första gången i sitt liv. Denna siffra var mycket hög i mätperiodens början och sjönk tämligen drastiskt för att plana ut runt 8 500 på 1990-talet. De höga siffrorna i början förklaras av att det inte är möjligt att spåra individerna längre tillbaks än 1987 i patientregistret. Analyserar man utvecklingen mellan 1998 och 2005 finner man dock att antalet nytilkomna med alkoholrelaterade diagnoser ökat till 9 700 personer, en uppgång med 14% således.

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

Dödlighet

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

Övergångar till nya ICD-koder (International Classification of Diseases) har betydelse för kodningen och därmed för sifferseriernas utseende. Fr o m 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD-10, vilket innebär att jämförelser med tidigare år kan försvåras. Även 1958, 1969 och 1987 har koderna uppdaterats.

Utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall enligt indexet redovisas i tabell 38 och diagram 13. 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 1 900. Skärskådar man utvecklingen under 2000-talet kan en ökning om 9% noteras, men talen är ändå inte av samma storleksordning som under toppen för 25 år sedan. Gruppen 49 år och yngre har halverats sedan 1979 medan gruppen 70 år och äldre ökat i antal samtidigt som åldersgrupperna däremellan var av ungefär samma storleksordning 2003 som 1979.

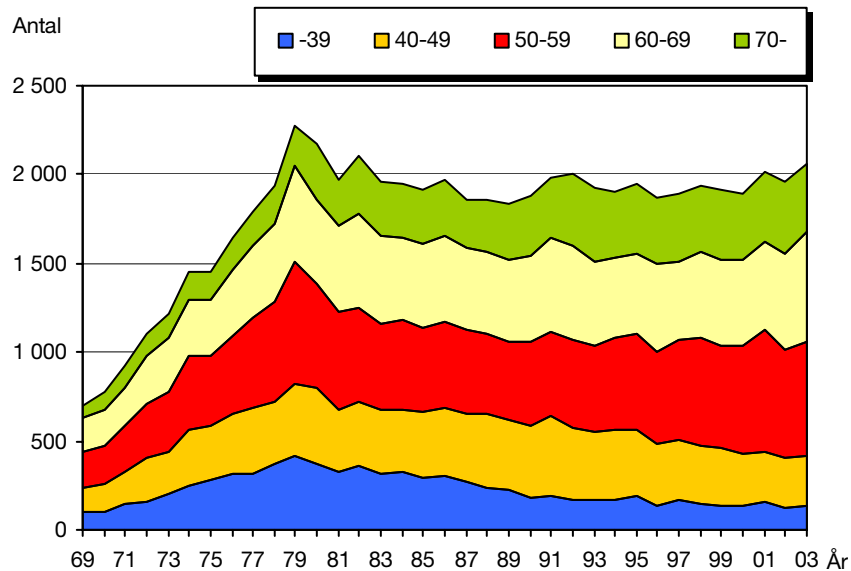


Diagram 13. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2003. (Tabell 38)

År 2003 var runt 1 600 av de omkomna män och 400 kvinnor. I åldersstandardiserade dödstal motsvarar det 37 respektive 9 omkomna per 100 000 invånare. Av diagram 14 (och tabell 38) framgår att dödligheten bland män har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 – men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period. Betraktar man kvinnornas utveckling endast för åren 1993–2003 har dock en liten uppgång skett (från 7 dödsfall per 100 000 invånare).

Socialstyrelsen (2006c) 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 39 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1991–2003, enligt samma index som ovan (åren 1987–1990 framgår av tidigare rapporter). Det är tydligt att Stockholm är det län där alkoholdödligheten är högst i riket, relaterat invånarantalet, även om en nedgång skett under perioden. Också Västra Götalands län samt Jämtland ligger högt i period-

Alkoholutvecklingen

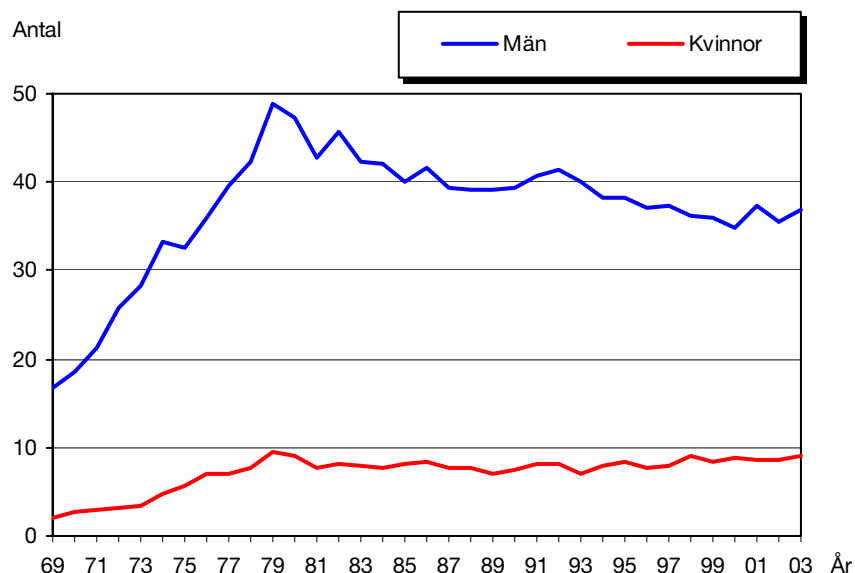


Diagram 14. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003. (Tabell 38)

ens början men beskriver minskningar. Detta gäller i synnerhet Jämtland som 2003 uppvisar ett av de lägsta dödstal, medan Västra Götaland tangerar riksgenomsnittet samma år.

Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Uppsala och Västerbotten är de fem län med den lägsta alkoholdödligheten 1987–2003. Bara i undantagsfall överskrider riksgenomsnittet. I början av perioden låg Skåne klart under riksgenomsnittet men sedan 1997 ligger länet över medelvärde och år 2003 återfanns det näst högsta dödstalet i Skåne län. Även i Blekinge har alkoholdödligheten i viss mån ökat under perioden.

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

I tabellerna 40–43 beskrivs utvecklingen av ett antal olika separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 44 presenteras summan av de underliggande dödsorsakerna relaterat till folkmängden.

Levercirrhos eller ”skrumplever” (tabell 40) 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 t o m 1987, för att ligga på en konstant nivå fram till ICD-kodsbytet 1997, vilket kan ha lett till en nedgång i registreringen av levercirrhosdödsfallen. Mellan 1997 och 2003 har antalet emellertid ökat med 23% (till drygt 1 100). Andelen kvinnor har under perioden utgjort relativt stabila 33% av dödsfallen.

Mellan 1979 och 1996 var alkoholberoende (tabell 41) den vanligaste av dessa fyra alkoholrelaterade dödsorsaker, när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas, men efter bytet till ICD-10 1997 ligger beroende och cirrhoser på ungefär samma nivå antalsmässigt. Uppgången var synnerligen kraftig mellan 1965 och 1979. Mellan 1997 och 2003 syns en minskningstendens.

Antalet dödsfall i alkoholpsykos har aldrig varit särskilt stort, år 2003 handlade det om totalt 72 fall, vilket trots allt är ett högt värde jämfört med 1970- och 1980-talen (tabell 42).

Alkoholförgiftningarna beskriver en topp i slutet av 1970-talet som följdes av en kontinuerlig minskning till 2002, från 600 till under 300 fall (tabell 43). Möjligen utgör 2003 ett trendbrott eftersom 304 fall registrerades detta år. Tar man enbart hänsyn till dödsfall med alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak finner man dock en klar ökning, från 65 under 1997 till 126 stycken 2003.

Andelen kvinnor har som nämnts legat runt oförändrade 33% för levercirrhosfallen, och detta gäller alltsedan 1980-talets början. Andelen kvinnor för de övriga diagnoserna – i genomsnitt från 1980 och framåt – har varit 16% för alkoholberoende, 16% för alkoholpsykos och 27% för alkoholförgiftningar.

I tabell 44 har underliggande dödsfall i de fyra ovan redovisade diagnoserna relaterats till folkmängden och summerats, från 1956 och framåt. Bl a kan man se att den uppgång som redovisats mellan 1969–1979 i tabell 38 enligt Socialstyrelsens index tycks ha påbörjats redan tidigare under 1960-talet.

Internationella aspekter

Alkoholpolitik i olika länder

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

Frågeformulär sändes ut rörande alkoholpolitiska instrument vid olika tidpunkter och svaren omvandlades till en skala med maximalt 20 poäng täckande 6 områden (Karlsson och Österberg 2001). I tabell 45 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom dåvarande EU (och Norge) för varje decennium mellan åren 1950–2000 studeras och i diagram 15 jämförs startpunkten 1950 med år 2000.

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

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

Alkoholkonsumtionen 2003 i olika länder

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

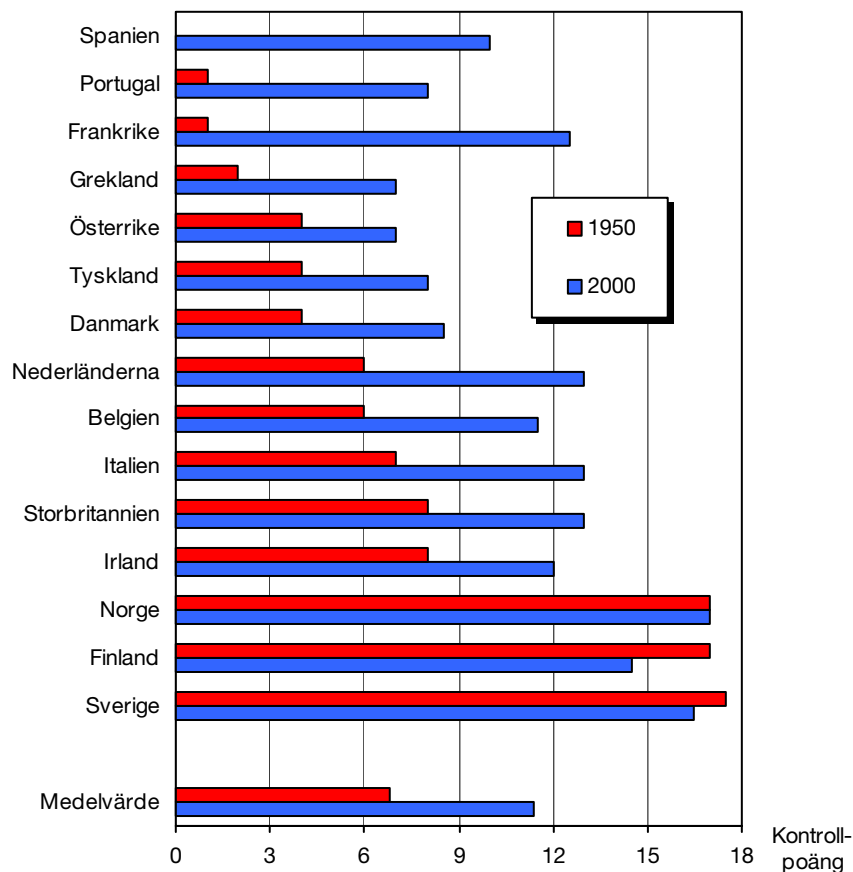


Diagram 15. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. (Tabell 45)

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. Andelen oregistrerad alkohol skiljer sig dessutom åt mellan länderna, tex till följd av varierande

mängder illegal tillverkning och smuggling eller oregistrerad direktförsäljning från producenter.

Det finns också andra svårigheter. Det gäller bl a vilka drycker som skall tas med i statistiken, t ex i fråga om alkoholhalten i öl eller i cider och andra i vissa länder nyare och ovanligare alternativ och sådana förhållanden gör att olika sammanställningar redovisar delvis olika siffror. Här används den statistik som samlas i publikationen *World Drink Trends* (WARC 2005). I tabellerna 46 och 47 (och diagrammen 16 och 17) är konsumtionen relaterad till hela befolkningen, vilket gör att man får lägre tal än om man redovisar konsumtionen relaterad enbart till dem 15 år och äldre. Nedan redovisas även resultat från ECAS-studien och då bygger uppgifterna på statistik publicerad av Brewers' Association of Canada.

Diagram 16 (tabell 46) visar försäljningen av alkohol 100% per invånare i ett antal länder 2003. Denna fördelas på sprit respektive vin samt öl sammanslaget. Som framgår hade Luxemburg den högsta totala försäljningen – 12,6 liter ren alkohol per invånare – och därefter kommer Ungern, Tjeckien och Irland med ca 11 liter. Den höga nivån i Luxemburg är främst ett resultat av en hög vinkonsumtion, medan öl och sprit är vanligare i de andra länderna.

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

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

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

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

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

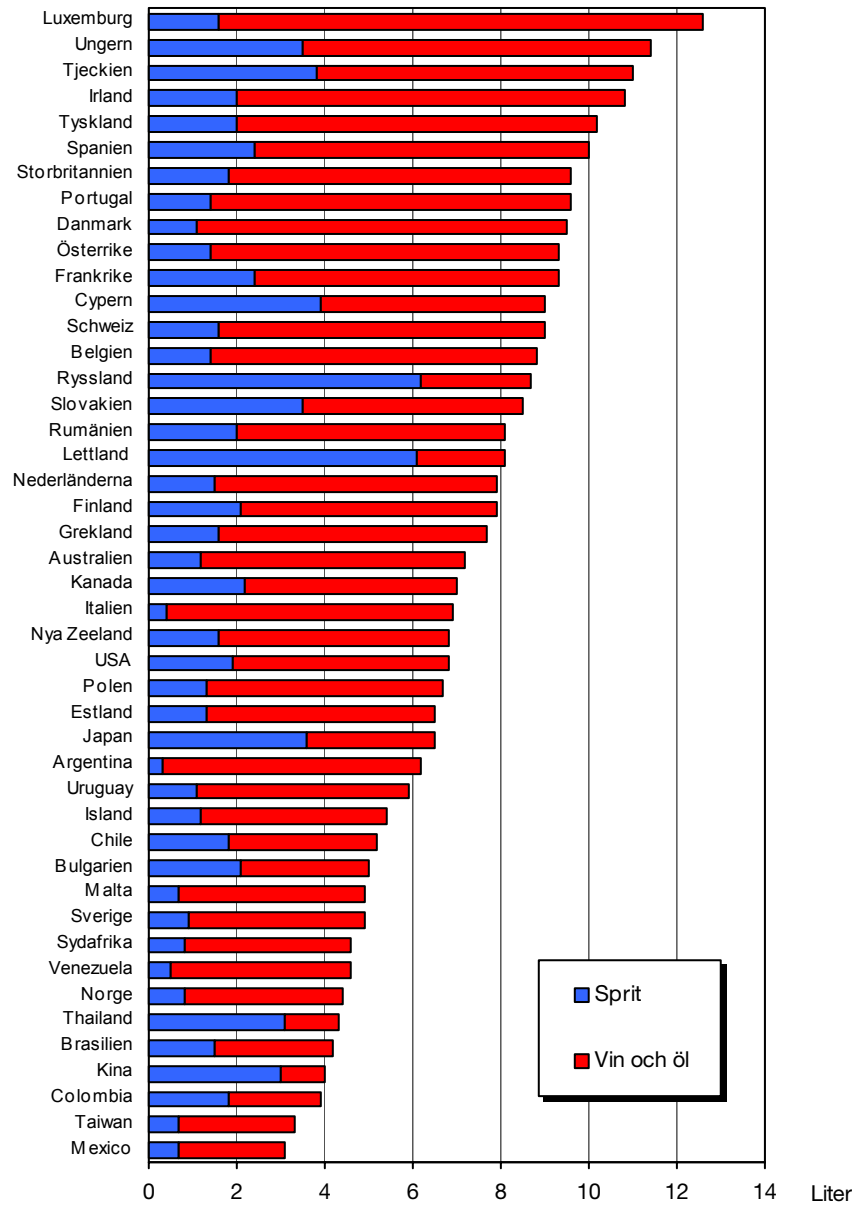


Diagram 16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2003. (Tabell 46)

Konsumtionsutvecklingen i olika länder

I tabell 47 redovisas förutom den nordiska utvecklingen även utvecklingen i de gamla EU-länderna samt USA. Av tabellen, som visar försäljningen i 100% alkohol per invånare, framgår att länder som i början av den redovisade perioden hade en mycket hög konsumtion ofta har sänkt denna, medan länder med låg konsumtion 1965 i allmänhet har högre konsumtion idag. Ett generellt drag i utvecklingen är således att dryckesmönstren genomgår en internationalisering på så sätt att konsumtionsnivåerna tenderar att bli mera lika mellan olika länder. En annan tendens i linje med detta är att konsumtionen ökar av den eller de drycker som inte tidigare ingått i den traditionella dryckeskulturen eller alkoholtraditionen i ett land.

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

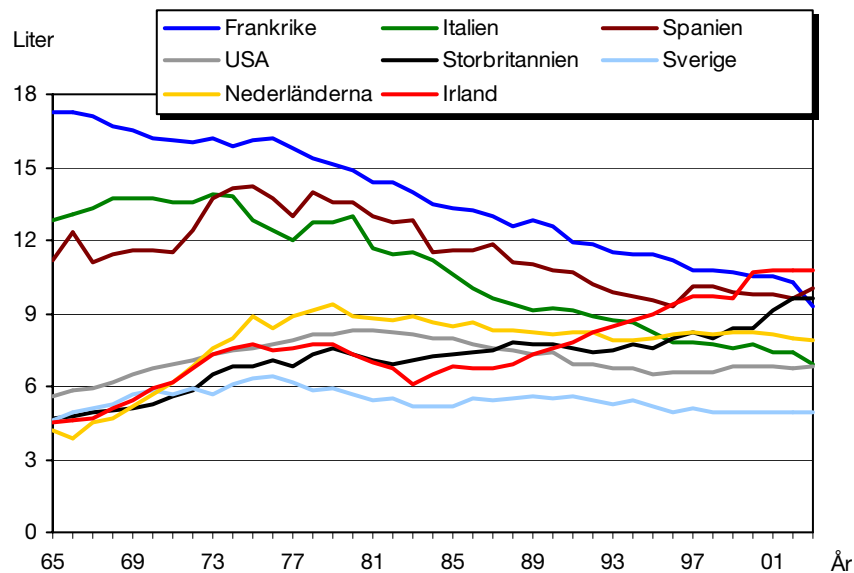


Diagram 17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2003. (Tabell 47)

I diagram 17 illustreras utvecklingen av alkoholkonsumtionen mätt som försäljningsvolym för sju länder, däribland Sverige. Frankrike och Italien har under perioden minskat konsumtionen med över en tredjedel. Nederländernas konsumtion var i princip fördubblad i mitten på 1970-talet, jämfört med utgångsläget, men har minskat något sedan första hälften av 1980-talet. I början av 1970-talet passerades Sverige av Nederländerna och Storbritannien. Diagrammet illustrerar att de internationella konsumtionsnivåerna tenderar att närma sig varandra, noterbart är att nivåerna nu är likartade i Storbritannien som i Frankrike och Spanien och att Irland nu ligger allra högst i diagrammet.

Såväl volymerna som vilka drycker man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktning i Europa. Detta framgår också tydligt av tabell 48 och diagram 18 som visar resultat från ECAS-studien, kompletterade med färskare siffror från SOU 2004:86. I gruppen vinproducerande länder har konsumtionen minskat med ca 6 liter alkohol 100%, från 17 liter 1955 per invånare 15 år och äldre till drygt 11 liter 2001. Minskningen inträffade främst under senare delen av 1980-talet.

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

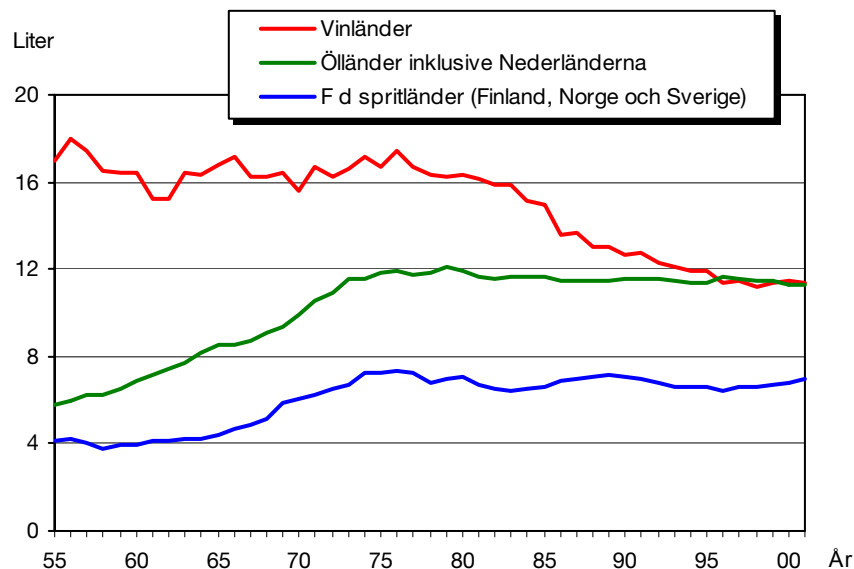


Diagram 18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001. (Tabell 50)

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

Levercirrhosdödligheten i olika länder

En rad undersökningar har påvisat ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet. I diagram 19 och tabellerna 49 och 50 visas utvecklingen av levercirrhosdödligheten i EU och Norge och uppgifterna härör återigen från ECAS-studien.

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

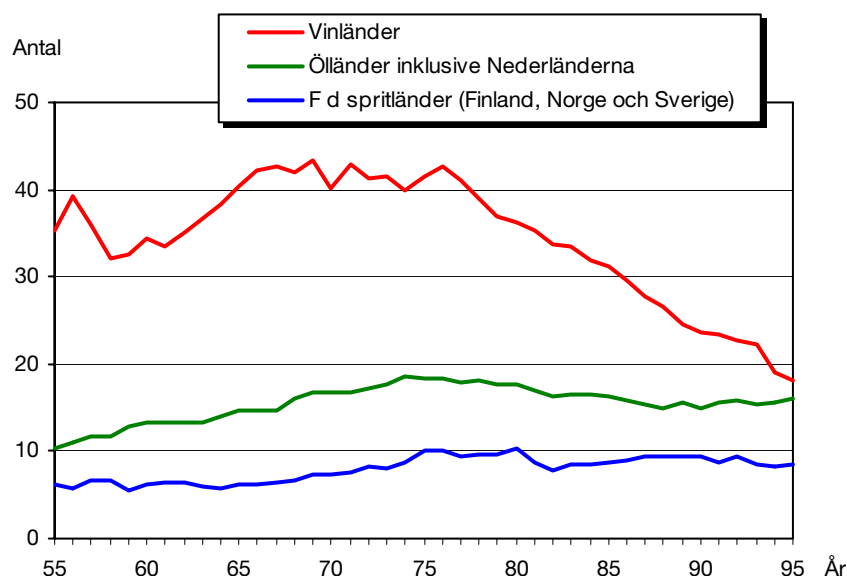


Diagram 19. Antal döda i levercirrhos per 100 000, 15 år och äldre, i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. (Tabell 50)

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

Internationell jämförelse av ungdomars alkoholvanor

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

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

Andelen som intensivkonsumerat tre gånger eller mer senaste månaden var bland de 35 deltagande länderna 2003 högst i Danmark, Irland, Isle of Man, Malta, Nederländerna, Norge, Polen och Förenade kungariket (d v s Storbritannien samt Nordirland) och låg mellan 24–32%. Bortsett från Malta och Polen är dessa länder belägna i norra/västra Europa. I länderna Cypern, Frankrike, Grekland, Ungern, Island, Rumänien och Turkiet var det minst vanligt att eleverna intensivkonsumerat tre gånger eller mer den senaste månaden (5–11%).

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

I diagram 20 (tabell 51) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

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

Alkoholutvecklingen

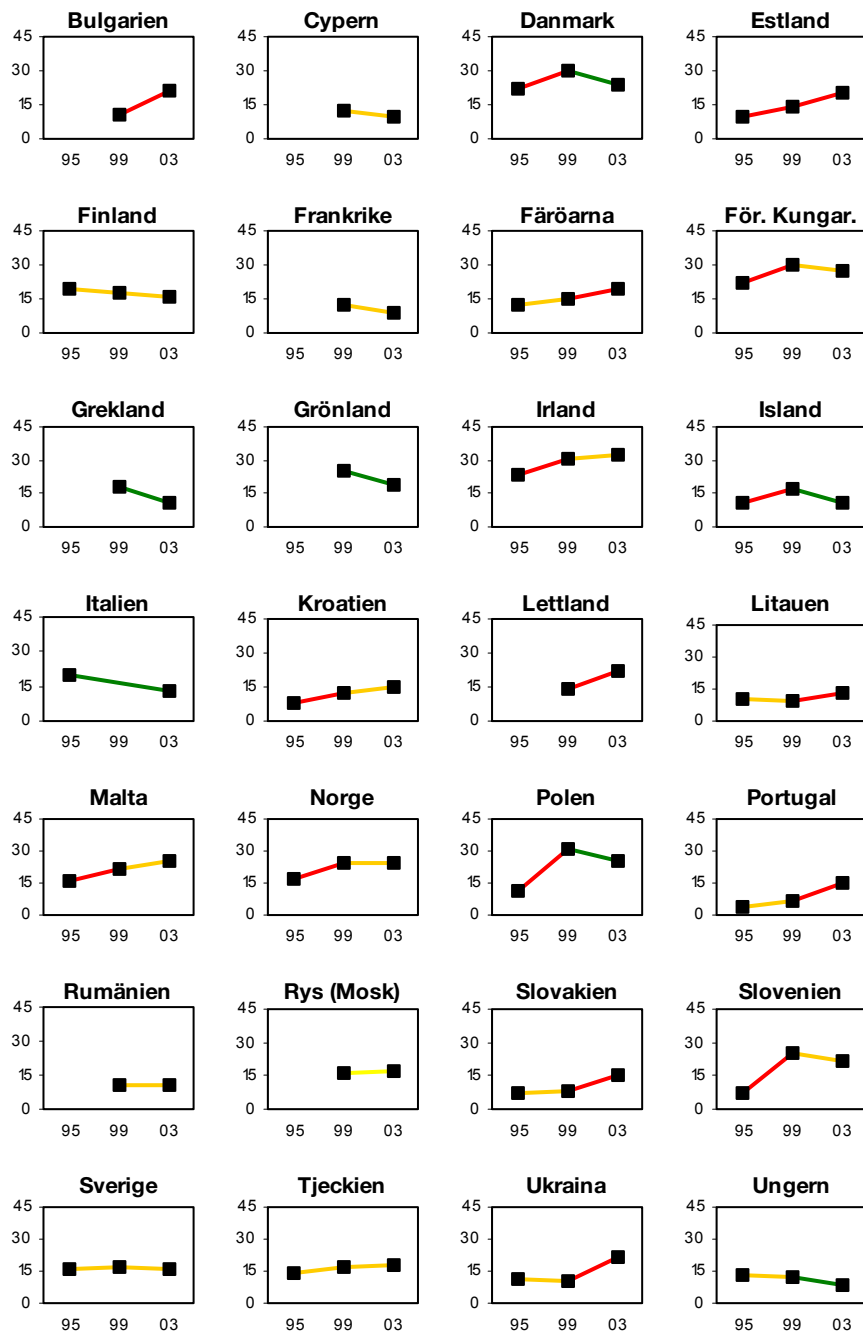


Diagram 20. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol^{a)} tre gånger eller mer senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003.

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

Referenser

- Andersson J och Olsson M (1996). *Sjöfylleri. En utvärdering av 1991 års ändringar av bestämmelserna i sjölagen om onykterhet till sjöss*. PM 1996:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- 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.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brå (2004). *Brottsutvecklingen i Sverige 2001–2003*. Rapport 2004:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- Estrada F (2005). *Våldsutvecklingen i Sverige – En presentation och analys av sjukvårdsdata*. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2005:4. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Guttormsson U (2006). *Mönstrandens drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council For Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevers drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Jarl J et al (2006). *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. Forskningsrapport nr 37. Stockholm: SoRAD.
- Johansson G (1998). *Måttligt eller meningsfullt*. Folkhälsoinstitutet 1998:34, Stockholm.
- Karlsson T & Österberg E. *A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, English Supplement 2001, vol 18, pp 117–131, Helsinki, Finland, 2001.
- Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M och Zetterberg H (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.

Alkoholutvecklingen

- Leifman H (2000). *Svenskens bruk av svartsprit och totala alkoholkonsumtion 1996–2000*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet, KAMEL-gruppen.
- Leifman H och Gustafsson N-K (2003). *En skål för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport 2003:11. Stockholm, SoRAD.
- Lenke L (1990). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Nilsson T och Klöfver H (1984). *Alkoholvanor. En översikt av undersökningsresultat från åren 1968–1980*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Norström T och Andersson J (1996). *Från 0,5 till 0,2 promille. Vilken effekt fick 1990 års reform av trafikbrottslagen?* PM 1996:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Room R, red (2002). *The effects of Nordic alcohol policies*. NAD-publication 42. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- SIKA och SCB (2003). *Vägfrafikskador 2002*. Stockholm: Statens institut för kommunikationsanalys.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2006). *Alkoholförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990–2005*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Socialstyrelsen (2006a). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2005*. Statistik, Socialtjänst 2006:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Individ och familjeomsorg – lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006c). *Folkhälsa. Lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004a). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – "IKB 2003"*. Statistik. Artikelnr 2004-125-3. www.socialstyrelsen.se.
- Socialstyrelsen (2004b). *Alkoholrelaterade diagnoser i Patientregistret*. Socialstyrelsen; Epidemiologiskt centrum. <http://www.sos.se>.
- Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförelutredningen. 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 Alkoholinförelutredningen. 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 (2006). *Alkoholstatistik 2005*. R 2006:25. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2005). *Regionala data. Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor 2004*. Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Alkohol – ingen vanlig handelsvara*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004:45. Svensk översättning av Babor et al (2003). *Alcohol: no ordinary commodity – Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Svenska Livräddningssällskapet (2006). *Drunkningsolyckor 2005*. www.sls.a.se.
- Systembolaget (2001). *Svensk alkoholhistoria: från brännvin till vin 1400–2000*. Stockholm: Systembolaget.
- Vägverket (2006). *Alkohol, droger och trafik*. 2006-06. Borlänge: Vägverket.
- Vägverket (2005). *Trafiksäkerhet. Resultat från 2005 års trafiksäkerhetsenkät*. Publikation 2005:99. Borlänge: Vägverket.
- WARC in association with the Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (2005). *World Drink Trends 2005*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.
- WHO (2002). *The world health report 2002 – Reducing Risks Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO.
- Willner S (2005). *Alkoholpolitik och hälsa hos kvinnor och män*. Ur *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv*. Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J och Moberg H (red). Statens folkhälsoinstitut R 2005:8. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Öström M och Eriksson A (2004). *Snöskoterrelaterade dödsfall under 30 säsonger i norra Sverige*. Rapport nr 119. Umeå: Enheten för rättsmedicin samt institutionen för samhällsmedicin och rehabiliteringsmedicin.

Narkotikautvecklingen

Inledning

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

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

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

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

Kapitlet är upplagt så att efter den inledande narkotikapolitiska historiken följer ett avsnitt om förekomst och utbudsförändringar av olika narkotiska

preparat. Även om vissa konsumtionsdata omnämns redan i avsnittet om tillgängligheten beskrivs konsumtionsutvecklingen mera detaljerat i efterföljande avsnitt, där en uppdelning görs mellan experimentell användning och tungt missbruk. Därefter beskrivs skadeutvecklingen och kapitlet avslutas med en internationell jämförelse av situationen i ett antal europeiska länder inklusive USA.

Narkotikapolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

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

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

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

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

- 2001** I januari överlämnade Narkotikakommissionen, som tillsattes 1998, sitt slutbetänkande (SOU 2000:126). Kommissionen fann bl a att balansen mellan förebyggande insatser, vård och kontrollåtgärder hade rubbats under 1990-talet till förmån för kontrollåtgärderna.
- 2002** I januari antog Riksdagen en proposition om en nationell handlingsplan mot narkotika, framarbetad genom Narkotikakommissionen (prop 2001/02:91). För att genomföra och följa upp handlingsplanen tillsattes en nationell narkotikasamordnare – *Mobilisering mot narkotika* – med huvuduppdraget att till och med år 2005 utveckla samarbetet mellan myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer m fl.
- Receptregistret får från 1 juli användas av Socialstyrelsen för tillsyn över läkares och tandläkares förskrivningar av narkotiska läkemedel.
- 2004** Den 1 oktober 2004 klassificerades ytterligare fyra substanser – 5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, 5-MeO-AMT och 2C-E – som hälsofarliga varor.

Aktuella händelser 2005–2006

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

Den 1 juli 2005 narkotikaklassades Ketamin (LVFS 2005:5). Från detta datum gäller också de ändringar om LVM-vård som föreslogs i proposition 2004/05:123 vilka syftar till att stärka rättsäkerheten för den enskilde samt att förbättra kvaliteten i vården.

Antalet preparat på listan om hälsofarliga varor utökades till 15 stycken den 1 september 2005 då GBL och 1,4-butandiol (BD) – vilka omvandlas till GHB efter förtäring – lades till denna. Detta kunde ske efter att lagen om hälsofarliga varor skrivits om för att även kunna omfatta industrikemikalier.

Våren 2006 fattade riksdagen beslut om att från den 1 juli låta landstingen i Sverige bedriva sprututbytesprogram, förutsatt att landsting och regioner är

villiga att driva sådan verksamhet och att berörda kommuner kan erbjuda rimliga möjligheter till narkomanvård. Detta togs efter ett förslag från den narkotikapolitiska samordnaren från 2003 om att sprututbytesverksamheten, som i Skåne varit försöksverksamhet sedan 1986, borde bli möjlig att bedriva nationellt och reguljärt (Ds 2004:6).

En ny alkohol- och narkotikahandlingsplan för perioden 2006–2010 lades av regeringen i proposition 2005/06:30. Det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle kvarstår, liksom de tre delmålen att minska nyrekryteringen, att förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk samt att minska narkotikatillgången. Barn, ungdomar och föräldrar är särskilt prioriterade under perioden. Regeringen har även betonat vikten av att insatser tar hänsyn till skillnader i behov med avseende på kön samt olika bakgrund och social tillhörighet. Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att följa upp målen i handlingsplanen och senast 1 januari 2010 ska en utvärdering presenteras.

Narkotikautbudet

I följande avsnitt redogörs kortfattat för utvecklingen för några olika narkotiska preparat med avseende på priser och beslag samt de avtryck de gör i lagföringsstatistiken. Avsikten är att beskriva hur vanliga olika droger är i förhållande till varandra samt om det skett uppenbara förändringar i utbudet för vissa droger över tid. Avslutningsvis kommenteras tillgänglighetsutvecklingen mera övergripande.

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

Jämfört med tidigare beräkningar från slutet av 1990-talet (t ex SOU 1998:18 och Ds 1999:46) är detta en dubbelt så hög siffra, vilket delvis förklaras av att tidigare beräkningar utgått från 1992 års uppgift om antalet personer med tungt missbruk.

Cannabis

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste narkotikasorten för såväl experimentell och tillfällig/regelbunden användning som bland personer med

tungt narkotikamissbruk, även om de ofta har andra preparat som huvuddrog. Olika intervjuundersökningar i befolkningen visar att nästan alla som svarar att de provat narkotika har använt cannabis – och majoriteten av dessa har enbart provat cannabis. Bland personer med tungt missbruk har enligt olika kartläggningar (UNO och MAX) åtminstone 60% använt cannabis inom undersökningsperioden (Olsson et al 2001).

Mot slutet av 1970-talet ökade antalet domar och strafförelägganden för cannabisbaserad handel, och nådde en tillfällig topp i början av 1980-talet (4 500). Mellan 1983 och 1996 låg antalet runt 3 200, men 2004 hade cannabislagföringarna ökat till rekordnivån 6 300 stycken (tabell 70). Denna utveckling överensstämmer någorlunda med trenderna för experimentellt bruk under perioden i fråga.

Att cannabis blivit allt vanligare i Sverige syns också i tullens och polisens beslagsstatistik (diagram 21 och 22 samt tabell 53). Senaste årens beslag (ca 8 300) är högre än någonsin och även mängderna ligger på en mycket hög nivå – runt ett ton om året sedan 1998. År 2005 togs knappt 1,5 ton cannabis i beslag. Av tabellen framgår att ca 90% av cannabisbeslagen utgörs av hasch. Det kan nämnas att runt 85% av det hasch som beslagtas i Sverige bedöms normalt ha sitt ursprung i Marocko (Rikskriminalpolisen och Tullverket 2005).

Trots att beslagen liksom konsumtionen ökade under 1990-talet föll gatupriserna (Guttormsson 2006a). Prisfallet framgår av de uppgifter som redovisas från polismyndigheterna i landet, vilka får svara på CANs regelbundna enkät om drogsituationen – CRD (Rask 2006). Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen som den uttrycks i SCBs konsumentprisindex har haschpriserna halverats mellan 1988 och 2005 (tabell 57 och diagram 24). År 2005 uppgavs ett gram hasch kosta runt 60–100 kronor med ett medianpris på 80 kronor. Den stora prisnedgången inträffade dock under 1990-talet och under 2000-talet har haschpriset varit tämligen oförändrat.

Sammantaget pekar ovanstående information, ökad konsumtion och fallande priser, på att tillgängligheten på cannabis ökade i Sverige under 1990-talet men att utbudsläget verkar ha varit mera oförändrat de senaste åren.

Detta överensstämmer delvis med årskursnioelevers och mönstrandets upplevelser av förändringar av tillgången på narkotika. I skolundersökningarna har eleverna tillfrågats om de någon gång haft möjlighet att pröva narkotika, och sedan 1977 även om de vet någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dem. I tabell 58 och diagram 23 visas resultaten för dessa frågor för de elever som själva aldrig använt narkotika. Av diagrammet framgår även hur många mönstrande som erbjudits narkotika (tabell 59).

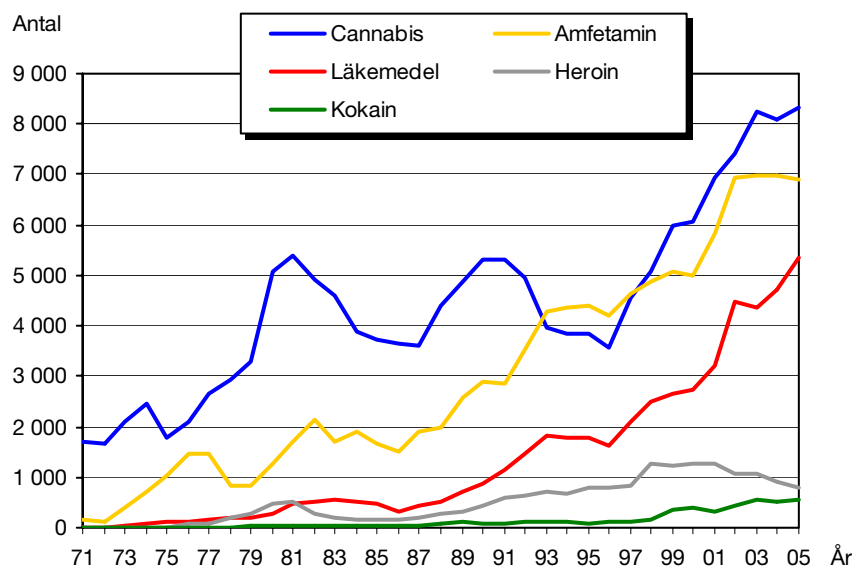


Diagram 21. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2005. (Tabellerna 52 och 55)

Många elever som inte använt narkotika har svarat att de haft möjlighet att göra det. Andelen utgjorde runt 30% i början av 1970-talet, sjönk till dryga 10% under slutet av 1980-talet men ökade till 27% år 2000. Därefter har andelen som upplevt att de haft möjlighet att testa sjunkit till ca 20%. Under 1980-talet var det relativt få skolelever som sade sig känna till någon som kunde ge eller sälja narkotika till dem (ca 20%), runt millennieskiftet utgjorde andelen ca 40%, därefter har den dock åter sjunkit något (32% år 2006).

Andelen mönstrande 18-åringar som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika följer samma trend. En nedgång under 1980-talet åtföljdes av en ökning med en topp på 48% 2002, men 2005 är siffran nere i 40%. Bortsett från åren 1976–1988 i mönstringsundersökningen gäller tillgänglighetsfrågorna all narkotika och inte enbart cannabis. Bland ungdomar i allmänhet har detta dock ingen större betydelse då erfarenheter av narkotika är mer eller mindre synonymt med cannabis – och praktiskt taget alla som erbjudits narkotika har åtminstone erbjudits cannabis.

Centralstimulantia

Sedan centralstimulerande medel, främst amfetamin, började användas i större omfattning bland kriminella under 1960-talet har de utgjort en stor del av injektionsmissbruket i Sverige. Antalet amfetaminbeslag har hela tiden legat

betydligt högre än de för exempelvis heroin (diagram 21). Enligt kartläggningarna av det tunga missbruket minskade dock andelen med amfetamin som dominerande medel, från 48% 1979 till 32% 1998 (Olsson et al 2001). Även vid experimentell användning är amfetamin, bortsett från cannabis, vanligare än de flesta andra droger, även om detta ändrats något de senaste åren enligt tabell 60.

Av beslagsstatistiken framgår att 2005 års värden – 6 981 beslag om 464 kg – är de högsta någonsin samt att uppgången varit mer eller mindre successiv sedan 1970-talet (diagram 22 och tabell 54). Vidare har realpriserna fallit med ca 60% sedan 1988 (tabell 57 och diagram 24). År 2005 var mediangatupriset för ett gram amfetamin 250 kronor, med ett prisintervall om 150 till 400 kronor.

Alltsedan mitten av 1970-talet har också antalet personer lagförda för narkotikabrott där centralstimulerande medel ingått ökat, från 1 000 till 6 400 personer 2004 (tabell 71). Andelsmässigt gäller att centralstimulerande medel som mest förekom i närmare hälften av de godkända strafföreläggandena eller domarna i mitten på 1990-talet, jämfört med dryga 40% under 2000-talet (tabell 73).

Kokain fick under senare delen av 1980-talet en viss spridning, och under årtiondet ökade exempelvis antalet årliga beslag från årliga 20 till 100. Ökningen, förvisso från en låg nivå, har fortsatt och 2005 uppgick beslagen till 546 stycken (tabell 55 och diagram 21). De stora variationerna i mängder beror främst på att enstaka större partier, avsedda för andra marknader än den svenska, beslagtagits. T ex så togs 1999 398 av sammanlagt 414 kilo i tre containerbeslag i Göteborg. Sedan 2000 har runt 40 kilo årligen beslagtagits. Kokainpriserna har sjunkit med bortåt 40% sedan 1988, räknat i KPI-justerade priser, och 2005 uppgavs ett gram kokain kosta mellan 400 och 1 000 kronor, med ett genomsnitt om 800 kronor (se tabell 57 och diagram 24).

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

Som framgår av tabell 60 ökade andelen mönstrande som prövat ecstasy från 1 till 4% mellan 1994 och 2002 medan 2005 års värde sjunkit till under 2%. Sedan 2001 är det något fler som prövat ecstasy än amfetamin. I en sammanställning av olika intervjuundersökningar bland ungdomar 16–24 år fann man också att ecstasyerfarenheter blev allt vanligare under 1990-talet och var i nivå med amfetaminerfarenheterna 2003 (Guttormsson et al 2004).

Narkotikautvecklingen

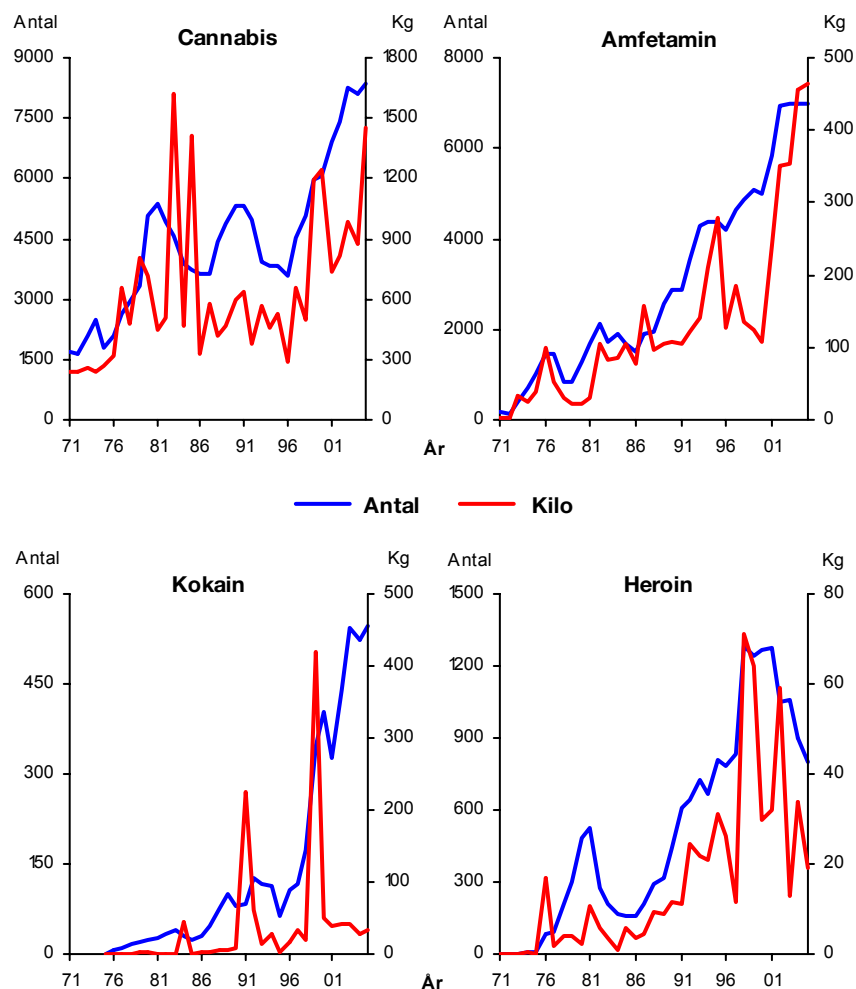


Diagram 22. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2005. (Tabellerna 53–56)

Beslagsdata visar också att ecstasyförekomsten ökat. I början av 1990-talet uppgick antalet beslag endast till några tiotal per år, under senare delen uppgick de till några hundra men på 2000-talet har i genomsnitt årligen 140 000 tabletter tagits fördelade på ca 500 beslag. Vanligast är MDMA, medan MDA och MDE står för en mindre andel. En ecstasytablett uppgavs kosta runt 100 kronor 2005, med ett prisintervall om 60–150 kronor (Guttormsson 2006a).

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

Röda havet. Även om effekterna är svagare har drogen farmakologiskt likheter med amfetamin. Kat narkotikaklassades i Sverige 1989, och används alltså mest av invandrare från Östafrika. År 2005 beslagtogs tull och polis 6,5 ton fördelade på 310 beslagstillfällen. Katbeslagen har ökat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1995.

Hallucinogener

Hallucinogener är samlingsnamn för droger som framkallar syn- och hörselhallucinationer. Även sådana droger ökade något i popularitet under 1990-talet då narkotika blev allt vanligare i stort. Ett exempel på detta är att LSD nämdes i allt större omfattning i mönstringsundersökningarna under 1990-talet (tabell 60). Dock har LSD blivit allt ovanligare bland ungdomar enligt mönstringsstudien; 2005 svarade 0,5% att de prövat drogen jämfört med 2,4% toppåret 1998. Beslagen som görs av tull och polis beskriver i Rikspolisstyrelsens statistik en mycket likartad utveckling som konsumtionen.

Av mönstringsundersökningen framgår att erfarenhet av hallucinogena svampar är nästan dubbelt så vanlig som erfarenhet av LSD. Olika typer av sådana svampar (innehållande psilocybin och psilocin) narkotikaklassades i Sverige 1997 respektive 1998.

Ytterligare exempel på hallucinogena droger är meskalin, ketamin och salvia divinorum. Samtidigt som hallucinogena droger är ovanligare än cannabis, ecstasy och amfetamin är å andra sidan erfarenheterna bland ungdomar större av hallucinogener än av exempelvis kokain och heroin.

Heroin och andra opiater

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

Under 1980- och 1990-talen ökade heroinbeslagen och antog en toppnivå runt millennieskiftet om ca 1 300 årliga beslag om totalt ca 50 kilo (tabell 56). Därefter har heroinbeslagen sjunkit något, till ca 800 beslag om runt 20 kilo 2005. Heroin är därmed den enda drog i diagram 22 som uppvisar några beslagsminskningar.

Man ska heller inte negligera förekomsten av opium; 1991–2000 ökade antalet beslag från 31 till 144 och mängderna från 3 till 24 kilo (enligt Rikspolisstyrelsens BAR-register). Därefter har beslagsantalen legat runt 80 stycken och mängden på ca 18 kilo. Det genomsnittliga opiumbeslaget ligger runt 2 hekto, vilket är tio gånger större än det genomsnittliga heroinbeslaget.

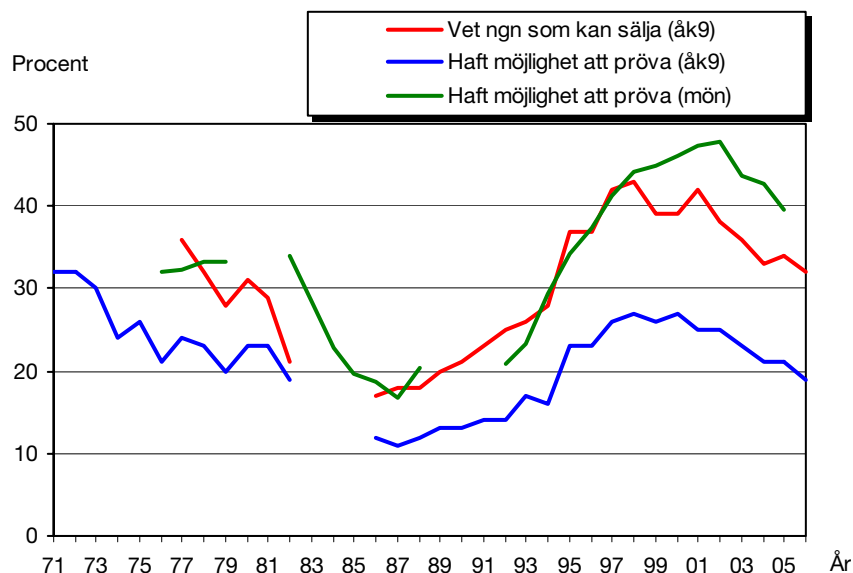


Diagram 23. Andelen elever i åk 9 som aldrig använt narkotika som "haft möjlighet" att pröva samt "vet någon som kan ge eller sälja narkotika", respektive andelen mönstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2006. (Tabellerna 58 och 59)

Även för heroin gäller att priserna sjönk under 1990-talet trots att beslagen ökade, vilket indikerar en ökad tillgänglighet. Mellan 1988 och år 2000 föll priset på brutt heroin med 60% (diagram 24 och tabell 57). Därefter har priset legat stabilt lågt, även om 2005 års värde (1 200 kronor per gram) är något högre jämfört med första halvan av 2000-talet.

Under 1980-talets senare del antas nyrekryteringen till heroinmissbruk ha varit relativt liten. Sammantaget pekar flera uppgifter på att heroinanvändning sedan blev vanligare under 1990-talet. Utvecklingen av antalet lagförda personer för heroinbrott följer t ex i stora drag samma uppgång som beslagen. Mellan 1990 och 1999 ökade dessa från ca 300 till 950 personer, en siffra som varit stabil sedan dess (tabell 72), och som senare kommer att framgå har heroin enligt olika kartläggningar blivit allt vanligare i det tunga missbruket.

Narkotikautvecklingen

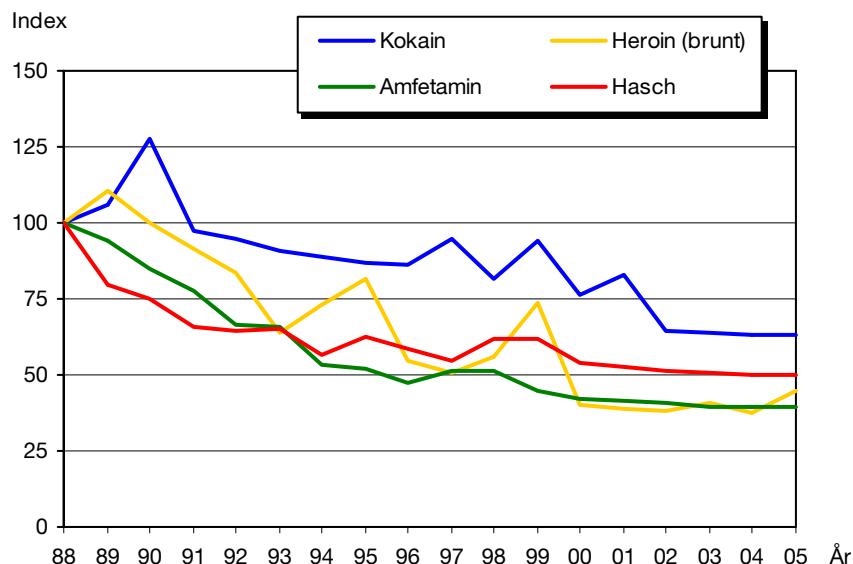


Diagram 24. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2005 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2005. Index 1988=100. (Tabell 57)

Sedan en längre tid består analyserade heroinbeslag enligt Kriminalpolisens och Tullverkets årsrapporter till 80–90% av brunt heroin. Ibland används begreppet rökheroin synonymt med brunt heroin vilket är något missledande. Flera typer av heroin går att röka, även så kallat vitt heroin (heroin No. 4). Omvänt gäller att det som ofta kallas rökheroin, eller brunt heroin (heroin No. 3) injiceras, vilket är det normala i t ex Sverige. Detta kräver dock att exempelvis citronsyra tillsätts för att heroinet ska bli vattenlösligt.

Blandmissbruk

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

Det är känt att narkotikaklassade läkemedel med den verksamma substansen flunitrazepam (t ex Rohypnol) förstärker effekten av heroin. Ibland kombine-

ras medlen, vilket är mycket riskabelt eftersom det finns stor risk för andningsförlamning. Antalet beslag av narkotikaklassade läkemedel (av vilken största delen är bensodiazepiner även om en del smärtstillande läkemedel också förekommer) låg på en relativt jämn nivå under 1980-talet och uppgick årligen till ca 500. Därefter har antalet ökat kraftigt och uppgick till 5 300 år 2005 (tabell 52).

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

Ovanstående kanske kan illustreras med att under 1990-talet har de som godkänd strafförelägganden eller som dömts för brott mot narkotikastrafflagen, där endast ett narkotiskt medel ingått i lagföringen, stått för en allt mindre andel. Andelen, som var 84% 1990, uppgår sedan 2000 till drygt 60% (tabell 69). Sannolikt förklaras utvecklingen delvis också av utökade möjligheter att detektera flera medel – en följd av att polisen sedan 1993 kan ta blod- och urinprov för att fastställa eventuellt bruk av narkotika.

Något som kanske ibland förbises är att ungdomar också använder narkotikaklassade läkemedel utan läkarföreskrivning. I mönstringsundersökningen är exempelvis erfarenhet av ”illegalt” konsumerade sömnmedel/lugnande medel något vanligare än att ha provat amfetamin eller ecstasy (tabell 60). Det kan då handla exempelvis om preparat som köpts illegalt, kommit från kompisar eller tagits hemifrån.

Tillgänglighetsutvecklingen

Enligt vedertagen ekonomisk teori är tillgången på en vara en viktig faktor när det gäller prisbestämning, efterfrågan en annan. Ett förhållande som antas spegla förändringar i narkotikatillgängligheten är prisutvecklingen på gatunivå, det vill säga i missbrukarledet. Hittills har konstaterats att priserna på flera narkotikasorter sjunkit rejält i Sverige sedan 1988 (diagram 24). Åtminstone för kokain och heroin gäller att detta mer eller mindre är en spegling av utvecklingen i övriga Europa och USA (UNODC 2005).

Frågan är vad prisutvecklingen kan säga om utvecklingen av tillgängligheten på narkotika i Sverige. Ett prisfall skulle kunna indikera inte bara ökad tillgänglighet ur ett ekonomiskt perspektiv utan även att mängden narkotika på marknaden, d v s utbudet eller den fysiska tillgängligheten, har ökat. Att använda prisuppgifter som enda indikation på förändringar i tillgången är dock riskabelt, varför det är viktigt att komplettera denna information med andra relevanta källor.

Enligt World Drug Report 2000 (UNODCCP 2000) är beslagsstatistik en relativt god indikator på marknadsförändringar om längre tidsserier används (även utan annan tilläggsinformation). Vidare konstateras i FN-rapporten att fallande priser i kombination med ökande beslag utgör en indikation om ett ökande narkotikautbud. Vad gäller analys av beslagsstatistik nämns i senaste årsrapporten från ECNN (2005) att ofta hävdas ståndpunkten att antalet beslag är en bättre indikator på tillgången än de beslagtagna mängderna, eftersom dessa kan fluktuera kraftigt från ett år till ett annat oberoende av antalet beslag. Samtidigt konstaterar ECNN att beslagsantalen i mångt och mycket speglar kontrollorganens (polisens) resurser och prioriteringar.

År 1993 skärptes påföljden för konsumtion av narkotika i Sverige, vilket medger polisen rättighet att ta blod- och urinprov vid misstanke om eget bruk. Ett ökat beivrande av de ringa brotten kan leda till ökningar i antalet beslag, dock utan att de beslagtagna mängderna ökar i någon nämnvärd omfattning. Mellan 1988 och 2005 har antalet årsarbetskrafter polisen ägnat narkotikabrott fördubblats – med viss reservation för en statistikomläggning 1997 som kan överdriva ökningens styrka (tabell 64). Detta kan alltså ha påverkat beslagsantalen oberoende av mängderna. Samtidigt måste det konstateras att de beslagtagna mängderna följer ungefär samma utveckling som beslagsantalen.

Beslagsmängderna kan i sin tur i större utsträckning än beslagsantalen antas vara kopplade till mera direkta priseffekter; om större beslag görs torde priserna stiga till följd av detta, i alla fall lokalt och tillfälligt. De mängdmässigt stora beslagen görs i regel av tullen, medan polisen står för merparten av beslagstillfällena. För Tullverket gäller att vissa omorganisationer gjorts och att nya arbetsrutiner tillkommit till följd av EU-medlemskapet. Exakt hur det påverkat narkotikabeslagen är svårt att fastslå, men många bedömare menar att arbetet mot narkotika tillfälligt minskade vid tidpunkten runt EU-inträdet och att det därefter har skett en återställning. Enligt en strategirapport från Rikskriminalpolisen och Tullverket (2002) ska tullen numera inrikta sig på organiserad och storskalig smuggling och inte ge så mycket prioritet som tidigare.

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

Tidigare i avsnittet och i diagram 24 redovisades en prisnedgång för hasch, amfetamin kokain och brunt heroin sedan 1988 (endast för dessa narkotikasorter finns tidsserier från detta år). För dessa droger, med visst undantag för kokain, gällde att prisminskningarna till större delen ägde rum under 1990-

talet och att prisläget varit relativt stabilt under 2000-talet. Jämfört med 1988 är priserna grovt sett halverade 2005 – räknat i 2005 års penningvärde – men jämför man 2005 med de närmast föregående åren är prisläget stabilt, möjligen med undantag för heroinet om 2005 års förhöjda värde kommer att stå sig.

Att priserna i många fall sjunkit samtidigt som beslagen ökat i antal och omfattning (diagram 22) senaste femtonårsperioden pekar på ett ökat inflöde av narkotika och en ökad tillgänglighet, inte bara i ekonomiska termer utan även i fysiska sådana. En alternativ förklaring till fallande priser skulle förvisso kunna vara en vikande efterfrågan, och en åtföljande reaktion från marknaden med sänkta priser för att upprätthålla intresset. Att detta skulle vara fallet motsägs dock av att narkotikakonsumtionen var mer omfattande under 2000-talets början jämfört med slutet av 1980-talet, även om konsumtionsökningarna har avstannat under 2000-talet och enligt en del källor också sjunkit något.

Av detta kan man å andra sidan inte dra några bestämda slutsatser om i vilken grad efterfrågeökningen berodde på tillgänglighetsökningen. Det är inte okomplicerat att avgöra hur tillgängligheten påverkar konsumtionen, och forskningen på området är inte särskilt omfattande. Prisminskningarna i sig kan säkert ha flera olika tänkbara följder för konsumtionen i stort, liksom för olika konsumentgrupper, med avseende på preparat och konsumtionens storlek etc. Sänkta narkotikapriser torde ha olika effekter på å ena sidan omfattningen av ungdomars experimenterande med narkotika och å andra sidan konsumtionsnivåerna hos storkonsumenter av heroin (se Guttormsson 2006a).

Utvecklingen av experimentell/ tillfällig användning av narkotika

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av befolkningens narkotikaerfarenheter över tid, d v s främst tillfälligt/experimentell användning, kommer från intervju- och enkätundersökningar. De mera centrala är skolundersökningarna och mönstringsundersökningarna samt olika intervjuundersökningar med ungdomar respektive den vuxna befolkningen. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Utvecklingen bland ungdomar

Enligt nationella besöksintervjuer utförda av SIFO ökade andelen ungdomar 12–24 år som någon gång prövat narkotika från 5% år 1968 till 9% år 1971 (Ds S 1977:8). Även om det inte finns några rikstäckande data som förtlö-

pande speglar narkotikans utbredning i Sverige under 1960-talet så pekar mycket på att narkotikan etablerades på bredare front under andra hälften av årtiondet.

Sedan 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningarna. Utvecklingen av narkotikaerfarenheten enligt dessa studier framgår av diagram 25 och 26. Som synes var andelen skolelever i årskurs 9 som prövat narkotika högst i början av 1970-talet, för att sedan minska och under andra hälften av 1980-talet nå en lägsta nivå på 3–4% (se även tabell 58). Under 1990-talet mer än fördubblades siffrorna och låg närmare 10% år 2001. Därefter har andelen som prövat narkotika sjunkit något och 2006 var den 6% (Hvitfeldt och Rask 2006). Från år 2004 finns även data för gymnasiets andra årskurs och bland dessa två år äldre elever uppgår ca 15% att de prövat narkotika.

Undersökningarna bland artonåriga mönstrande män beskriver ungefär samma utveckling som undersökningarna i nian, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökning under 1990-talet (Guttormsson 2006b). Mellan 1992 och 2002 tredubblades andelen mönstrande som någon gång prövat narkotika, från 6 till 18% (tabell 59). Därefter har testandet sjunkit även bland dessa och 2005 uppgick siffran till 14%.

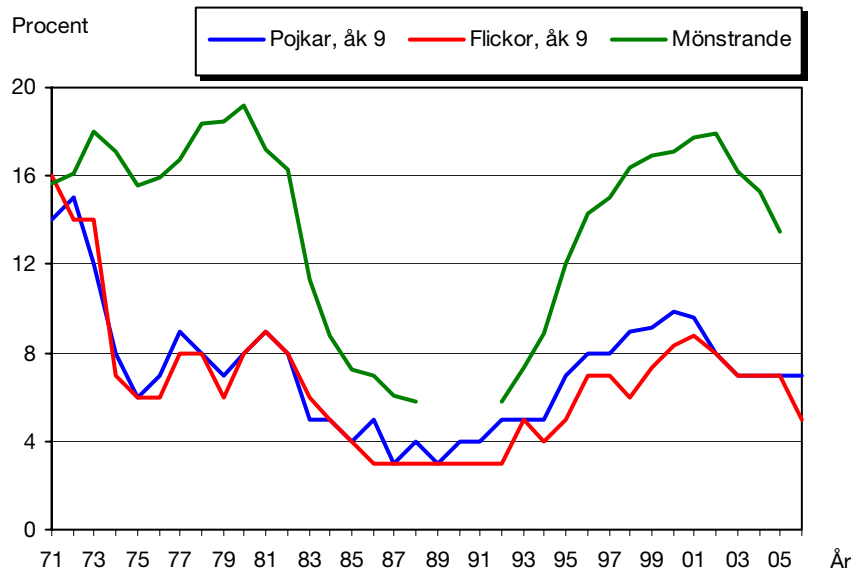


Diagram 25. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2006. (Tabellerna 58 och 59)

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

Av tabell 60 framgår att amfetamin tidigare varit den andra vanligaste narkotikasorten bland mönstrande men att det sedan 2001 ofta är något vanligare att ha provat ecstasy än amfetamin. Samtidigt har narkotikaklassade lugnande medel/sömnmedel som använts utan läkarrecept ända sedan 1976 konkurrerat med amfetamin om andraplatsen. Betydligt mindre vanligt är å andra sidan erfarenheter av exempelvis kokain, GHB och i synnerhet heroin. I den mån andra undersökningar bland ungdomar är så pass omfattande att motsvarande nedbrytningar görs så stämmer resultaten från mönstringsundersökningen relativt väl överens med dessa.

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

För att fånga mera regelbunden användning ingår i skol- och mönstringsundersökningarna frågor om man använt narkotika de senaste 30 dagarna före undersökningen. Utvecklingen av den månadsaktuella användningen är i stora drag densamma som för livstidsprevalensen. Såväl bland skolelever som mönstrande var värdena relativt höga under första hälften av 1970-talet, de sjönk under andra hälften och antog en låg nivå under slutet av 1980-talet (diagram 26 och tabellerna 58 och 59).

Under 1990-talet steg den regelbundna konsumtionen parallellt med ökningen av livstidserfarenheten bland niorna, men samma parallellitet uppträder inte under 2000-talet. Istället ligger andelen mera regelbundna användare kvar på ca 3%. Bland elever i gymnasiets andra årskurs för åren 2004–2006 sker heller ingen förändring utan siffran ligger stabilt runt 4%. För mönstrande 18-åriga män syns dock en nedgång i andelen som använt narkotika senaste 30 dagarna mellan 2002 och 2005.

Narkotikautvecklingen

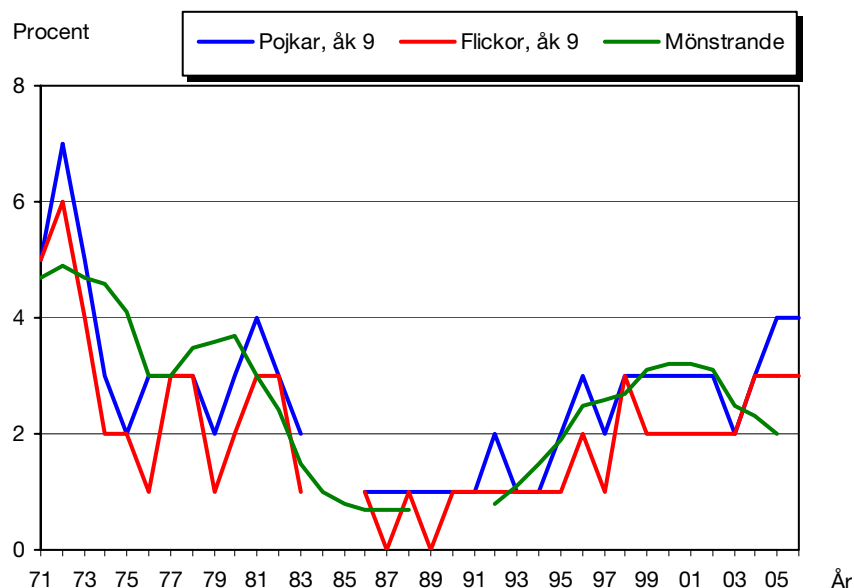


Diagram 26. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2006. (Tabellerna 58 och 59)

I intervjuerna med 16–24-åringarna svarade 2003 7% att de använt narkotika senaste året och 2% att de gjort så senaste 30 dagarna. Detta motsvarar omkring 65 000 respektive 19 000 ungdomar i åldersintervallet. Regelbunden användning tenderade att vara mest förekommande runt 21-årsåldern.

Utvecklingen bland vuxna

Mellan 1988 och 2000 ställdes frågor om narkotikaanvändning via besöksintervjuer i riksrepresentativa urval till 15–75-åringar. Enligt dessa studier ökade andelen som prövat narkotika från 8 till 12% (tabell 61). I absoluta tal motsvarar 12% ca 800 000 i åldersintervallet. I de allra flesta fallen gäller erfarenheten (enbart) cannabis. Normalt är det omkring 1–2% som sagt sig ha prövat amfetamin respektive kokain, medan övriga narkotikasorter nämns av ännu färre.

Den mest aktuella frågeundersökningen om vuxnas narkotikaerfarenheter är den årliga nationella folkhälsoenkäten som startades 2004 av Statens folkhälsoinstitut. Den samlar information om levnadsvanor via postenkäter riktade till 16–84-åringar (www.fhi.se). Enligt denna källa har drygt 10% i åldersgruppen prövat cannabis någon gång, vilket motsvarar drygt 700 000 perso-

ner i åldersintervallet. Antalsskillnaden mot ovan refererade undersökning torde bl a bero på frågemetoden samt att det enbart var cannabis som mättes.

Bland 16–29-åringarna har runt 23% av männen och 16% av kvinnorna prövat cannabis 2004–2006, och bland ålderspensionärerna knappt någon alls. I åldersgrupperna där emellan är det en kontinuerlig minskning (Boström och Nykvist 2004). Samma förhållande gäller att ha använt cannabis senaste året, vilket uppges av 6% av 16–29-åringarna och bara någon enstaka ålderspensionär.

Av tabell 62 framgår att ungefär 1% av befolkningen använt narkotika de senaste 12 månaderna perioden 1988–2000. Motsvarande siffra för cannabis perioden 2004–2006 är 2% och för att ha använt cannabis senaste månaden är siffran 1% samma period. Båda undersökningarna visar att årsaktuell konsumtion är vanligast bland yngre och i princip obefintlig bland de äldsta. Enligt dessa undersökningar har således den mera regelbundna konsumtionen legat stabilt lågt i befolkningen som helhet.

I de äldre frågeundersökningarna återfanns dock den allra största andelen som någon gång prövat narkotika i åldersgruppen 30–49 år (17% år 2000) och i denna grupp skedde en liten ökning 1988–2000. Bland 15–29-åringarna minskade andelen som prövat narkotika mellan 1988 och 1990-talets första hälft, men ökade åter därefter och uppgick till 13% 2000. Bland vuxna som prövat narkotika, och haft sin tonårsperiod när narkotika varit etablerat i Sverige (födda omkring 1955 eller senare), var det enligt dessa undersökningar närmare en fjärdedel som debuterat först då de var 20 år eller äldre. Mer än tre fjärdedelar hade således debuterat före tjugo års ålder.

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det normalt omkring dubbelt så många män som kvinnor som prövat narkotika. Enligt tabell 61 var andelarna 16 respektive 8% år 2000. Årsaktuell användning bland vuxna förekommer nästan uteslutande bland män enligt tabell 62. Samma könsskillnader framkommer också i folkhälsoenkäterna.

Bland eleverna i årskurs 9 finns dock inga större könsskillnader för narkotikaerfarenheten. I gymnasiets årskurs 2 är det dock så att killarna testat narkotika i något större utsträckning än tjejerna, och ser man till månadsaktuell konsumtion blir skillnaderna tydliga; detta är åtminstone dubbelt så vanligt bland killarna som bland tjejerna (5 jämfört med 2% 2006). Bland äldre ungdomar (ungdomsundersökningarna 16–24 år) är det normalt 1,5 gånger vanligare att män prövat narkotika och mera regelbunden användning är även i dessa undersökningar dubbelt så vanlig bland män.

Således börjar könsskillnader för att pröva enstaka gånger framträda först i de övre tonåren, för att bli tydligare i 20-årsåldern, medan könsskillnaderna för mera regelbunden konsumtion syns redan i lägre åldrar.

Regionala skillnader

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

Enligt undersökningarna bland 16–75-åringarna finns tydliga regionala skillnader i narkotikaerfarenheten bland vuxna. I regel var det på 1990-talet åtminstone dubbelt så vanligt att boende i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) hade prövat narkotika jämfört med boende på mindre orter och i glesbygdsregioner. Folkhälsoenkäten från 2004 visade att cannabiserfarenhet var mer omfattande i storstadsnära regioner jämfört med andra regioner och att den var dubbelt så hög i stockholmsregionen jämfört med övriga icke storstadsregioner (Statens folkhälsoinstitut 2005).

Av tabell 14 framgår att bland pojkarna i nian är narkotikaerfarenheter vanligare i Stockholms län (9% prövat) och mindre vanliga i ”norra Sverige” (4% prövat). I gymnasiets andra årskurs blir skillnaderna större, ungefär dubbelt så många av eleverna i Stockholms län har prövat narkotika jämfört med Norra Sverige. Nu syns även skillnaden för flickorna, vidare är värdena för Skåne län också klart förhöjda. Även i mönstringsundersökningarna avtar narkotikaerfarenheten med befolkningstätheten. År 2005 uppgav 19% av de artonåriga männen i storstadsregionerna att de prövat narkotika, vilket är dubbelt så många jämfört med dem som vuxit upp på landsbygden. De geografiska variationerna blir alltså tydligare i lite äldre åldrar.

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

I tabell 17 presenteras 2005 års mönstringssiffror länsvis. Som framgår var narkotikaerfarenheten liksom föregående år allra högst i Stockholms och Jämtlands län samt lägst i Örebro och Jönköpings län.

Sociala faktorer

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

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

I mönstringsundersökningarna från 2005 framkom att narkotikaerfarenhet var tre gånger så vanlig bland dem som varken arbetade eller studerade vid mönstringstillfället, jämfört med dem som studerade, och att regelbunden användning var fem gånger så vanlig. Gruppen som arbetade vid mönstringstillfället intog där en mellanställning. I mönstringsundersökningen har även framkommit mindre skillnader mellan personer med utländsk bakgrund (själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar. Bland de förstnämnda hade 16% prövat narkotika, jämfört med 12% bland de sistnämnda.

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

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

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

I hälsoenkäten från 2005 noterades att vuxna män som använt cannabis senaste året i högre grad än andra var arbetslösa eller förtidspensionerade. Bland män som arbetade hade signifikant flera lägre tjänstemän använt cannabis jämfört med övriga yrkesgrupper. Sett till utbildningslängd var det vanligare med lång än med kort utbildning om man rökt cannabis senaste året. Bland männen var det även så att årsaktuell cannabiserfarenhet var vanligare bland personer födda utanför Europa. För kvinnorna framkom inga signifikanta skillnader på dessa variabler, inte minst på att få kvinnor använt cannabis senaste året.

Utvecklingen av tungt missbruk

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

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

Landsomfattande kartläggningar

För att få en bättre bild av narkotikamissbrukets omfattning genomfördes en kartläggning i Storstockholm 1967. Med utgångspunkt från denna studie estimerades – i efterhand – att 6 000 personer hade injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i hela Sverige detta år (Ds S 1980:5).

Liknande och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979, 1992 samt 1998 med syfte att kartlägga det tunga missbruket och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterat personer med missbruksproblem som de haft kännedom om via arbetet. Med en särskild statistisk metodik har sedan mörkertalet, dvs det antal missbrukare som samhället saknade kännedom om, beräknats

och lagts till (se metodkapitlet). Kartläggningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner.

Definitionen ”tungt missbruk” innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Av naturliga skäl är de framtagna siffrorna osäkra och bör snarast ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar. Härtill kan läggas att skattningens storlek naturligtvis påverkas av hur man väljer att definiera tungt missbruk, och någon entydig definition av detta finns inte i Sverige (SOU 2005:82).

I samband med kartläggningen från 1998 reviderades de tidigare beräkningarna, eftersom vissa antaganden modifierats och de statistiska metoderna förfinats (se Olsson et al 2001). För 1979 anges numera antalet personer med ett tungt missbruk ha uppgått till 15 000 (med ett intervall på 13 500–16 500), och för 1992 till 19 000 (17 000–20 500). År 1998 beräknades antalet uppgå till 26 000 (24 500–28 500).

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

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

Medelåldern i kartläggningarna ökade från 27 (1979) via 32 (1992) till 35 år 1998. I diagram 27 (och tabell 63) redovisas en mer detaljerad bild av åldersutvecklingen. Det framgår att antalet missbrukare i grupperna 30 år och äldre var störst 1998 (drygt 18 000). Antalet under 30 år var störst 1979 (ca 10 300

personer). År 1992 uppgick de till 6 000 men 1998 hade gruppen under 30 år åter ökat och utgjorde 7 600 personer. Även sett till de under 20 år hade nedgången brutits eftersom de ökat från 300 personer 1992 till 800 1998. I Socialstyrelsens uppskattningar av det tunga missbrukets omfattning ligger medelåldern runt 37 år 1998–2004.

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

En annan stor förändring är att heroinet ökat i betydelse sedan 1979. Andelen som använt detta senaste 12 månaderna var 30, 34 respektive 47%. Femton procent hade opiater som dominerande drog 1979, vilket ska jämföras med 26% 1992 och 28% 1998. Skillnaden mellan andelen med amfetamin respektive heroin som dominerande drog hade därmed nästan försvunnit. Andelen som angett ha cannabis som dominerande medel har minskat kraftigt, från

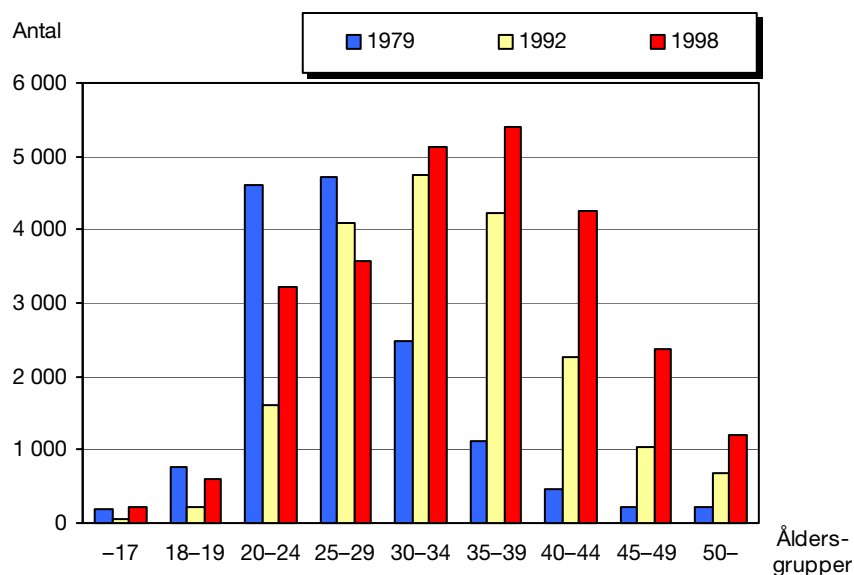


Diagram 27. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk. 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000). (Tabell 63)

33% 1979, 17% 1992 till 8% 1998. Förändringen vad det gällde att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna var mindre (61, 66 respektive 54%).

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

Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt görs ett försök att analysera missbruksutvecklingen med hjälp av indikatorer. Att det moderna narkotikamissbruket etablerades under senare delen av 1960-talet framgår bl a av utvecklingen för narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott (tabellerna 52 och 64).

Den topp som brottsanmälningarna uppvisade 1969 återspeglar dock inte bara ett ökande narkotikamissbruk utan också effekterna av den nya narkotikastrafflagen och de (tillfälligt) utökade polisresurserna, d v s ett resultat av samhällets ökande intresse för frågorna med åtföljande resursförstärkning för bl a kontroll. Noterbart i tabell 64 är att de nedlagda polisresurserna på narkotikaärenden aldrig varit mer omfattande än perioden 2003–2005 (över 1 000 årsarbetskrafter).

Under de första åren av 1970-talet förefaller det som om utvecklingen stabiliserades. Antalet fall av hepatit minskade t ex påtagligt mellan 1972 och 1973 (tabell 79), vilket skulle kunna vara ett tecken på ett stabiliserat injektionsmissbruk. Vidare låg den narkotikarelaterade dödligheten t o m 1977 på en relativt jämn, och låg, nivå (runt 35 avlidna per år enligt tabell 82).

Under andra hälften av 1970-talet tycks nyrekryteringen enligt flertalet indikatorer ha ökat på nytt, man kan t ex notera en markant ökning av den narkotikarelaterade dödligheten. Vidare inträffade en topp i antalet hepatitsmittade 1975–1977. Detta hänger sannolikt samman med att heroinet under denna tid blev allt vanligare, vilket illustreras av att heroinbeslagen ökade (tabell 56).

I diagram 28 visas utvecklingen av antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till invånarantalet och har indexerats med 1985 satt till 100 (tabellerna 52, 67 och 82). Framförallt de kriminalstatistiska uppgifterna visar en mycket påtaglig topp under början av 1980-talet. Antalet anmälda brott mot narkotikastrafflagen ökade (tabell 64), liksom antalet personer misstänkta för narkotikabrott. Av diagrammet framgår också att antalet narkotikabeslag steg kraftigt (tabellerna 52–57). Även de narkotikarelaterade dödsfallen ökade, liksom antalet narkotikamissbrukare inom kriminalvården (tabellerna 74–76).

Narkotikautvecklingen

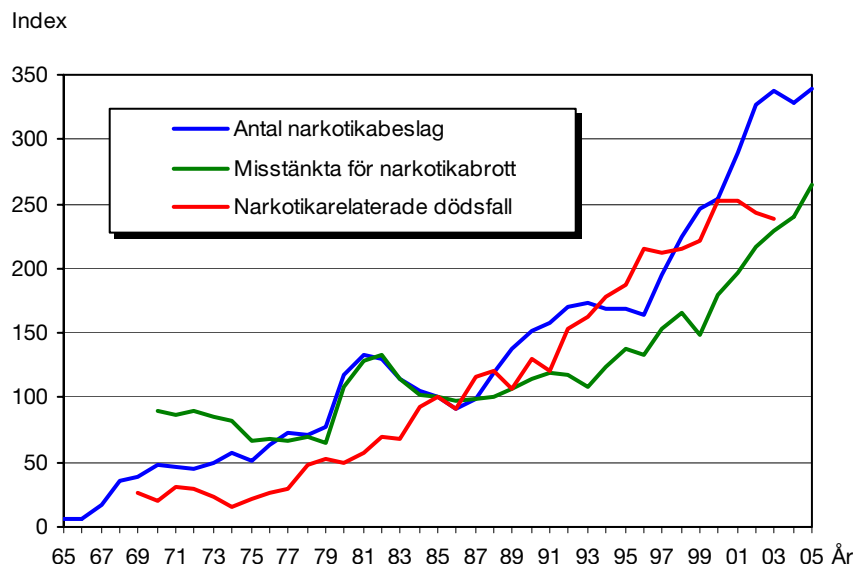


Diagram 28. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2005. Index 1985=100. (Tabellerna 52, 67 och 82)

Som tidigare nämnts kan rättsstatistiska uppgifter i hög grad spegla omfattningen av myndigheternas arbetsinsatser och inriktning. 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 fortsatte under 1990-talet (Brå 2003).

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

I likhet med de tidigare presenterade kartläggningarna pekar flertalet indikatorer på att utvecklingen under 1990-talet var ogynnsam. Till exempel fördubblades antalet som årligen vårdats för narkotikarelaterade diagnoser 1987–2001, från ca 4 500 personer till 9 100 (diagram 31 och tabell 77). Under slutet av 1990-talet tillkom årligen ca 4 400 nya individer som inte tidigare vårdats för narkotikamissbruk, att jämföra med 2 900 för 1992 (se gärna tabellkommentarerna angående måttet förstagångsvårdade).

Under 2000-talet har antalet förstagångsvårdade sjunkit något och uppgick till 3 900 år 2004. Även totala antalet individer narkotikavårdade har sjunkit under 2000-talet, från 9 100 2001 till 8 600 år 2004.

Antalet narkotikarelaterade dödsfall fördubblades under 1990-talet, men även denna uppgång förefaller ha hejats och stabiliserats under 2000-talets första år, på runt 400 dödsfall om året (tabell 82 och diagram 33). Detta är en dubbel så hög nivå som under början 1990-talet.

Förklaringar till ökningarna av sjuk- och dödligheten under 1990-talet, förutom att missbrukarna ökat i antal, kan vara en ökande sårbarhet hos en åldrande missbrukspopulation samtidigt som dessa har kommit att använda allt farligare droger och drogkombinationer. En viss försiktighet vid jämförelser över tid bör också iakttas p g a ändringar i diagnosklassificeringarna (se även tabellkommentarerna). En förklaring till att ökningen av den narkotikarelaterade dödligheten upphört i sin tur, och rent av vänts i en liten nedgång 2001–2003, kan vara utökad användning av substitutionsbehandling för opiatmissbrukare.

För hepatit C gäller att antalet årligen anmälda smittade intravenösa missbrukare sjunkit kontinuerligt och mer än halverats sedan 1990-talets början, då sådan diagnos blev möjlig. Siffran för 2005 (ca 1 100 intravenöst smittade personer) är det hittills lägsta antalet inrapporterade fall. Även antalet intravenöst hiv-smittade missbrukare minskade successivt under 1990-talet, från 43 personer 1990 till 16 år 2000. De fem senaste åren innebär dock ett negativt trendbrott med i genomsnitt 30 hivsmittade missbrukare årligen anmälda.

Antalet narkotikabeslag uppgick till drygt 23 000 år 2005, vilket är den högsta siffran och närapå en tredubbling jämfört med 1990, trots att färre preparat redovisas i dagens beslagsstatistik (tabell 52). Antalet personer misstänkta för narkotikabrott har ökat med 150% perioden 1990–2005 och närmade sig 19 000 det sistnämnda året (tabell 65). Huvudsakligen är det de lindrigare brotten innehav respektive eget bruk av narkotika som står för ökningen medan andelen överlåtelsebrott sjunkit från 28 till 12% samma period.

Även narkotikalagföringarna ökade med närmare 150% mellan 1990 och 2004 och uppgick till bortåt 18 000 det sistnämnda året (tabell 68). Mellan 1975 och 1993 minskade andelen lagförda som var under 25 år, från 67 till 20% (diagram 29). Därefter har en ökning skett och under 2000-talet har andelen unga uppgått till ca 36%. I absoluta tal har antalet yngre mer än fördubblats sedan 1993, från ca 1 500 till 6 400. Äldre åldersgrupper har också ökat kraftigt och andelen lagförda 40 år och äldre har ökat från 3% 1975, 12% 1990 till 24% år 2004 (motsvarande 4 250 personer sista året).

Av diagram 29 och tabellerna 70–72 framgår att de yngres andel ökat i lagföringsstatistiken, i synnerhet för cannabis. Lagförda för centralstimulantia respektive opiater är generellt äldre, och trendbrottet med en större andel yngre

är inte lika tydligt och kom dessutom något senare. Under 2000-talet har dock en fjärdedel av de opiatlagförda varit 24 år eller yngre, jämfört med 15% under det tidigare 1990-talet. I absoluta tal har gruppen femdubblats mellan 1990 och 2004.

Mot ovanstående kriminal- och rättsstatistiska uppgifter skall ställas de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk samt att antalet poliser sysselsatta med narkotikabrott ökat (tabell 64). Till exempel har antalet provtagningar på personer misstänkta för eget bruk av narkotika ökat kontinuerligt från ca 6 400 1994 till 21 300 år 2005 enligt uppgifter från RMV.

Följaktligen har antalet narkotikamissbrukare inom frivården en viss dag (1 april) ökat, från 3 400 till drygt 5 200 mellan 1990 och 2005 (tabell 74). Även antalet narkotikamissbrukare i anstalt har enligt dessa tvärsnittsmätningar ökat samma period, från 1 600 till 2 500 (tabell 75). Enligt tabell 76 intogs under 2005 totalt ca 10 700 individer i anstalt under året. Över 60% av dessa bedömdes vara narkotikamissbrukare, varav bortåt tre fjärdedelar grava missbrukare. I början av 1990-talet bedömdes endast ca 30% av de intagna vara narkotikamissbrukare. Över en femtedel av de intagna 2005 hade narkotikabrott som huvudbrott. Detta innebär att narkotikabrott för första gången var det vanligaste huvudbrottet bland de intagna, tidigare år var tillgreppsbrott vanligast (Kriminalvården 2006).

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

För de allra senaste åren finns dock några källor som pekar på stabiliseringar eller rent av minskningar. Slutenvårdssiffrorna viker nedåt sedan ett par år, vilket förvisso kan vara ett resultat av övergången till öppenvård. Narkotikadödsfallen har slutat öka och har t o m minskat något efter 2001 – vilket förvisso kan vara resultatet av en utökad substitutionsbehandling för heroinister. Tillgängligheten på flera vanligare narkotikasorter förefaller dock vara stabilt god under 2000-talet med hänsyn till pris- och beslagsutvecklingen. Att de kriminalstatistiskt relaterade uppgifterna ökar är otvetydigt, men kan förutom ett ökat missbruk förklaras av att rättsapparaten satsar alltmer resurser på att lagföra enskilda narkotikaanvändare. Någon säker bedömning av utvecklingen av det tunga missbruket är alltså svår att göra utifrån tillgängliga indikatorer, men det går hursomhelst inte att finna några uppenbara tecken på större minskningar av detta även om 1990-talets ökning i alla fall klingat av.

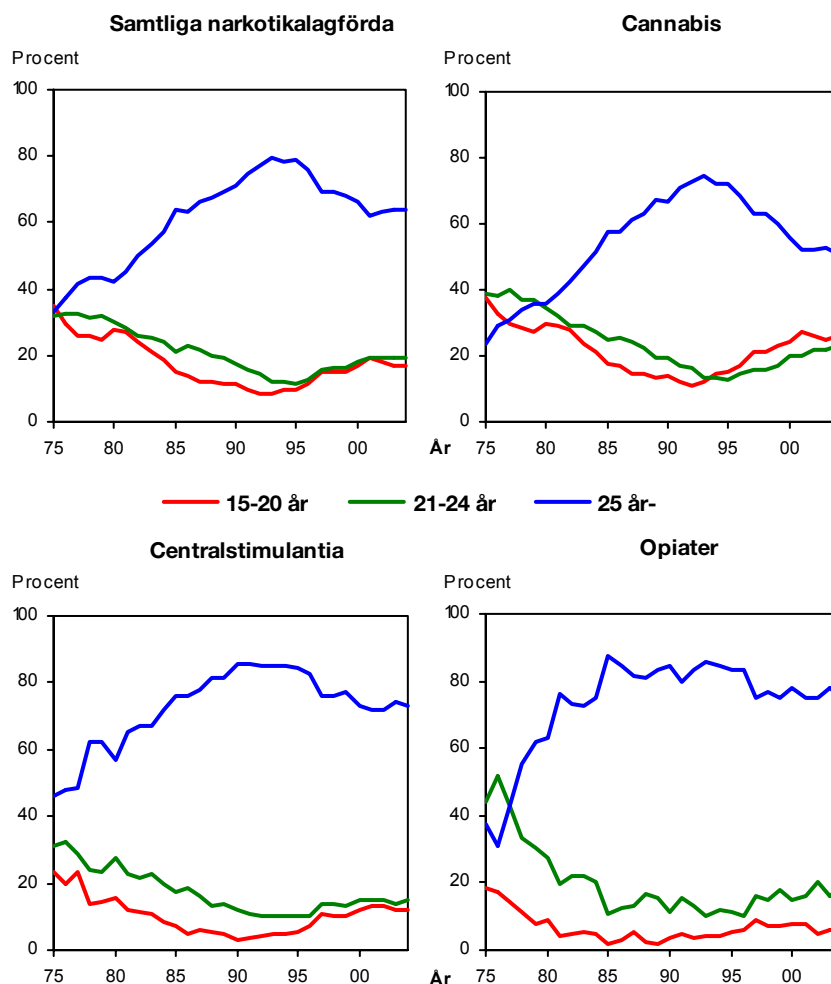


Diagram 29. Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia eller opiater. 1975–2004. (Tabellerna 68 och 70–72)

Könsskillnader

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

Av tabell 68 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–2004 stadigt har legat runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats

för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2003 har också varit tämligen stabil, men väsentligt högre (runt 34% enligt tabell 77). I de tidigare omnämnda beräkningarna av utvecklingen av tungt missbruk som utgick från slutenvårdsdata fann man att andelen kvinnor legat runt 36% åren 1988–2003 (SOU 2005:82). I statistiken gällande personer som t o m 2005 inrapporterats som hiv-smittade via intravenöst missbruk har andelen kvinnor varit lägre och uppgått till 28% (tabell 80).

Av tabell 82 framgår att kvinnornas andel av de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort 26% 1969–2003. Till och med 1996 fluktuerade andelen omkring 30%, men därefter sjönk kvinnornas andel till ca 20%.

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

Regionala skillnader

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

Stockholm

Enligt de nationella kartläggningarna har Stockholms kommun alltid legat ungefär dubbelt så högt jämfört med riket i antal missbrukare per invånare 15–54 år. År 1998 fann man 1 026 i Stockholm mot 550 i hela landet (diagram 30). Detta motsvarar totalt runt 4 800 personer i Stockholms kommun. Sedan 1998 ligger värdet för övriga Stockholms län över rikssiffran och uppgick till 628 missbrukare per invånare 15–54 (ca 4 000 personer totalt). Av tabell 78 framgår att Stockholms län alltsedan 1987 stått för en dryg tredjedel av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen och denna siffra överensstämmer någorlunda väl med kartläggningarna.

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

2005:16 för Stockholms läns del också beträffande fördelningen av narkotikalagföringar i riket.

Narkotikadödligheten, som den redovisas enligt den europeiska standard narkotikaobservatoriet i Lissabon efterfrågar (se tabellkommentarerna) redovisas fördelad på län i tabell 83. Denna statistik visar att Stockholms län bidrog med hälften av dödsfallen i landet 1987–1996 men att andelen därefter minskat och 2003 uppgick Stockholms bidrag till en tredjedel. Stockholms andel av intravenösa hiv-fall är dock desto större och har t o m 2005 uppgått till närmare tre fjärdedelar.

Malmö/Skåne

Enligt tabell 83 ligger narkotikadödligheten i Skåne län på en högre nivå fr o m 1996, från att ha stått för 10% av dödligheten till att numer bidra med drygt 20% av dödsfallen (tabell 83). Enligt tabell 78 har länet alltsedan 1987 stått för runt 13% av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen i Sverige. I skattningen i SOU 2005:82 utifrån slutenvårdsdata står länet för närmare 15% av antalet tunga narkotikamissbrukare i Sverige. Sex procent av dem som inrapporterats vara hiv-smittade med intravenös smittväg kom från f d Malmöhus län. Tyvärr går inte denna källa att bakåtkomplettera med Kristianstads län för att på så sätt generera en ett värde för hela Skåne län, men en sådan komplettering skulle inte påverka andelen särskilt mycket.

Av ”Narkotikastatistik 2004” (Brå 2005) framgår att Skåne även detta år var det län med flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (267 per 100 000). Strax under 20% av alla narkotikalagföringar härrör från Skåne län. Utöver detta är, kanske föga förvånande, Skåne det län som bidrar med merparten av alla personer som misstänkts för narkotikasmuggling, även om andelen sjunkit från 74% 1977 till 57% 2005 (tabell 66).

Satt i relation till folkmängden har Malmö kommun alltsedan slutet av 1970-talet haft den största förekomsten av tungt missbruk (diagram 30). År 1998 uppgick antalet personer med tungt missbruk till 1 080 per 100 000 invånare 15–54 år (vilket motsvarar ca 1 600 personer). Detta är högre än såväl 1979 som 1992.

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

Narkotikautvecklingen

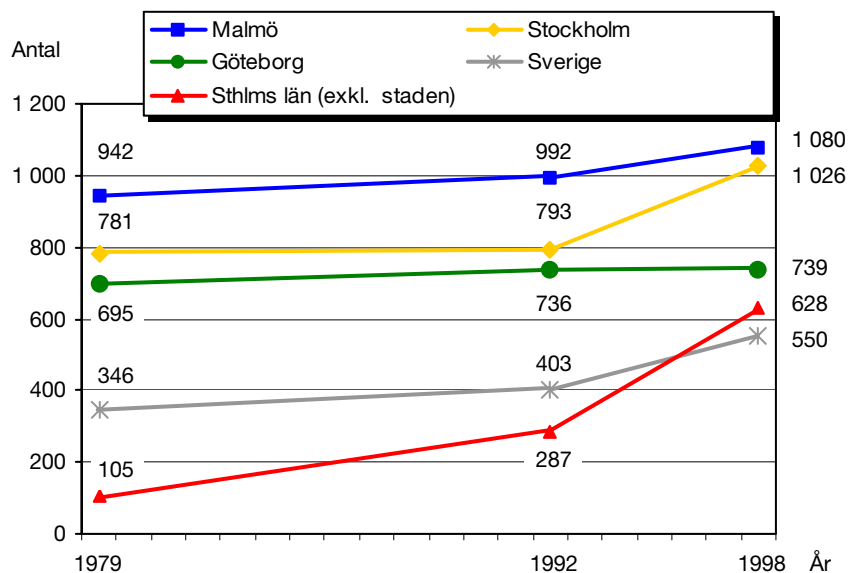


Diagram 30. Antal personer med tungt narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001)

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

Göteborg/Västra Götaland

Enligt diagram 30 har antalet missbrukare – relaterat till invånarantalet – alltid legat över riksgenomsnittet för Göteborgs kommun, samtidigt som det legat relativt stilla under perioden 1979–1998. Sistnämnda året beräknades antalet personer med tungt missbruk till 739 per 100 000 invånare 15–54 år (motsvarande ca 2 100 personer eller 8% av rikets tunga missbrukare).

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

Åren 1987–2005 har Västra Götalands län även bidragit med konstanta 17% av alla vårdtillfällen för narkotikamissbruk (tabell 78) och till ca 10% av alla narkotikarelaterade dödsfall, enligt tabell 83. Bakom dessa konstanta procentsatser ligger dock en två-tredubbling i absoluta tal, men från en relativt låg nivå.

Övriga landet

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

Andelen misstänkta för narkotikabrott som inte bor i storstadslän har ökat från ca 30% i början av 1990-talet till ca 40% under 2000-talet (tabell 66). Med tanke på att hälften av landets befolkning är bosatt i något av storstadsläna så kan man fortfarande notera en viss underrepresentation för övriga landet vad gäller narkotikabrottsligheten.

Andra data som tyder på en ökning även i relativa tal utanför storstadsläna är en uppgång av utskrivningar i narkomanidiagnoser, från 32 till 37% 1987–2005 i icke storstadslän (tabell 78). Vad gäller dödsfallen enligt tabell 83 går det inte att utläsa någon tydlig trend, även om en viss ökningstendens kan noteras. Andelen narkotikarelaterade dödsfall utanför storstadsläna för det senaste tillgängliga året (2003) var 35% och utgjorde därmed den högsta siffran sedan 1987. Således har skillnaderna utjämnats något även narkotikamissbruk främst är ett storstadsfenomen alltså.

Sociala faktorer

Det är med drogmissbruk som med andra hälso- och sociala problem sällan fråga om en enskild bakomliggande orsak. Sambanden är komplexa och varierar dessutom på individ-, grupp-, och samhällsnivå. En individs drog användning är resultatet av en interaktion mellan individuella egenskaper och miljöfaktorer. Frånsett att droganvändning är kriminell i sig hänger drogmissbruk och kriminalitet många gånger samman. Men trots att många kriminella använder droger och att många missbrukare är kriminella finns det ofta gemensamma bakomliggande förklaringar såsom fattigdom, brist på framtida karriärmöjligheter, dåligt självförtroende och låg social integration (UNDCP 2000).

Missbrukare skiljer sig som grupp från icke missbrukare på ett antal områden, även om detta inte utesluter att en enskild individ kan utveckla ett missbruk oavsett under vilka omständigheter denne lever eller vilka personliga egenskaper han eller hon har. Solarz (1990) påvisar att det finns signifikanta samband mellan missbruk och ett antal sociala variabler. Om man rangordnar

dessas blir listan följande: bruk av andra droger, kriminellt beteende, relationen till föräldrarna, skolprestation, personliga egenskaper och fritidsanpassning.

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

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

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

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

Vård, sjuklighet och dödlighet

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

Med en ambition att uppnå varaktig drogfrihet har Sverige tidigare byggt mycket av insatserna på långa institutionsbehandlingar, medan insatser med lägre krav på missbrukarna att uppnå drogfrihet fick lägre prioritet (Folkhälsoinstitutet 1993). Under 1990-talet skedde en övergång från längre till kortare vårdtider och en övergång från institutions- till öppenvårdsinsatser. Samti-

digt har också ekonomiska nedskärningar skett och vårdens totala omfattning och innehåll svarar inte alltid mot behovet (SOU 2000:126).

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

Socialtjänstvård

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

För socialtjänstens insatser är det bara i tvångsvårdsstatistiken (LVM-vård) det går att finna uppgifter om den mera långsiktiga utvecklingen av den narkotikarelaterade vården eftersom statistiken över frivilligt vårdade enligt socialtjänstlagen (SoL) inte särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbruk. Från det att LVM trädde ikraft år 1982 ökade antalet tvångsvårdade en viss dag (1 november) med narkotika i sin missbruksbild från några enstaka personer 1983 till runt 300 i mitten på 1990-talet. Därefter har LVM-insatserna för narkotikamissbruk minskat kraftigt och legat runt 130 personer under 2000-talet (tabell 36). Minskningen beror inte på att missbruket minskat utan handlar snarast om ändrade prioriteringar.

Utöver tvångsvården var 2 700 personer frivilligt intagna på institution den 1 november 2005 för någon form av missbruk, en nedgång från ca 4 300 personer vid mättillfället 1989 (tabell 35). Samma år gjordes även någon form av öppenvårdsinsats på missbruk i 12 200 fall, liksom 5 800 biståndsärenden avseende boende (Socialstyrelsen 2006b). Statistiken för dessa tre åtgärder särskiljer dock inte mellan alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel och grupperna kan heller inte adderas eftersom de delvis överlappar varandra.

Sedan 1999 redovisar Socialstyrelsen (2004) vartannat år också uppgifter över behandlingsinsatser av mera målinriktad karaktär med syfte att åstadkomma en förändring i missbruksbeteendet (alltså ej endast insatser i form av tillnyktring, skyddat boende, arbets träning eller liknande) för klienter med

alkohol- eller drogmissbruk som utförts av enheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården eller av privata och ideella vårdgivare.

Vid senaste mätningen (1 april 2003) fanns 23 500 personer i sådan missbruksbehandling (närmare 30 000 med bortfallskorrigerings). För 55% av klienterna gällde behandlingen (åtminstone) narkotika. Detta innebär att bortåt 16 500 personer vårdades målinriktat för narkotikamissbruk en given dag 2003, om man utgår från den korrigerade siffran. Totalt redovisades närmare 3 400 injektionsmissbrukare stå under behandling (ej bortfallskorrigerat). Jämfört med 1999 hade narkotikan ökat något på bekostnad av alkoholen.

Kriminalvård

Inom frivården har ökningen av antalet narkotikamissbrukare varit kontinuerlig sedan slutet av 1960-talet. De har en viss dag (1 april) ökat från ca 2 000 under 1970-talet till ca 5 200 år 2005 (tabell 74). Andelsmässigt utgör de enligt tvärsnittsmätningarna idag 46% av frivårdsfallen, mot tidigare 10–15% (Kriminalvården 2006). Sedan 1988 kan narkotikamissbrukare som alternativ till att dömas till fängelse få hjälp för sina missbruksproblem genom sk kontraktsvård. Antalet klienter som dömdes till kontraktsvård 2004 var närmare 1 200 och antalet har enligt Kriminalvårdens redovisningar pendlat mellan 1 100–1 300 alltsedan 1993 (Kriminalvårdsstyrelsen 2005).

Många narkotikamissbrukare döms även till fängelsestraff. Den årliga skattningen av den 1 april visar att antalet intagna narkotikamissbrukare en viss dag ökat, från drygt 1 100 under 1970-talet till rekordsiffran 2 500 år 2005. Narkotikamissbrukarna utgör sedan millennieskiftet majoriteten av alla intagna och uppgick till 55% år 2005. Detta är en kraftig andelsökning jämfört med exempelvis 1980-talet då siffran var 35%, eller 1970-talet då andelen var ca 25% (tabell 75).

För att i någon mån kunna möta det stora vårdbehovet finns ett antal motivations- och behandlingsplatser på anstalterna. Av dem som bedömts ha missbruksproblem befann sig en given dag under 2004 knappt hälften av dem i någon form av verksamhet riktad mot drogproblem (Kriminalvårdsstyrelsen 2005). Inkluderas även vistelser i hem för vård och boende respektive familjehem (§ 34-placeringar) stiger siffran till 54%. I början av 2000-talet låg den totala andelen under 30% och under andra hälften av 1990-talet runt 40%.

Det kan således konstateras att under en given dag 2005 var det, oräknat dem i häkte, över 7 600 personer med drogproblem som var föremål för kriminalvård och detta är den högsta siffran någonsin. Såväl i absoluta som relativa tal är det också idag fler personer som är föremål för riktade insatser mot missbruksproblem jämfört med situationen för fem år sedan.

Sjuklighet

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder missbruk till allvarliga komplikationer och i värsta fall till döden. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större än för normalbefolkningen i motsvarande åldrar. Orsakerna är flera, men kan schematiskt indelas i tre grupper: komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter, administrationssättet, d v s det sätt på vilket narkotikan intas, samt allmänna förhållanden i missbrukarnas livsföring. Ofta spelar psykisk ohälsa, blandmissbruk, svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld etc större roll för sjukligheten än preparaten i sig.

Avgiftningar och vård av psykiatriska samt andra komplikationer till följd av narkotikamissbruk utförs inom sjukvården. Antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården fördubblades under perioden 1987–2001 (till 15 600). Som synes gäller detta även antalet unika individer som årligen vårdats (ca 9 100 enligt tabell 77 och diagram 31). År 2005 vårdades 8 600 personer vid totalt 15 000 tillfällen, vilket innebär nedgångar med 6 respektive 4% jämfört med 2001. Antalet vårdtillfällen per person och år har varit 1,7 alltsedan 1987.

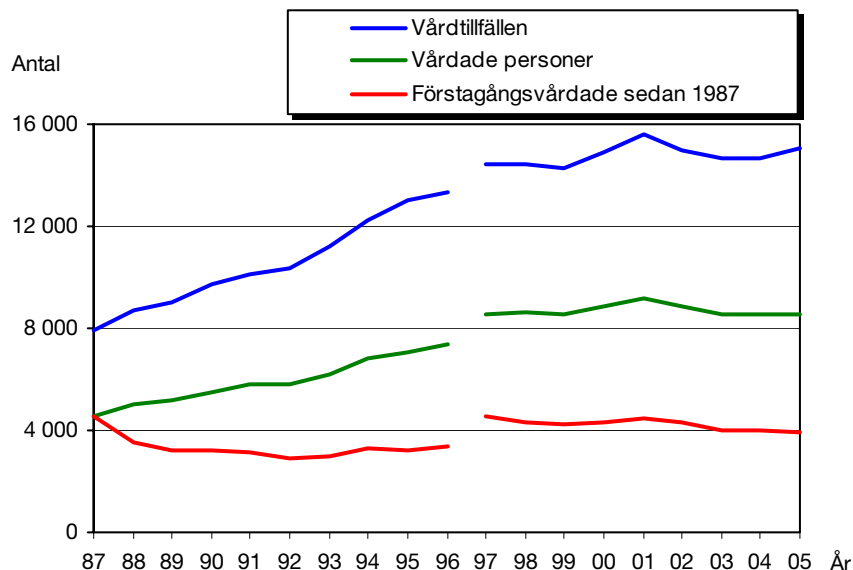


Diagram 31. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2005. (Tabell 77)

Ett mått på nyrekryteringen till missbruk är att följa antalet som vårdas för första gången någonsin. I början är tidsserien i diagrammet missvisande hög därför att det saknas möjlighet att göra länkningslängre tillbaks i tiden än 1987. Under den första hälften av 1990-talet, när denna effekt torde vara försumbar, låg antalet årligen nytillkomna klienter runt 3 100. Efter att nya diagnosklassifikationer infördes 1997 ökade antalet till runt 4 500 personer och låg därefter runt 4 300 t o m 2002. Därefter har antalet förstagångsvårdade legat på en något lägre nivå (ca 4 000 personer).

Någon förklaring till nedgångarna de senaste åren är inte given, det kan handla om en faktisk minskning av vårdbehovet såväl som att missbrukarna styrt över till andra och öppna vårdformer. Att antalet förstagångsvårdade sjunkit de senaste åren kan dock vara en indikation på minskad nyrekrytering. Till följd av ICD-kodsbytet 1997 har alla linjer i diagrammet brutits detta år.

Den sedan länge vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C (tabell 79). Vissa studier tyder på att upp till så många som 80–90% av narkomanerna kan bära på HCV-virus (Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen 1999 och ECNN 2003).

Den kraftiga ökningen av antalet HCV-fall mellan 1990 och 1992, från 280 till 3 200 fall, beror främst på att personer som länge burit på antikroppar då kunde diagnostiseras. Sedan 1990-talets början har antalet injektionsmissbrukare diagnostiserade med HCV minskat (1 100 år 2005), liksom det totala antalet anmälda fall (1 700 samma år). Totalt har sedan 1990 närmare 26 000 personer anmälts som smittade via intravenöst missbruk till Smittskyddsinstitutet och detta utgör omkring två tredjedelar av samtliga inrapporterade HCV-fall.

Hepatit B, den klassiska ”kanylsoten”, är idag av klart mindre omfattning än hepatit C. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga hepatit B-fall har sedan 1990-talet ökat från drygt en tredjedel till runt hälften under 2000-talet. Totalt diagnostiserades 217 hepatit B-fall under 2005, varav 83 p g a injektionsmissbruk (tabell 79).

Den smitta och sjukdom som under de senaste 20 åren kanske allra mest förknippats med intravenöst missbruk är hiv och aids. De första hiv-positiva narkomanerna diagnostiserades 1985, många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt anmälda hiv-positiva med intravenös smittväg rapporterades därför redan under 1985 och 1986 (sammanlagt 346 fall enligt tabell 80 och diagram 32). Mellan 1987–2000 sjönk antalet mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till något 16-tal fall per år. De fem senaste åren har antalet intravenöst smittade personer legat på en högre nivå och i genomsnitt har ca 30 fall årligen anmälts.

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

Sådana faktorer, tillsammans med det faktiska antalet injektionsmissbrukare, förklarar skillnaden i antalet hiv-smittade missbrukare i olika regioner. Enligt tabell 81 har Stockholms län totalt genom åren stått för 72% av de inrapporterade fallen. Göteborg och Bohusläns landsting har rapporterat 3% av fallen, Malmöhus landsting 6% och övriga riket 18% av fallen. Totalt har hittills närmare 1 000 personer rapporterats smittade via intravenöst missbruk och majoriteten av dessa smittillfällen har skett i Sverige. Medelåldern bland de smittade var 35 eller strax därunder före 1995 men ligger sedan dess runt 38 år.

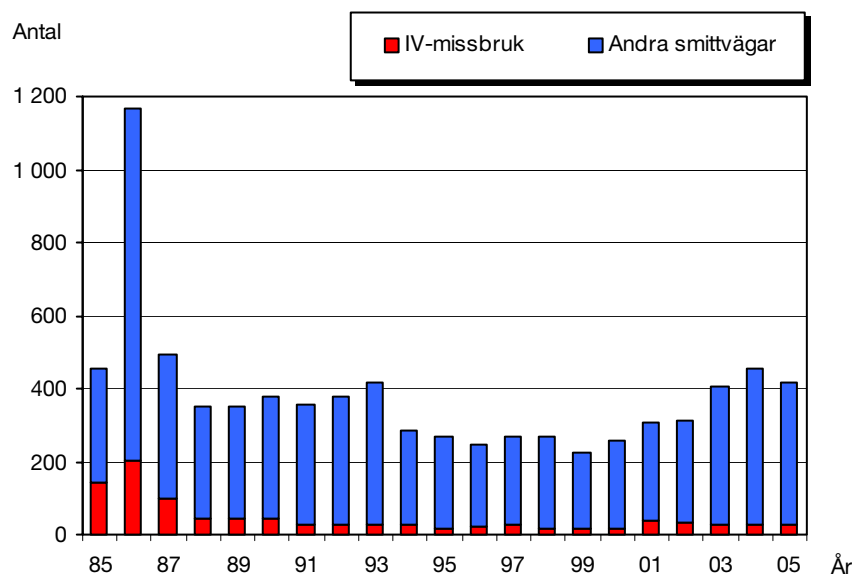


Diagram 32. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2003. (Tabell 80)

Dödlighet

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

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

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

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

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå, runt 35 enligt tabell 82 och diagram 33. Därefter har antalet ökat kraftigt, bl a beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige och på en ökande sårbarhet och sjuklighet i och med att missbrukspopulationen successivt åldrats. Sedan år 2000 har det årligen noterats runt 400 dödsfall.

Skärskådar man perioden 2001–2003 kan dock en nedgång om 4% skönjas. Noterbart är att minskningen främst kan hänföras till gruppen 30–39 år, där antalet dödsfall minskat med 33% mellan 2001 och 2003. ECNN noterar att tillgången på behandling, framför allt substitutionsbehandling, är en av de viktigaste åtgärderna för att minska antalet narkotikarelaterade dödsfall, och

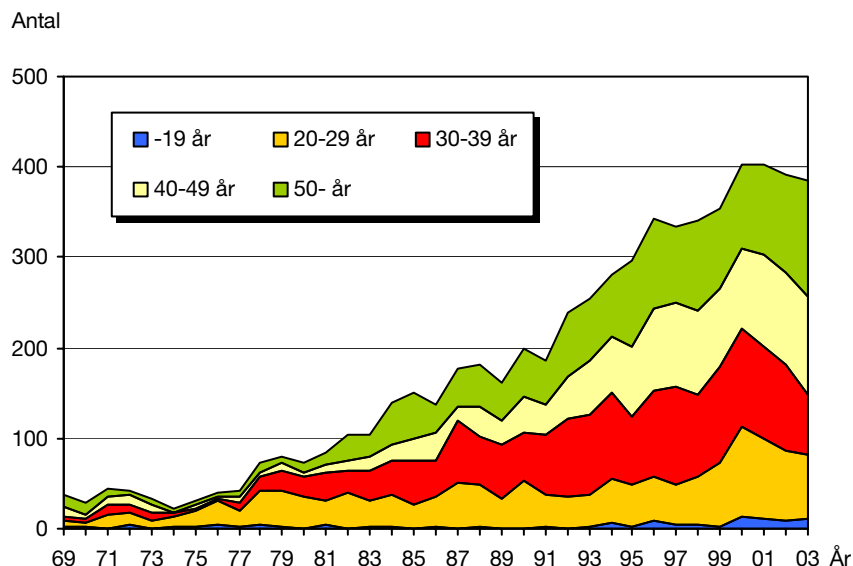


Diagram 33. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2003. (Tabell 82)

eventuellt kan introduktionen av Subutex i Sverige ha bidragit till att ökningen hejdats och vänts i en liten nedgång.

Under 2000-talet har årligen i genomsnitt närmare 100 personer under 30 år avlidit i narkotikarelaterade dödsfall, en historiskt mycket hög siffra. Detta tyder på att de ökande dödstalerna inte enbart kan förklaras med en åldrande och sjukligare missbrukspopulation, utan även av ett inflöde av nya yngre missbrukare.

Som jämförelse till Socialstyrelsens index presenteras i tabell 83 det diagnosurval som rekommenderas av ECNN. Detta mått – DRD-standard version 3.0 – har tagits fram för att öka jämförbarheten mellan länder. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från EUs rekommendationer. I Sverige exkluderas förgiftningar med dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta medel med sin höga toxicitet leder till många förgiftningsfall, samtidigt som det inte används i så stor utsträckning i andra Europeiska länder. (Enligt Läkemedelsverket bedöms dextropropoxifen årligen ha orsakat eller bidragit till ca 200 dödsfall 1992–1999, medan antalet fall sjunkit med 62% t o m 2003).

Den europeiska beräkningsmetoden fokuserar mera på underliggande dödsfall än den svenska, och genererar också lägre siffror. Däremot speglar båda måtten samma trend för de narkotikarelaterade dödsfallen; den procentuella

ökningen mellan 1987 och 2001 var ungefär lika stor för båda mätsätten, liksom nedgången mellan 2001 och 2003. I tabell 83 presenteras även en geografisk uppdelning, och det kan konstateras att uppgångar skett såväl i storstadslänen som i övriga län, och att storstadslänen – i synnerhet Stockholm – sedan 1987 stått för ca 75% av dödsfallen. Minskningen senare år beror främst på nedgångar i Stockholm och i någon mån i Skåne, medan uppgången fortsätter i icke storstadslänen.

Narkotikasituationen i andra länder

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

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

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

I diagram 34 (tabell 51) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

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

Narkotikautvecklingen

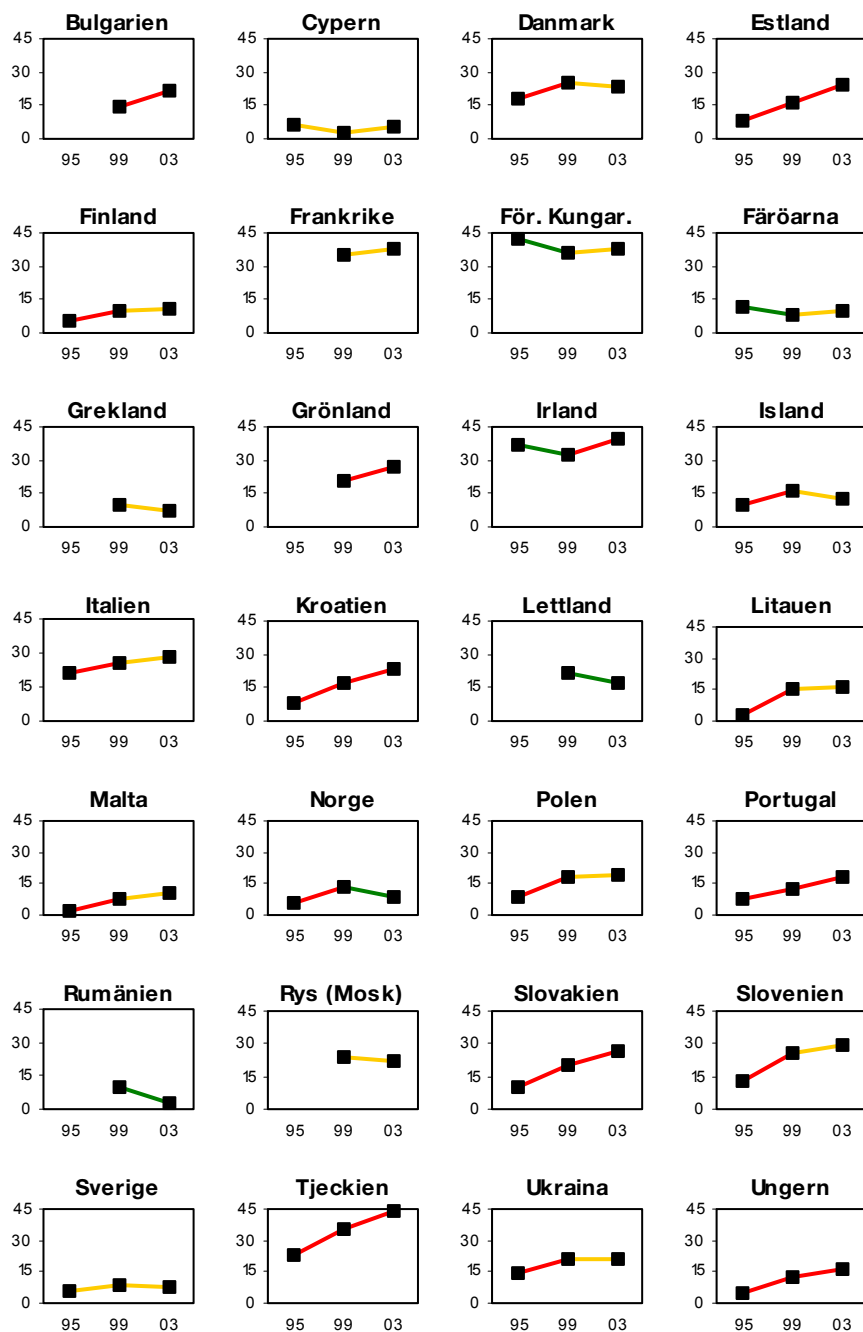


Diagram 34. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång provat narkotika. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 51)

Även ECNN menar att tillgänglig information huvudsakligen pekar på uppgångar i cannabisanvändning, i synnerhet bland ungdomar, under 1990-talet i nästan alla EU-länder men att vissa tendenser till minskning eller utplaning kan skönjas i flera länder under 2000-talet, speciellt länder där cannabis förekommit sedan en tid (ECNN 2005).

I USA utförs sedan många år regelbundna undersökningar av skolelevs drogerfarenheter (Johnston et al 2006). Dessa ger vid handen att den uppgång som skedde under första hälften av 1990-talet därefter bröts och att andelen elever i (motsvarande) årskurs 9 som provat narkotika låg runt 45% perioden 1996–2002. Sedan dess har andelen minskat och uppgick till 38% 2005.

I (motsvarande) gymnasiets andra årskurs ökade andelen i USA som provat narkotika, från 41% 1992 till 55% 1999. Därefter har siffran sjunkit något även i denna årskurs (till 50% 2005). För gymnasieelevernas del finns data från 1975 och jämför man trenderna bland dessa med svenska mönstrande artonåringar finner man att likheterna i utvecklingen de båda länderna emellan är slående. År 2005 svarade 17 respektive 23% i de nämnda amerikanska årskurserna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna.

När det gäller vuxnas erfarenhet av narkotika i olika europeiska länder finns en jämförelse i 2001 års rapport från ECNN. Bland de länder som ingick i jämförelsen var det framförallt Danmark och Storbritannien som redovisade högre nivåer (över 20% uppgav att de provat narkotika). De länder som redovisade lägre värden var Tyskland, Finland och Sverige (runt 10%). Flera europeiska stater har dock inte några aktuella undersökningar av denna typ.

I USA har 46% av befolkningen 12 år och äldre provat narkotika enligt deras hushållsundersökningar från 2005. Fjorton procent hade gjort så senaste 12 månaderna och 8% senaste 30 dagarna (SAMHSA 2006). För samtliga tre mått gäller att värdena varit oförändrade de senaste åren men att de är högre jämfört med 1900-talet.

I FNs rapport om drogsituationen i världen från 2005 uppskattades antalet personer som använt narkotika senaste 12 månaderna uppgå till 200 miljoner, eller 5% av alla 15–64-åringar. Cannabis är globalt sett den vanligaste drogen även om heroin konstateras orsaka de största problemen (UNODC 2005).

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 synen på missbruket i valet av definitioner som använts i olika undersökningar. Det är dessutom så att skillnaderna ofta är större inom ett visst land, mellan stad och landsbygd eller olika regioner, än mellan olika länder.

I ECNNs årsrapport för 2005 redovisas skattningar av det problematiska missbruket i ett antal länder, definierat främst i form av heroin- eller injektionsmissbruk men också långvarig, vanemässig konsumtion av centralstimulantia. Data hänför sig till olika år respektive undersökningstyper och osäkerhetsintervallen är dessutom olika stora i olika länder.

I rapporten anges dock att prevalensen av problematiskt missbruk förefaller vara högst i Danmark, Förenade kungariket, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien och Österrike med 6–10 eller flera ”problemmissbrukare” per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Länder som redovisade färre än fyra fall per invånare var Grekland, Nederländerna, Polen och Tyskland. Nyrekryteringen av heroinmissbrukare sägs ha minskat, åtminstone i de äldre EU-länderna.

Referenser

- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brå (2005). *Narkotikastatistik 2004*. Brå-rapport 2005:16. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brå (2003). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*. Brå-rapport 2003:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Ds 2004:6 (2004). *Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare*. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Ds S 1999:46 (1999). *Bostad sökes: en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet. Rapport till ESO – Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- Ds S 1977:8 (1977). *Undersökningar av narkotikavanor. En sammanställning från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- ECNN (2005). *Årsrapport 2005. Situationen på narkotikaområdet i Europa*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- ECNN (2003). *Årsrapport 2003. Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- Folkhälsoinstitutet (1993). *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Guttormsson U (2006a). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2005*. Rapportserie nr 94. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2006b). *Mönstrandens drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Goldberg T (2005). *Samhället i narkotikan*. Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevers drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L et al (2006). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Kassman A (1998). *Polisen och narkotikaproblemet. Från nationella aktioner mot narkotikaprofitörer till lokala insatser för att störa missbruket*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kriminalvården (2006). *Kriminalvård och statistik 2005*. Norrköping: Kriminalvården, Utvecklingsenheten.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2005). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2004*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Lenke L och Olsson O (1996). *Sweden: Zero tolerance wins the argument?* Ur *European drug policies and enforcement*, Dorn N, Jepsen J och Savona E (red). Wiltshire.
- Länsstyrelsen i Skåne län (2005). *Skåne-UNO 2004. En kartläggning av narkotikamissbrukets omfattning*. Sociala frågor, Skåne i utveckling 2005:6. Kristianstad: Länsstyrelsen i Skåne län.
- 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.
- Rask (2006). *CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser vinterhalvåret 2005–2006*. Rapportserie nr 96. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2005). *Narkotikasituationen i Sverige. Årsrapport 2004*. RKP/KUT Rapport 2005:6. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- Rikskriminalpolisen och Tullverket (2002). *Effektivare arbete mot narkotika – vilka vägar leder till framgång?* Rapport 2002:15 RKP KUT. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- SAMHSA (2006). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health. National findings*. Rockville, MD: SAMHSA, Office of Applied Studies.
- SCB (2005). *Illegal verksamhet – försöksberäkningar av prostitution, droger samt smuggling av alkohol och tobak*. SCB, NR-PM 2005:08.
- Socialstyrelsen (2006a). *Individ och familjeomsorg – lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2005*. Statistik, Socialtjänst 2006:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – ”IKB 2003”*. Statistik. Artikelnr 2004-125-3. www.socialstyrelsen.se.
- Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen (1999). *Hepatitis C. Strategidokument 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solarz A (1990). *Vem blir drogmissbrukare. Droger kriminalitet och kontroll*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Narkotikautvecklingen

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

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

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

Statens folkhälsoinstitut (2005). *Regionala data – Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2004*. HLV0505, www.fhi.se.

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

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

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

UNODC (2005). *World Drug Report 2005*. United Nations Office On Drugs and Crime.

Snifffningsutvecklingen

Inledning

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

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

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

Enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870), 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 snifffningsmedel också tvångsvårdas.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

De bästa kunskapskällorna om snifffningens utveckling och omfattning bland ungdomar utgörs av CANs regelbundna skolundersökningar (Hvitfeldt och Rask 2006) samt av mönstringsundersökningen bland 18-åriga män (Guttormsson 2006), vilka beskrivs närmare i metodkapitlet.

Sniffningsutvecklingen

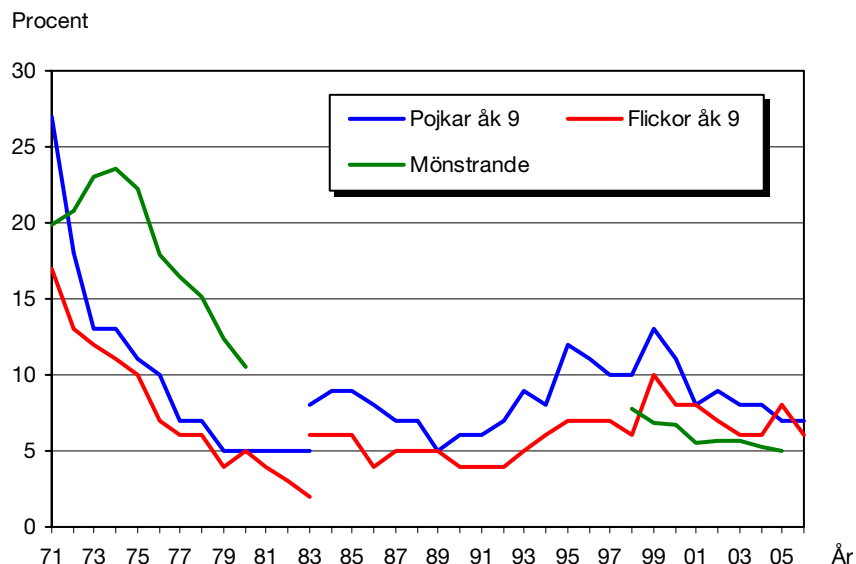


Diagram 35. Andelen elever i årskurs 9 respektive mönstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2006. (Tabellerna 84 och 85)

I tabell 84 och diagram 35 redovisas andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång. Frågeformuleringen ändrades så pass mycket 1983 att hälften av eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya för att utröna hur detta påverkade svaren. Två värden återges för detta år och svarsmonstret antog som synes en högre nivå med den nya frågeformuleringen. Detta innebär att 1970-talets nivåer i jämförelse med dagens i själva verket var ännu högre.

Under hela 1970-talet skedde en markant nedgång av sniffningen, vilken fortsatte även under 1980-talet. Omkring 1990 var sniffningserfarenheter tämligen ovanliga; då svarade ca 5% av eleverna att de prövat att sniffa. Tio år senare var andelen fördubblad, men under 2000-talet har sniffningen åter gått tillbaka och 2006 uppgår runt 6% av eleverna sådana erfarenheter. Även om situationen var den omvända 2005 är det normalt något vanligare med sniffningserfarenheter bland pojkarna än bland flickorna.

Av tabell 85 framgår även hur många elever som sagt att de fortfarande sniffrar. Frågan infördes 1986 och de följande åren uppgav någon procent detta, men sedan 1995 ligger andelen på ca 2%. Mera regelbunden sniffning hos skoleleverna är alltså relativt ovanlig och på ungefär samma nivå som att ha använt narkotika under de senaste 30 dagarna. Kategorin lim/klistor är ofta den vanligaste gruppen av sniffningsmedel, därefter kommer bensin/diesel och butangas/tändargas.

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de mönstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna sjönk nivåerna relativt kraftigt mot slutet av 1970-talet. Åren 1998–2005 har andelarna legat klart lägre än på 1970-talet, och dessutom minskat – från ca 8 till 5%.

Åren 1975–1999 fanns en fråga gällande sniffning under senaste tvåårsperioden i mönstringsformuläret och andelen som uppgav detta låg i regel runt 3%. (På grund av justeringar i frågeformuläret är inte frågan fullt jämförbar över tid – se tabellkommentarerna för närmare beskrivningar av frågeändringarna och dess effekter).

I CANs gymnasieundersökningar i årskurs 2 från 2004–2006 är det ca 7% av pojkarna och 5% av flickorna som svarar att de sniffat, varav ca hälften bara gjort det en gång samtidigt som någon enstaka procent säger att de fortfarande sniffar.

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

Förutom att de äldre ungdomarna kan ha glömt eller förtigit sniffningserfarenhet kan dessa också ha omvärderat handlingen, jämfört med hur de skulle ha rapporterat den i yngre år. Vidare hör kanske individer med sniffningserfarenheter dessutom till den grupp som riskerar att utveckla problem med droger, kriminalitet och liknande vilket gör att de senare i livet blir alltmer svårnådda i frågeundersökningar.

Vuxna

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

I tabell 36 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2005 har antalet tvångsvårdade en viss dag minskat från ca 750 till runt 200 (Socialstyrelsen 2006). De

Sniffningsutvecklingen

senaste sju åren har andelen tvångsvårdade där sniffning varit en del av missbruket uppgått till någon enstaka procent, medan motsvarande andel låg runt 3% i tidigare mätningar. Under hela 2005 var det totalt fyra personer som fick LVM-vård enbart för lösningsmedelsmissbruk, av totalt 876, och i ytterligare sex fall förekom det i kombination med andra droger.

År 1992 och 1998 genomfördes undersökningar om narkotikamissbrukets omfattning i Sverige (Olsson et al 2001). Antalet personer med tungt narkotikamissbruk beräknades till 19 000 respektive 26 000 dessa år (se även kapitel 3 och 7). I studierna ingick en fråga om missbruk av "lösningsmedel (thinner, gas, bensin)" förekommit de senaste 12 månaderna. År 1992 uppgavs för en procent av de tunga missbrukarna att sniffning förekommit, och motsvarande siffra för 1998 var 2%. Det är emellertid okänt vilken betydelse sniffningen har för missbruket som helhet, liksom det är oklart vilken kunskap rapportörerna egentligen har beträffande förekomsten av missbruk av lösningsmedel hos vuxna. Dock kan det konstateras att andelen med sniffningsproblematik i dessa kartläggningar var lika låg som bland LVM-vårdade.

Regionala skillnader

Tabell 14 visar sniffningserfarenheten hos skolelever i årskurs 9 respektive gymnasiets årskurs 2 i genomsnitt för perioden 2004–2006 fördelad på olika regioner (urvalet är för litet för att redovisa enstaka år liksom resultat för län med liten befolkning). Enligt tabellen var inte de regionala skillnaderna i sniffningserfarenheter särskilt stora. Med undantag för pojkarna i årskurs 9 var dock nivåerna något lägre i Södra Sverige (Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Hallands län). Ytterligare en liten skillnad var att bland gymnasiepojkarna var sniffningserfarenheten något förhöjd i de tre storstadslänen jämfört med övriga länsgrupperingar.

Enligt mönstringsundersökningen har sniffningserfarenheten tidigare tydligt avtagit med minskande befolkningstäthet men sedan ett par år är skillnaden mellan storstadsområden, tätorter och landsbygd i likhet med skolundersökningen tämligen liten. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 17 visar dock på en viss regional spridning då vissa län hade väsentligt högre värden. År 2005 återfanns de högsta siffrorna i Norrbottens och Gävleborgs län (ca 9%) och de lägsta i Kronobergs och Blekinge län (ca 3%).

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

I ungdomsintervjuerna (16–24 år) från 2003 gick det inte att finna några specifika skillnader i sniffningserfarenheter med avseende på befolkningstätheten. Ett intryck från dessa undersökningar är således att den geografiska spridningen av sniffningserfarenheten är relativt jämn men att värdena tenderar att vara något lägre i södra Sverige.

Sociala faktorer

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

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

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

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

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

Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet

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

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

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

I diagram 36 (tabell 51) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. Om förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

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

Data från nationella skolundersökningar i åldern 15–16 år i USA visar att sniffningserfarenheten ökade från 16 till 19% mellan 1991 och 1996, men att den därefter minskat till 13% 2005 (Johnston et al 2006). Värt att notera är att även i USA rapporterar äldre ungdomar, i 12th grade, lägre livstidsprevalenssiffror för sniffning jämfört med dem i 10th grade, liksom dessa i sin tur uppger lägre nivåer jämfört med dem i 8th grade.

Eftersom det i den amerikanska undersökningen är samma frågor och metodik i alla åldersgrupper antyder det, i linje med vad som sagts tidigare, att sniffning kan vara ett fenomen som förtigs, glöms bort eller omvärderas allteftersom ungdomarna blir äldre, samtidigt som ungdomar med sniffningserfarenhet i lägre utsträckning än andra tycks fortsätta att studera efter grundskolan.

Snifningsutvecklingen

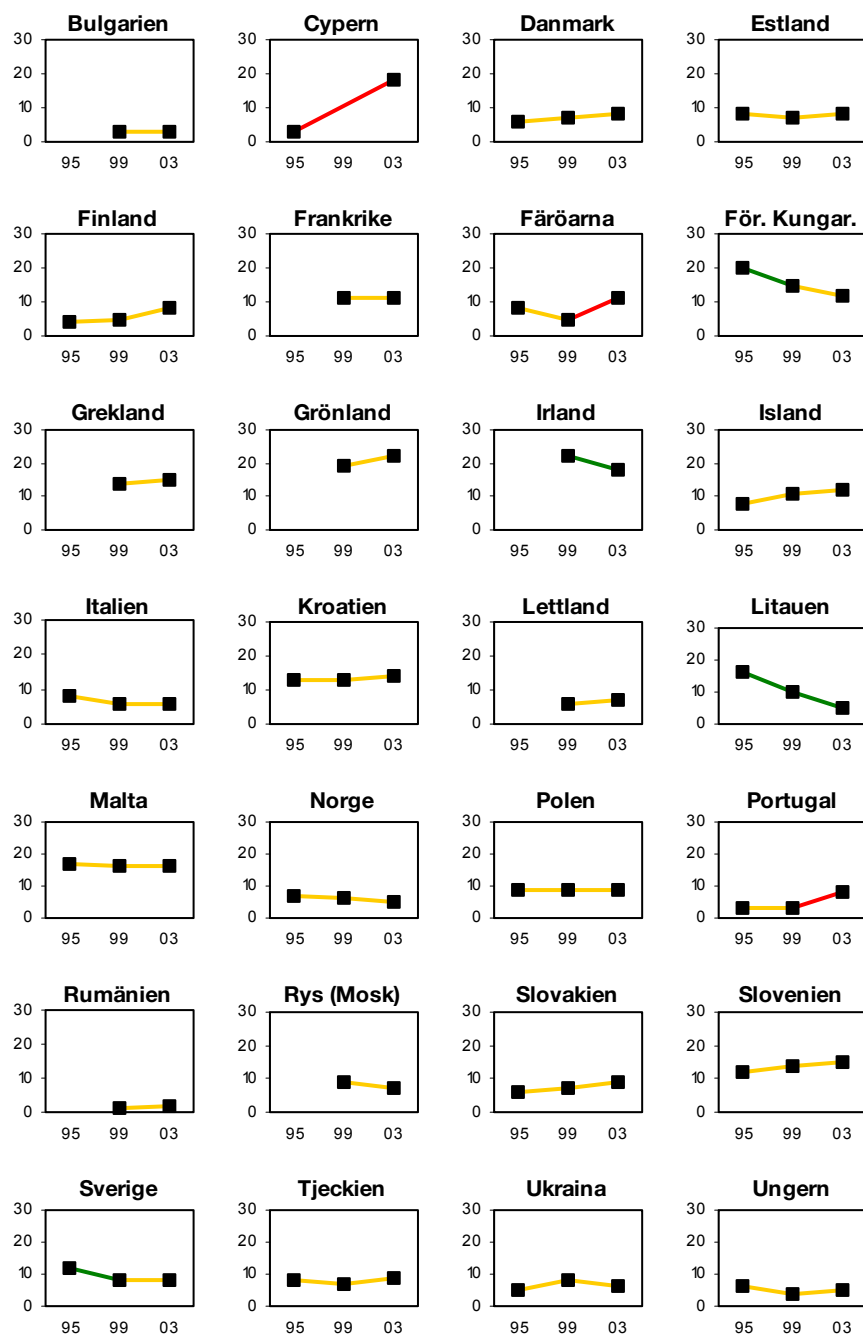


Diagram 36. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som någon gång sniffat. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 51)

Referenser

- Guttormsson U (2006). *Mönstrandens drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevs drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2006). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Socialdepartementet (1987). *Missbrukarna Socialtjänsten Tvången*. Betänkande av socialberedningen. SOU 1987:22. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (2006). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2005*. Statistik, Socialtjänst 2006:8 Stockholm: Socialstyrelsen.

Dopningsutvecklingen

Inledning

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

Riksidrottsförbundet antog 1989 följande definition av dopning: ”Med dopning menas dels bruk av substanser, dels användande av metoder som enligt internationella olympiska kommittén (IOK), eller av internationella specialförbund därutöver, ansetts vara doping.” Listan på förbjudna dopningsmedel, som är framtagna av Apoteksbolaget och Riksidrottsförbundet (med ledning av IOKs lista på förbjudna substanser), upptar en mängd preparat och läkemedel vilka indelas i följande klasser: Stimulantia, narkotiska analgetika, anabola steroider, diuretika samt peptidhormoner och analoger till dessa.

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

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

Beslags- och kriminalstatistik

Merparten av de hormondopningsmedel som illegalt finns tillgängliga i Sverige har smugglats in i landet. Av tabell 86 framgår tullens och polisens beslag av sådana preparat. Även om vissa fluktuationer förekommit sedan stati-

Dopningsutvecklingen

stiken började föras 1993, och vissa jämförelseproblem över tid också föreligger, så står det klart att de senare årens beslag ligger på en hög nivå jämfört med tidigare. Av diagram 37 framgår att antalet beslag ökat mer eller mindre kontinuerligt, även om jämförbarheten över tid förrycks något på grund av en statistikomläggning 1998. År 2005 uppgick tullens och polisens samlade beslag till över 1 200 stycken.

Beslagens omfattning har fluktuerat och 2005 togs knappt 200 000 tabletter samt 13 liter injektionsvätska i beslag. Detta är av ungefär samma storleksordning som rådde under 1990-talet, men lägre jämfört med första hälften av 2000-talet då de årliga mängderna var ungefär dubbelt så stora, trots att antalet beslag alltså var färre då.

Sedan 1993, året efter dopningslagens tillkomst, finns helårsstatistik rörande brott mot dopningslagen (tabell 87). Antalet anmälningar för dopningsbrott var relativt många detta år och uppgick till 564. Därefter sjönk de till knappt 300 år 1998 men har ökat till runt 900 de allra senaste åren (diagram 37).

Sedan 1999 har även antalet misstänkta och lagförda personer mer än fördubblats och 2005 lagfördes 566 personer för dopningsbrott (både bi- och

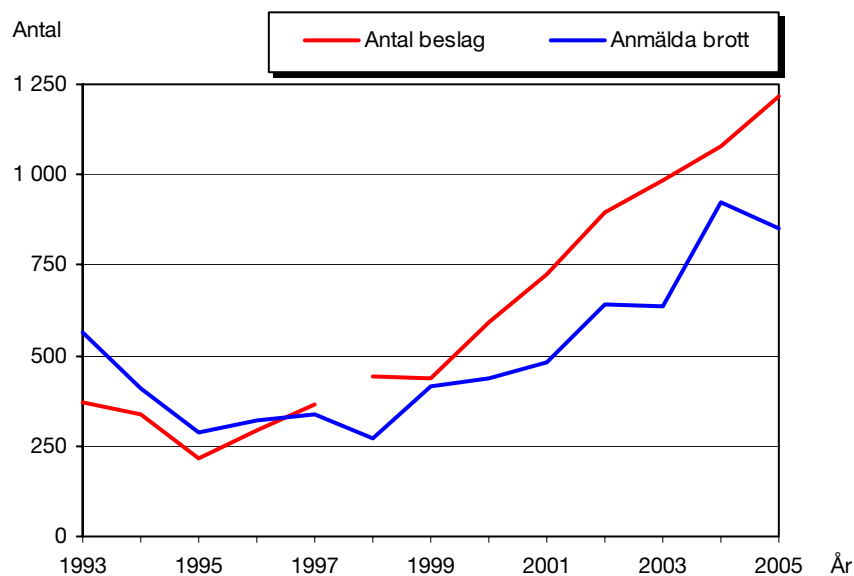


Diagram 37. Antal beslag av dopningspreparat av polisen och tullens samt antal anmälda dopningsbrott. 1993–2005. (Tabellerna 86 och 87)

huvudbrott inräknade). Detta år utgjorde dopningsbrottet huvudbrott i en tredjedel av fallen, d v s den allvarligaste eller den enda brottsligheten i domen. Under 1990-talet var denna andel högre och låg då runt 40–50%.

Att kvinnor sällan förekommer i dopningsbrottslighet visas av att endast ca 2% av alla misstänkta för dopningsbrott är kvinnor (tabell 87). Av samma tabell (och diagram 38) framgår att merparten av dem som misstänkts för dopningsbrott är i 20–29-årsåldern. Denna andel har ökat, från drygt hälften 1993–1998 till 65% 1999–2005. År 2005 var 12% av de misstänkta yngre än 20 år, 20% var 30–39 år och 6% var 40 år eller äldre och dessa åldersgrupper har minskat något i storlek över tid.

Dopningsbrott sägs ha lägre prioritet än narkotikabrott och beslagen antas ske mera slumpmässigt eller som bieffekter av annan brottsbekämpning. Lagstiftning, statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper har successivt förändrats under 1990-talet. Detta bör beaktas vid tolkningen av kriminalstatistiken.

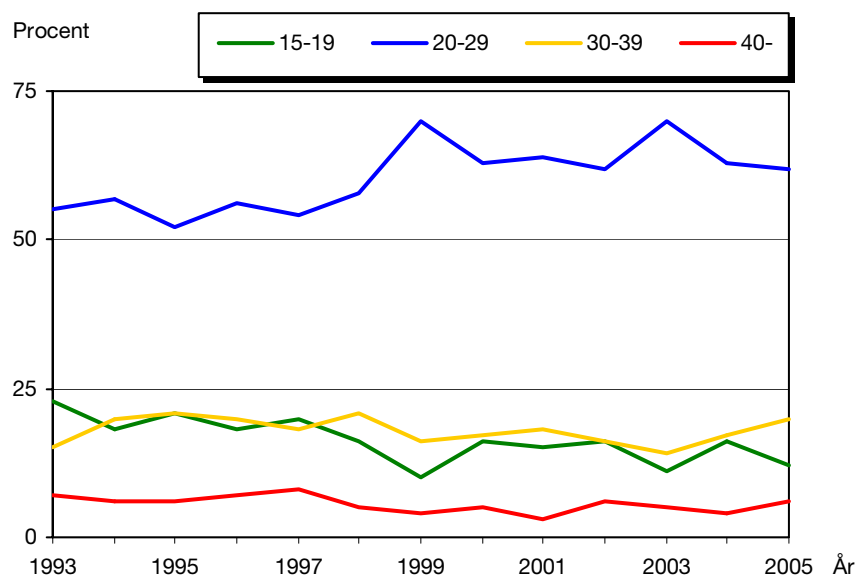


Diagram 38. Andelen personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2005. (Tabell 87)

Resultat från olika frågeundersökningar

Omfattning av dopningserfarenheten

I Sverige finns en telefonjour för dopningsmissbrukare och av de aktiva missbrukare som kontaktat jouren 1999–2004 har 95% av samtalen ringts av män mellan 17 och 34 år, varav merparten var i tidiga 20-årsåldern (Thurelius et al 2005).

Sedan 1993 har frågor om dopningsmedel inkluderats i CANs skolundersökningar (Hvitfeldt och Rask 2006), liksom i de riksrepresentativa intervjuundersökningar som genomförs i befolkningen och fr o m 1994 även i mönstringsundersökningarna (Guttormsson 2006). En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet.

Erfarenhet av anabola steroider är tämligen ovanlig bland såväl unga som vuxna. Åren 1993–2003 svarade oförändrade 1% av pojkarna och färre än 0,5% av flickorna i årskurs 9 att de någon gång provat anabola steroider (tabell 89). I 2004 års skolundersökning ändrades frågeställningen, något som delvis kan förklara att värdena detta år liksom 2005 uppgår till 2% för pojkarna och 1% för flickorna även om pojkarnas värde åter sjunkit till 1% i 2006 års undersökning.

Någon motsvarande ökning bland mönstrande artonåriga män går inte att finna då 1% av dessa sagt sig ha provat anabola steroider under hela perioden 1994–2005. År 2004 påbörjades en serie riksrepresentativa drogvaneundersökningar i gymnasiets andra årskurs 2 och sedan dess har 1–2% av männen och 0–1% av kvinnorna i gymnasiet svarat att de någon gång provat anabola steroider (Hvitfeldt och Rask 2006).

Även i riksrepresentativa telefonintervjuer med ungdomar 16–24 år har normalt någon procent av männen uppgett erfarenhet av anabola steroider (tabell 91), liksom de 18–30-åriga männen i dopningsutredningens telefonintervju som TEMO utförde med 10 000 respondenter under 1995 (Guttormsson et al 2004 respektive Utredningen om dopning 1996). Enligt intervjuer med den vuxna befolkningen (15–75 år) mellan 1993 och 2000 har någon procent av männen 15–49 år svarat att de använt anabola steroider (tabell 92).

Av bl a mönstringsundersökningarna, den omfattande TEMO-studien från 1995 samt av skolundersökningarna framgår att den absoluta majoriteten med erfarenhet av anabola steroider endast använt preparaten vid något enstaka tillfälle eller möjligen i en enstaka kur. I undersökningar där man frågat om aktuellt eller pågående bruk är det ytterst få som uppger detta.

Erfarenheten av tillväxthormon är ännu mer begränsad jämfört med anabola steroider. Av flera olika undersökningar har framgått att tillväxthormon för-

växplats med andra medel (som t ex kosttillskott). Inte i någon av de undersökningar där det av frågeformuleringen klargjorts att tillväxthormon måste injiceras når andelen män med sådan erfarenhet 1%, varför frågan numera ofta utesluts i intervjuundersökningar.

Det får konstateras att under 1993–2006, då dopningsfrågor ställts, har de låga värden om 1% pojkar/män med erfarenhet av anabola steroider som uppmättes i periodens början inte förändrats nämnvärt. Förutsatt att rapporteringsbenägenheten är ungefär densamma för anabola steroider som för narkotika visar olika undersökningar att det normalt är 5–20 gånger fler pojkar/män som har provat narkotika.

Regionala skillnader

Av såväl skol- som mönstringsundersökningarna samt vuxen- och ungdomsundersökningarna framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela landet. Samtidigt är det få respondenter som uppger erfarenhet av AAS, vilket gör det svårt att påvisa eventuella regionala variationer. Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 för perioden 2004–2006 varierar andelen steroiderfarna bland pojkarna i de båda årskurserna mellan 1–3%, och för flickorna är motsvarande värden 0–1% (tabell 14). Dessa värden skiljer sig så lite från riksgenomsnittet att det inte går att hävda att det finns några säkra avvikelser från riksnivån. Även i ungdomsundersökningen bland 16–24-åringar från 2003 var spridningen relativt jämn i olika regioner.

Enligt mönstringsundersökningen avtar dock erfarenheten av anabola steroider en aning med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna är det normalt dubbelt så höga andelar som provat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna, även om detta samband försvagats något senaste året (Guttormsson 2006). På grund av det stora antalet tillfrågade i mönstringsundersökningen (runt 40 000 varje år) tillåter denna studie dessutom presentationer på länsnivå (tabell 17). Det framgår av tabellen att värdena år 2005 varierade mellan 0,1 och 2,0% och var lägst i Halland, Kronoberg samt Örebro och allra högst i Norrbotten.

Dopningsutredningens TEMO-undersökning från 1995 var så pass omfattande att regionala nedbrytningar är möjliga och sett till H-regioner var spridningen av erfarenheten av anabola steroider i riket tämligen jämn bland de 18–30-åriga männen då denna varierade mellan 1 och 2%. Steroiderfarenheten översteg heller inte 2% i något enskilt län.

Sociala faktorer

I dopningsutredningens omfattande studie var andelarna som prövat anabola steroider något förhöjda i den grupp som innehöll arbetslösa och i den grupp som enbart hade grundskoleutbildning. I den förstnämnda gruppen uppgick andelen till 3% och i den andra till 2%, vilket skall jämföras med 1% bland samtliga tillfrågade.

Liknande tendenser framkom i mönstringsundersökningen från 1999 där 3% av dem med enbart grundskoleutbildning och 4% av dem som varken studerade eller arbetade vid mönstringstillfället uppgav att de använt anabola steroider, att jämföra med 1% av samtliga tillfrågade. Bland mönstrande med utländsk bakgrund (utlandsfödd eller utlandsfödd förälder) är det enligt 2005 års undersökning dubbelt så vanligt med dopningserfarenheter jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar.

Bland dem som studerade vid mönstringstillfället har 0,5% prövat AAS medan motsvarande värden var 2 respektive 3% för dem som arbetade respektive inte gjorde någonting (2005 års undersökning). Även sett till föräldrarnas utbildning framkom skillnader – 0,4% av dem med högskoleutbildade föräldrar hade prövat anabola steroider jämfört med 1,3% bland dem vars föräldrar hade högst grundskoleutbildning.

Dopning och styrketräning

När ett antal olika gymnasiestudier från 1994 analyserades som ett totalmaterial framkom att i stort sett samtliga pojkar med dopningserfarenhet styrketränade på gym samt att knappt hälften av dem även var medlemmar i idrottsföreningar (Guttormsson et al 1995). Det främsta skälet till dopninganvändningen sades vara att få ”snyggare kropp eller större muskler”, men även förbättrade idrottsresultat uppgavs i viss utsträckning. Samband mellan hormondopningserfarenhet och styrketräning framkom även av dopningsutredningens TEMO-studie från 1995.

Samband med andra droger

Eftersom dopning enligt frågeundersökningarna uppges förekomma bland dem som tränar eller till och med elitidrottare kan det vara intressant att belysa hur det förhåller sig med övriga drogvanor. I de ovan refererade studierna framkommer tydliga samband mellan hormondopningserfarenhet å ena sidan och annan drogerfarenhet å den andra bland ungdomarna.

Av de pojkar i 1994 års gymnasiestudie som använt hormonpreparat uppgav närmare hälften att de använt narkotika. I dopningsutredningens TEMO-studie uppgavs detta av en tredjedel. Bland mönstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider över 70% år

2005, och en nästan lika stor andel var dessutom rökare. Av bl a gymnasie- och mönstringsundersökningarna framgick att sambandet också gäller omfattande konsumtion av alkohol och erfarenhet av sniffringsmedel.

Många ungdomar som prövat anabola steroider tycks således återfinnas bland dem som allmänt är benägna att pröva och använda droger. Samtidigt utesluter inte detta att det finns mindre grupper av regelbundna dopningsanvändare som är återhållsamma med alkohol och andra droger.

Internationell jämförelse av dopningserfarenheten

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den sameuropeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. I enkäterna har bl a frågor om erfarenhet av anabola steroider ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004). Frågan har ändrats mellan undersökningarna, men är relativt jämförbar mellan 1999 och 2003.

Inledningsvis kan sägas att det var tämligen få flickor som uppgav erfarenhet av anabola steroider såväl 1999 som 2003, i genomsnitt 1 jämfört med 2% bland pojkarna båda åren, och i endast tre länder (Isle of man, Irland och Turkiet) översteg siffran en procent.

Av de 11 länder 1999 med värden på 2% eller över för samtliga elever låg 7 i östra Europa, och 2003 var motsvarande förhållande sex av nio. Polen, Bulgarien, Irland och Kroatien låg högt båda åren och 2003 uppvisade nyttillkomna Turkiet ett av de högsta värdena (3% totalt).

I USA finns data om erfarenhet av anabola steroider från nationella skolundersökningar alltsedan 1991, och således kan den mera långsiktiga utvecklingen följas även där. Bland elever i motsvarande årskurs 9 har årligen normalt ca 2% prövat AAS perioden 1991–2005, med undantag för en puckel runt 3–4% perioden 1999–2003. Utvecklingen bland de två år äldre ungdomar i 12th grade – motsvarande år 2 i svenska gymnasiet – är likartad men på en något högre nivå (Johnston et al 2006).

Således är erfarenheten av anabola steroider bland ungdomar (och yngre vuxna) lägre i Sverige än i USA, och mera likartad den i flera västeuropeiska länder. Sverige saknar också den topp runt millennieskiftet som noterats i USA.

Referenser

- Guttormsson U (2006). *Mönstrandens drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. 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, Hibell B, Pettersson B (1995). *Gymnasieelevers doping- och drogvanor 1994*. Rapport nr 3. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Folkhälsoinstitutet.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevers drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2006). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Regeringens proposition 1998/99:3. *Åtgärder mot dopning*. Stockholm: Elanders.
- Thurelius A-M, Bäckström Rams C och Toll M (2005). *Dopning – fakta och erfarenhet av missbruk*. Stockholm: Gothia.
- Utredningen om dopning (1996). *Doping i folkhälsoperspektiv*. SOU 1996:126. Stockholm: Socialdepartementet.

Tobaksutvecklingen

Inledning

Beskrivningen av tobaksutvecklingen görs huvudsakligen med hjälp av information om försäljningen av tobaksprodukter samt med data från ett antal frågeundersökningar vilka belyser konsumtionens utveckling och fördelning inom olika grupper. En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet. Inledningsvis återges några viktigare tobakspolitiska händelser och beslut.

År 1915 förstatligades all svensk tobaksindustri genom inrättandet av AB Svenska Tobaksmonopolet och 1942 utvidgades monopolet till att även omfatta import (Loewe 1990). Under 1960-talets början avskaffades det statliga tobaksmonopolet gradvis och Svenska Tobaks AB bildades 1961. Även import- och detaljhandelsmonopolen avskaffades och i slutet av 1960-talet var tobaksnäringen fri (Magnusson och Nordgren 1994).

Socialstyrelsen publicerade under 1970-talets början en rapport som bl a hävdade att rökning som sjukdomsorsak ”väger nu så tungt och expanderar nu så snabbt att samhället måste ingripa med full kraft”. Ett omfattande 25-årsprogram mot tobak föreslogs (Socialstyrelsen 1974). Senare under 1970-talet infördes bl a restriktioner mot tobaksreklam och en lag tillkom om obligatoriska varningstexter på tobaksförpackningar respektive innehållsdeklARATIONER på cigarettpaket (Magnusson och Nordgren 1994).

År 1993 infördes Tobakslagen (1993:581), som bygger på betänkandet ”Tobakslag” (SOU 1990:29). Denna innehåller bl a regler om rökfria miljöer men också nya bestämmelser om reklamrestriktioner och varningstexter. Lagen skärptes 1994, då förbud mot tobaksreklam i pressen infördes, och 1997 då försäljning av tobaksvaror till personer under 18 år förbjöds.

Under 1990-talet användes tobaksskatten i högre grad än tidigare i konsumtionsdämpande syfte. Större skattehöjningar genomfördes 1997 i syfte att förverkliga ett EG-direktiv enligt vilket punktskatten på cigaretter måste utgöra minst 57% av konsumentpriset. Indikationer på en ökande svart marknad för smuggelcigaretter ledde dock till en sänkning under 1998. Under våren 2002 ändrades punktskattedirektivet så att länder som redan har punktskatter över en viss nivå inte behöver uppfylla 57-procentskravet.

Under 2001 antogs ett direktiv om produktkontroll, märkning m m för tobaksvaror. Det ger medlemsländerna långtgående rättigheter att t ex begära in uppgifter om tillsatser och beståndsdelar i tobaksvaror och tobaksrök. Varningstexterna på cigarettpaket gjordes avsevärt större och skall täcka 30 respektive 40% av cigarettpaketens fram- och baksida. I Sverige har direktivet också uppmärksamrats för att varningstexten på snus ändras till: "Denna tobaksprodukt kan skada din hälsa och orsakar beroende." I direktivet behölls förbudet mot snus inom EU (utom Sverige). Detta har prövats i EG-domstolen som upprätthöll förbudet.

Under de senaste åren har åter flera skärpningar av tobakslagen skett. Bl a infördes år 2002 ett förbud mot s k indirekt tobaksreklam samt skyldighet för den som säljer tobak att anmäla detta till kommunen, som också gavs rätt att ta ut avgift för sin tillsyn över tobakshandeln. Den 1 juni 2005 infördes rökförbud på restauranger och andra serveringar. Ytterligare skärpningar av tobakslagen trädde i kraft 1 juli 2005, bl a förbjöds tobaksreklam utanför säljställen samt försäljning av cigaretter styckevis eller i paket om färre än nittion. För dessa regler finns dock en övergångstid fram till den 1 januari 2006.

Försäljningsutvecklingen

Data över tobaksförsäljningen i Sverige finns sedan en lång tid tillbaka. Statistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet har i någon mån minskat, särskilt under 1990-talets andra hälft, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökad resandeförsel samt för senare år även p g a att inte all försäljning av lågpriscigaretter ingår i statistiken. Sedan 2003 finns uppgifter från SoRAD som kompenserar för dessa statistiska brister i försäljningssiffrorna och således speglar den faktiska konsumtionen mera korrekt.

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

Av tabell 93 och diagram 39 framgår att cigarettförsäljningen därefter minskat. Efter den temporärt stora nedgången 1997–1998, vilken sammanföll med den temporära cigarettskattehöjningen, återhämtade sig försäljningen något men har sedan 2002 åter fortsatt att sjunka, från 1 030 cigaretter per person 15 år och äldre till 930 stycken 2005. Försäljningen av annan röktobak (rulltobak, piptobak etc) minskade konstant under 1970-, 1980- och 1990-talen medan den legat relativt konstant runt 130 gram per person 15 år och äldre under 2000-talet.

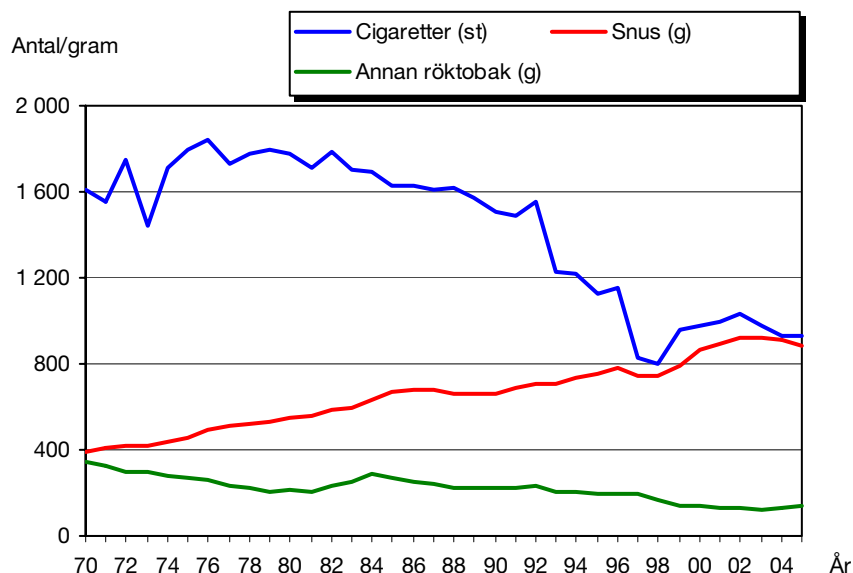


Diagram 39. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarer/cigariller och röktnobak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2005. (Tabell 93)

Försäljningen av snus minskade efter andra världskriget. År 1945 såldes ca 1 200 gram snus per person 15 år och äldre och 1968 hade mängden minskat till knappt 400 gram. Därefter skedde en successiv uppgång till drygt 900 gram 2002. Sedan dess har åter en liten minskning inträffat och 2005 var försäljningen 880 gram per person 15 år och äldre.

Oregistrerad konsumtion

Den svenska försäljningsstatistiken ger inte en total bild av tobakskonsumtionen. Privat införsel och organiserad smuggling är ytterligare källor, liksom de lågpriscigaretter som inte distribueras av Swedish Match. Perioden 1970–1995 översteg aldrig tullens beslag 6 miljoner cigaretter årligen. Den senaste tioårsperioden har dock i genomsnitt knappt 40 miljoner cigaretter beslagtogs varje år och det förefaller som om uppgången skedde i samband med skatthöjningen 1997 (tabell 93). Siffran för 2003 – 74 miljoner – var ett rekord men 2005 togs endast 17 miljoner cigaretter i beslag.

Den stora beslagsökningen kom parallellt med skatthöjningen, medan pris-sänkningen 1998 alltså inte ledde till att beslagen återgick till forna nivåer. Det kan påpekas att Sverige kan användas som transitland av cigarettsmugglare och exempelvis uppskattade tullen att 45% av beslagen 2001 var ämnade

Tobaksutvecklingen

för den engelska marknaden. Detta gör värdet av beslagsstatistiken mera svårtolkat.

Enligt skattningar av Brå omfattade den svenska smuggelmarknaden 1996 omkring 150–200 miljoner cigaretter (Persson 1999). Detta motsvarade ca 2% av totalmarknaden, vilket är lågt i ett europeiskt perspektiv. Under våren 1998 beräknades smugglingen ha ökat till ungefär 5% enligt samma källa.

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införsel, såväl taxfreevaror som småskalig smuggling. Enligt Persson uppskattades ca 20% av totalmarknaden av 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.

Den officiella statistiken torde alltså ha speglat konsumtionen särskilt dåligt runt 1998. Enligt en undersökning från SoRAD (Granberg och Trolldal 2005) beräknas den registrerade försäljningen numera stå för bortåt 90% av den totala konsumtionen, betydligt högre än 1998 således. Av den oregistrerade försäljningen år 2003 och 2004 utgjorde privatinförsel respektive smuggling ungefär lika stora källor (ca 5–6% vardera). Dessa beräkningar grundas på svaren från SoRADs frågeundersökningar om privat införsel respektive inköp av cigaretter insmugglade till Sverige. Frågeundersökningarna ingår i det sk Monitorprojektet som ursprungligen syftade till att skatta den oregistrerade alkoholkonsumtionen; tobaksfrågor lades till 2003.

Konsumtionsvaneundersökningar

Frågeundersökningar rörande svenska folkets rökvanor har genomförts sporadiskt sedan mitten av 1940-talet. ULF-studien är för närvarande den bästa källan till kunskap om tobaksvanorna i vuxenbefolkningen. Från 1980 finns nationellt representativa och jämförbara data insamlade inom ramen för denna studie. Vad gäller ungdomars tobaksvanor finns data från skolundersökningarna men även i mönstringsundersökningarna har tobaksfrågor ställts under senare år. Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Tobakskonsumtion bland ungdomar

Av tabell 94 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare mellan 1971 och 2006 (Hvitfeldt och Rask 2006). På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 – och i högre grad mätte regelbunden rökning mellan dessa årtal – är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna).

Uppenbarligen var rökningen mera utbredd bland skoleleverna i början av 1970-talet, för att sedan nå en relativt låg nivå under mitten av 1980-talet. Perioden 1989–1995 beskriver en liten puckel för rökvanorna som dock planar ut under andra hälften av 1990-talet, även om det sistnämnda är mera svårtolkat beroende på frågeändringen 1997. Sedan 2003 svarar runt 20% av pojkarna och 30% av flickorna att de röker vilket är nedgångar med ca 10 procentenheter jämfört med 1997.

Från och med 1983 framgår även hur många elever som röker varje eller nästan varje dag (tabell 94 och diagram 40). Värdena var återigen högre under 1990-talets första hälft, då ca 14% av pojkarna och 18% av flickorna var dagligrökare, eller nästintill. Därefter har en tydlig nedgång skett (i synnerhet för pojkarna) till 6 respektive 10%. Sedan frågan infördes 1983 har inte dagligrökning bland skoleleverna varit ovanligare än vad den är idag.

Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna. Dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar och ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner nästan könsskillnaderna. Under hela 1990-talet har andelen tobakskonsumenter varit i det närmaste likartad bland flickor och pojkar och 2005 var det totalt 30% av eleverna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

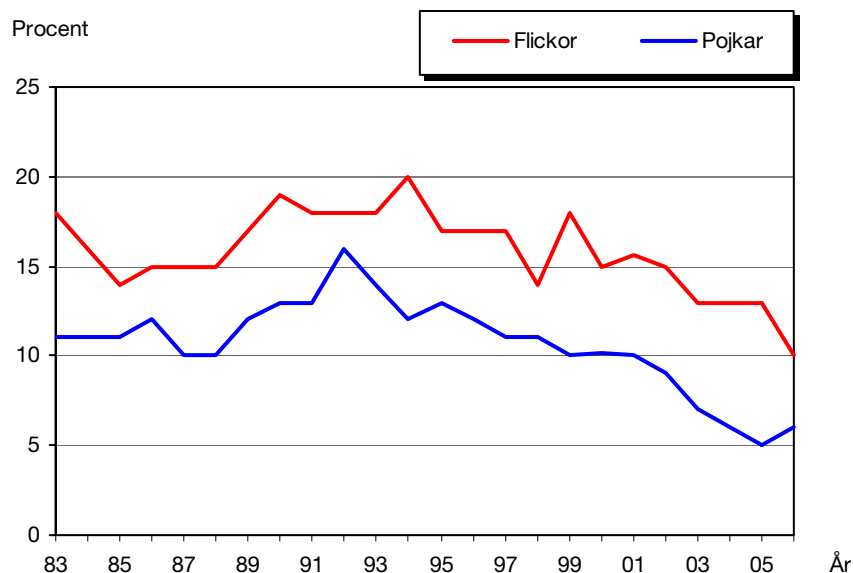


Diagram 40. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2006. (Tabell 94)

Tobaksutvecklingen

Även snusfrågan ändrades 1983 och 1997, varför tidsserien är något svårtolkad också i detta fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt av tabell 94. Snusvanorna förefaller ha varit mer omfattande under 1970-talet jämfört med 1990-talet. Detta innebär att snusvanornas utveckling bland niondeklassarna uppvisar en delvis motsatt utveckling med avseende på försäljningen.

År 2006 svarade 20% av pojkarna och 7% av flickorna att de snusade. För pojkarnas del innebär det att andelen snusare är densamma som 1997, efter en tillfällig uppgång däremellan. Andelen snusande flickor har däremot fördubblats sedan detta år.

Från och med 2004 ställs tobaksfrågor även till gymnasieelever i år 2 och rökvanorna är något mera utbredda bland dessa jämfört med niorna då runt 9% av pojkarna och 18% av flickorna röker dagligen/så gott som dagligen.

Bland gymnasiepojkarna är andelen som snusar 50% högre jämfört med nian, eftersom närmare en tredjedel av gymnasiepojkarna uppger att de snusar. Bland gymnasieflickorna är också snusning vanligare jämfört med situationen i nian. År 2006 snusade 11% av gymnasieflickorna, vilket således innebär att det går en snusande flicka på tre snusande pojkar i gymnasieåldern.

År 2000 infördes tobaksfrågor i drogvaneenkäten som ges till alla mönstrande artonåriga män. Då svarade 42% att de snusade eller rökte och 2005 års värde var 40%, en marginell nedgång således (Guttormsson 2006). År 2005 rökte 22%, varav en tredjedel dagligen. Dagligrökarna uppskattade sin genomsnittliga dagskonsumtion till 13 cigaretter. Sedan år 2000 har andelen rökare minskat från 27%.

Snusning uppgavs av 32% bland de mönstrande, varav närmare tre fjärdedelar snusade varje dag. Grupperna överlappade delvis varandra då 14% både rökte och snusade. Under de fyra år dessa frågor ställts till de mönstrande finner man att medan rökningen minskat något har snusning varit relativt oförändrat.

Tobakskonsumtion bland vuxna

För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. I den första rökvanundersökningen 1946 rökte 50% av männen och 9% av kvinnorna regelbundet. I en studie av SCB från 1963 var andelen dagligrökare bland vuxna män i stort sett densamma (49%), medan kvinnorna hade ökat till 23% (Socialstyrelsen 1986).

Då var rökningen mest utbredd i de yngsta åldersgrupperna, vilket var särskilt märkbart bland kvinnor. En prognos då skulle ha pekat på en förestående ökning av andelen rökare i befolkningen då äldre generationer med låga

andelar rökare successivt ersattes av nya generationer där rökningen var mer utbredd. Så blev det dock inte. Visserligen fortsatte rökningen att öka bland kvinnorna, sannolikt till slutet av 1970-talet, men bland männen kunde en minskning skönjas redan under 1970-talets början.

År 1980 var andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år) 36% bland männen och 29% bland kvinnorna enligt SCBs ULF-undersökning (tabell 95 och diagram 41). Sedan dess har rökningen minskat för båda könen, men mest hos männen. Detta gör att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män, något som är ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har skett i alla åldersgrupper, utom bland kvinnor 45 år och däröver, och har varit störst bland 25–44-åriga män respektive 16–24-åriga kvinnor. I Folkhälso-rapport 2005 konstaterades att nedgången i dagligrökning beror både på att en stor andel rökare slutar samtidigt som färre också börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2005).

År 2005 svarade 14% av männen och 18% av kvinnorna att de rökte dagligen och i yngsta åldersgruppen (16–24 år) var andelarna 8 respektive 12%. Högs-ta andelen rökare återfinns i åldersgruppen 45–64 år (drygt 20%). Alltsedan 1980 har andelen dagligrökare varit högst bland 40-talisterna, och därefter bland dem födda på 1950-talet.

Dagligrökarna konsumerar i genomsnitt 13 cigaretter om dagen. Män röker något större kvantiteter än kvinnor och medelålders något mer än yngre respektive äldre. Jämfört med början av 1980-talet är antalet dagligen konsumerade cigaretter bland rökarna något lägre under slutet av 1990-talet, och i linje med detta har gruppen storrökare minskat (Persson et al 2004).

Snusning är fortfarande en utpräglad manlig vana, som dessutom blivit allt vanligare de senaste 15 åren. Enligt ULF-undersökningarna var 17% av männen dagligsnusare 1988/89. Andelen ökade till 20% 1996/97 och uppgick till 23% 2005. Bland kvinnorna var andelen 1% i de två första mätningarna och 3% i den sista.

Ökningen bland männen var relativt sett störst bland 45–64-åringar där andelen snusare fördubblats mellan 1988/89 och 2005, från runt 10 till 20%. Störst andel snusare återfinns dock bland män 25–44 år (31%). Bland kvinnorna återfinns den lilla uppgången relativt jämt fördelad inom ålders-intervall 16–54 år.

Tobaksutvecklingen

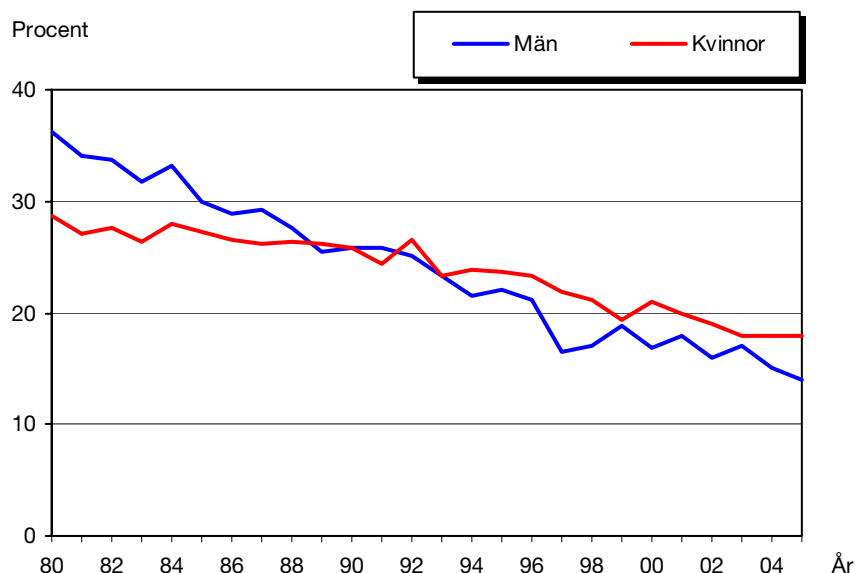


Diagram 41. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2005. (Tabell 95)

Nationella folkhälsoenkäten genomförd av Statens folkhälsoinstitut i postenkätform bland 18–84-åringar kommer fram till i princip samma prevalenstal som SCBs undersökning gällande snusning och rökning. Enligt folkhälsoinstitutets data var 21% av männen och 4% av kvinnorna dagligsnusare 2005 och 13% av männen och 17% av kvinnorna var dagligrökare (www.fhi.se).

Folkhälsoenkäten från 2006 indikerar en nedgång i dagligrökning med fyra procentenheter för kvinnor jämfört med 2004 medan andelen dagligsnusare i sin tur var i stort sett oförändrad. Båda vuxenstudierna visar att snusning är allra vanligast bland 25–44-åriga män och att rökning är vanligast bland 45–64-åriga kvinnor. Liksom i ungdomsundersökningarna är andelen dagliga konsumenter av respektive tobakstyp betydligt högre bland snusarna. Till skillnad från ungdomsundersökningarna framträder å andra sidan könsskillnader när man ser till total tobaksanvändning; bland samtliga åldersgrupper i FHI:s folkhälsoenkät är andelen dagliga tobakskonsumenter störst bland männen.

Regionala skillnader

Enligt sammanslagningar av undersökningarna i årskurs 9 från perioden 2004–2006 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till olika regioner, med undantag för något lägre värden i norra Sverige – d v s Västerbotten, Jämtland, Västerbotten samt Norrbottens län (tabell 14). För

flickornas del gäller detta förhållande även i gymnasiets årskurs 2 men bland gymnasiepojkarna är rökvanornas regionala fördelning tämligen jämn (Hvitfeldt och Rask 2006).

Bland de 18-åriga männen i de mera omfångsrika mönstringsundersökningarna var andelen rökare 2005 något högre i storstadsområden (26%) och lägre i landsbygdsområden (20%). Detta framgår också av tabell 17 där de tre storstadslänen ligger över medelvärde. Den allra högsta andelen rökare återfanns dock bland mönstrande från Norrbottens län (29%) och den lägsta i Blekinge (18%).

SCBs ULF-undersökningar har slagits samman för åren 1998–2002 för att generera ett tillräckligt stort dataunderlag för nedbrytningar på länsnivå, även om det i några fall är så att resultaten fortfarande är osäkra på låga baser (Statens folkhälsoinstitut 2004). Enligt denna redovisning var det statistiskt säkerställt att män i Dalarna, Västmanland och Uppsala var dagligrökare i mindre utsträckning jämfört med män i hela riket. Dagligrökning bland kvinnor var minst vanlig i Jämtland och Västerbotten och vanligast i Västmanland.

En H-regionindelning av ULF-undersökningen visar att rökning i vuxna befolkningen 2005 är minst vanlig i (norra) glesbygden och vanligast i Göteborgs-/Malmöregionen, men skillnaderna är små (14 resp 18%). Persson et al visar med hjälp av ULF-data att de regionala skillnaderna i rökvanor var större under 1980-talets början och att de har utjämnats under de följande tjugo åren. Förändringen består främst i att boende i storstadsregionerna minskat sitt rökande.

Ser man till snusvanorna bland pojkarna i nian finner man att dessa är relativt jämnt fördelade mellan de sex olika regionerna enligt data för perioden 2004–2006 (tabell 14). Värdena för andelen snusare varierade endast mellan 17 och 22% för pojkarna men mellan 3 och 14% för flickorna. Värdet för flickorna var högst i ”Norra Sverige” (se definition i tabellkommentarerna) och lägst i Skåne län.

De regionala skillnaderna för flickorna återfinns i gymnasiets årskurs 2. Där snusar 20% av flickorna från Norra Sverige och 5% av dem från Skåne. För gymnasiekillarnas del var skillnaderna fortfarande relativt små men något färre (ca 26%) snusade i Stockholms respektive Skåne län jämfört med ca 33% i övriga regioner.

Bland mönstrande män var snusning vanligare i landsbygdsområden jämfört med storstadsområden och allra vanligast i Norrbotten och Gävleborg, där ca 38% snusade (tabell 17). I Skåne var andelen snusare lägst och uppgick till 27%.

I ULF-undersökningen från 2005 var dagligsnusning vanligast i norra Sverige och minst vanlig i storstadsområden bland 16–84-åringarna, såväl för män som för kvinnor. Totalt snusade 18% i norra glesbygden och 11% i storstads-länen. Jämför man snusdata från 1988–1989, 1996–1997 och 2004–2005 in-delat i regionerna Storstadsområden, Större städer samt Övriga Sverige finner man öknings-trender bland männen i samtliga dessa tre regioner. Samtidigt som an-delen snusare är minst i storstadsområdena så finns där den största relativa ökningen över tid, jämfört med andra regioner.

Intrycket att snusning är vanligare norröver och mindre vanligt i storstadsom-råden, i synnerhet söderöver, är ganska entydigt utifrån alla de undersökning-ar som refererats ovan. Även om skillnader i rökvanor var relativt små i den vuxna befolkningen så förefaller det som om dessa uppvisar en omvänd regi-onalutbredning jämfört med snusningen.

Sociala faktorer

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla socialgrupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i mera välsituerade grupper. Särskilt bland kvinnor var detta tydligt då arbetarklassens kvinnor knappast rökte alls på 1940-talet. Numera är förhållandena omvända. I ett längre perspektiv har således rökningen minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper.

År 2005 rökte enligt ULF-undersökningen 23% av arbetarna, 11% av tjäns-temännen och 15% av företagarna. Bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa var andelen rökare 31%. Enligt samma studie var rökning dubbelt så vanligt bland utlandsfödda män, jämfört med män som var födda i Sverige av svenskfödda föräldrar (29 jämfört med 12%). Bland kvinnorna var skill-naderna i rökvanor med avseende på utländsk bakgrund relativt små.

FHIs folkhälsoenkäter bland 18–84-åringar visar också att den sociala gradi-enten för dagligrökning är tydlig; det är vanligare bland arbetare, kortutbilda-de, bland ekonomiskt utsatta och bland låginkomsttagare att röka dagligen. Arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna var dagligrökare i dubbelt så stor utsträckning som andra. Skillnaden med avseende på socio-ekonomiska variabler var inte lika stora sett till snusning även om det var vanligare att arbetare snusade jämfört med tjänstemän, liksom att personer med kort utbildning var snusare i högre grad än dem med längre utbildning.

SCBs ULF-studie från 2005 visar att snusning är mindre vanligt bland manli-ga utlandsfödda liksom manliga tjänstemän men desto vanligare bland man-liga arbetare. För kvinnornas del gick det knappt att finna några sådana skill-nader eftersom snusning överhuvudtaget är ovanligt bland dem.

Av skolundersökningen i årskurs 9 framgår att skolk och otrivsel i skolan är vanligare hos elever som röker. Andelen som skolkade ett par gånger i måna-

den eller oftare var 24% bland rökarna och 6% bland icke-rökarna. Andelen som trivdes dåligt i skolan uppgick till 10% i den förstnämnda gruppen och 5% i den sistnämnda.

Tretton procent av dem som trivdes bra i skolan snusade, mot 22% av dem som trivdes dåligt. Snusning var också vanligare hos dem som skolkade två gånger i månaden eller oftare jämfört med dem som aldrig skolkade (34 jämfört med 8%).

I mönstringsundersökningen från 2005 var det något vanligare att personer med utländsk bakgrund rökte, jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar (26 respektive 20%). Med snusning förhöll det sig tvärtom, då 28 respektive 32% uppgav detta. Enligt 2003 års rapport var rökning också vanligare bland mönstrande med lågutbildade föräldrar samt bland mönstrande som inte studerade vid mönstringstillfället, och dessa samband gick igen även för snusning.

Konsekvenser av tobakskonsumtion

Rökningen medför medicinska snarare än sociala skadeverkningar. Sambandet mellan rökning och ohälsa har sedan början av 1960-talet dokumenterats i ett stort antal vetenskapliga rapporter (Folkhälsoinstitutet 1997). Enligt WHO bidrar tobaksrökning till 12% av sjukdomsördan mätt i DALYs (WHO 2002).

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

Av diagram 42 framgår att rökningen uppskattningsvis krävde ca 8 000 liv i Sverige 1995. Mönstret i beräkningarna, baserade på den ovannämnda metoden, stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig när man studerar konsumtions- och försäljningsstatistiken. I och med att skadorna av rökning uppkommer först efter en tids rökning sker en viss eftersläpning i dödsorsaksstatistiken jämfört med konsumtionsstatistiken.

Enligt Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2005) orsakas runt 8 av 10 lungcancerfall i Sverige av rökning. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och efter 1985 kan man se en

Tobaksutvecklingen

minskning av lungcancerfall bland män. År 2002 uppgick de åldersstandardiserade värdena – med 2000 års befolkning, åldrarna 15–75 år – till ca 35 manliga fall per 100 000 invånare. Motsvarande siffra låg strax över 40 i slutet av 1970-talet.

För kvinnorna har dock lungcancerfallen ökat kontinuerligt sedan början av 1970-talet. Antalet fall per 100 000 var ca 8 år 1970 men ca 25 år 2002 och någon minskning kan inte skönjas. Under 1990-talet ökade dödlighet i lungcancer med 30% bland kvinnorna medan den sjönk med 8% bland männen. Samtidigt är lungcancer alltså fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor.

En beräkning av antalet rökingsrelaterade dödsfall för åren 1990–2000, med utgångspunkt från dödsorsaksregistret, visade att dessa minskade under perioden, från totalt cirka 7 400 till 6 400. Det är dock enbart bland männen som en minskning skett, från 243 till 178 dödsfall per 100 000 invånare i åldern 35–84 år. Dödsfallen bland kvinnorna ökade tvärtom något, från 85 till 94 fall.

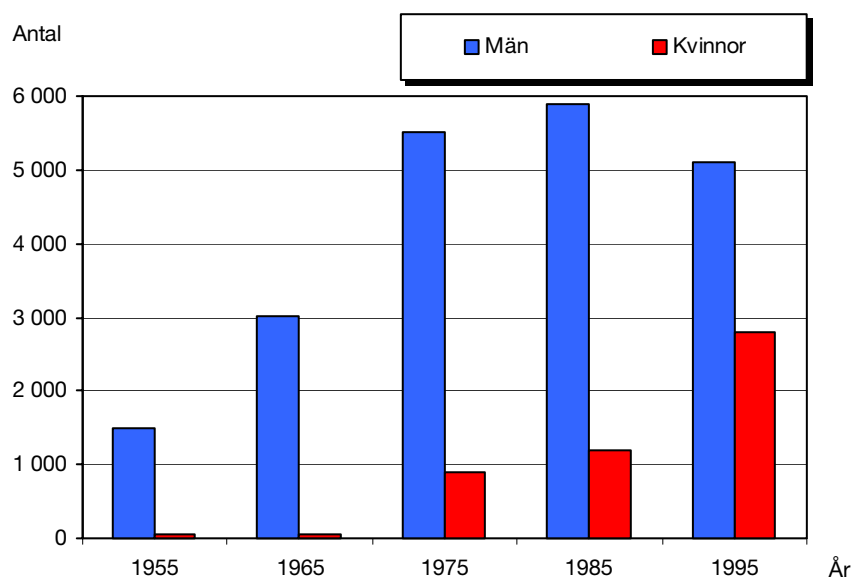


Diagram 42. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.

Källa: WHO

Internationell jämförelse av rökvanor

Vid tre tillfällen (1995, 1999 och 2003) har den europeiska skolundersökningen ESPAD genomförts med CAN som koordinator. I gruppenkätstudien har blandade frågor om rökning ställts till 15–16-åriga skolelever i ett stort antal europeiska länder under former som liknar den ordinarie svenska skolundersökningen (Hibell et al 2004).

För att få en uppfattning om aktuella rökvanor har man frågat eleverna om de rökt cigaretter de senaste 30 dagarna före undersökningen. Liksom 1999 var andelarna 2003 högst på Grönland (60%), samt i tre östländer; Bulgarien, Tjeckien och Moskva/Ryssland (ca 44%). Även Österrike låg högt 2003 (49%). Allra lägst andel elever som rökt under de senaste 30 dagarna uppvisar Cypern, Island och Sverige (runt 23%).

I diagram 43 (tabell 51) jämförs resultaten från 1995, 1999 och 2003 för de 28 länder som medverkat vid åtminstone två av dessa mättillfällen. När förändringarna är större än tre procentenheter mot året innan har detta markerats med röd linje vid ökning och med grön linje vid minskning.

Om man ser till utvecklingen sedan 1995 är det relativt få länder som uppvisar någon tydlig och kontinuerlig utveckling åt något håll. Estland utgör ett undantag då rökningen successivt ökat enligt ESPAD-mätningarna, liksom Island och Irland men i dessa två länder handlar det om nedåtgående trender.

I 19 av 35 länder var det fler flickor än pojkar som rapporterat aktuella rökerfarenheter. Den största differensen kan noteras för Isle of Man där 36% av flickorna och 23% av pojkarna rökte. Ukraina representerar den andra yttligheten och där var rökning nästan dubbelt så vanlig bland pojkarna jämfört med flickorna (49 resp 28%). Generellt kan sägas att länder där majoriteten rökare var pojkar låg i östra Europa och att flickorna oftare var i majoritet i västra Europa.

Ett någorlunda likartat mönster beträffande rökningens utbredning framkom i en undersökning bland skolungdomar från 1997/1998 genomförd av WHO (Currie 2000), även om jämförbarheten är begränsad på grund av att frågeformuleringar och deltagande länder delvis skiljer sig åt.

Tobaksutvecklingen

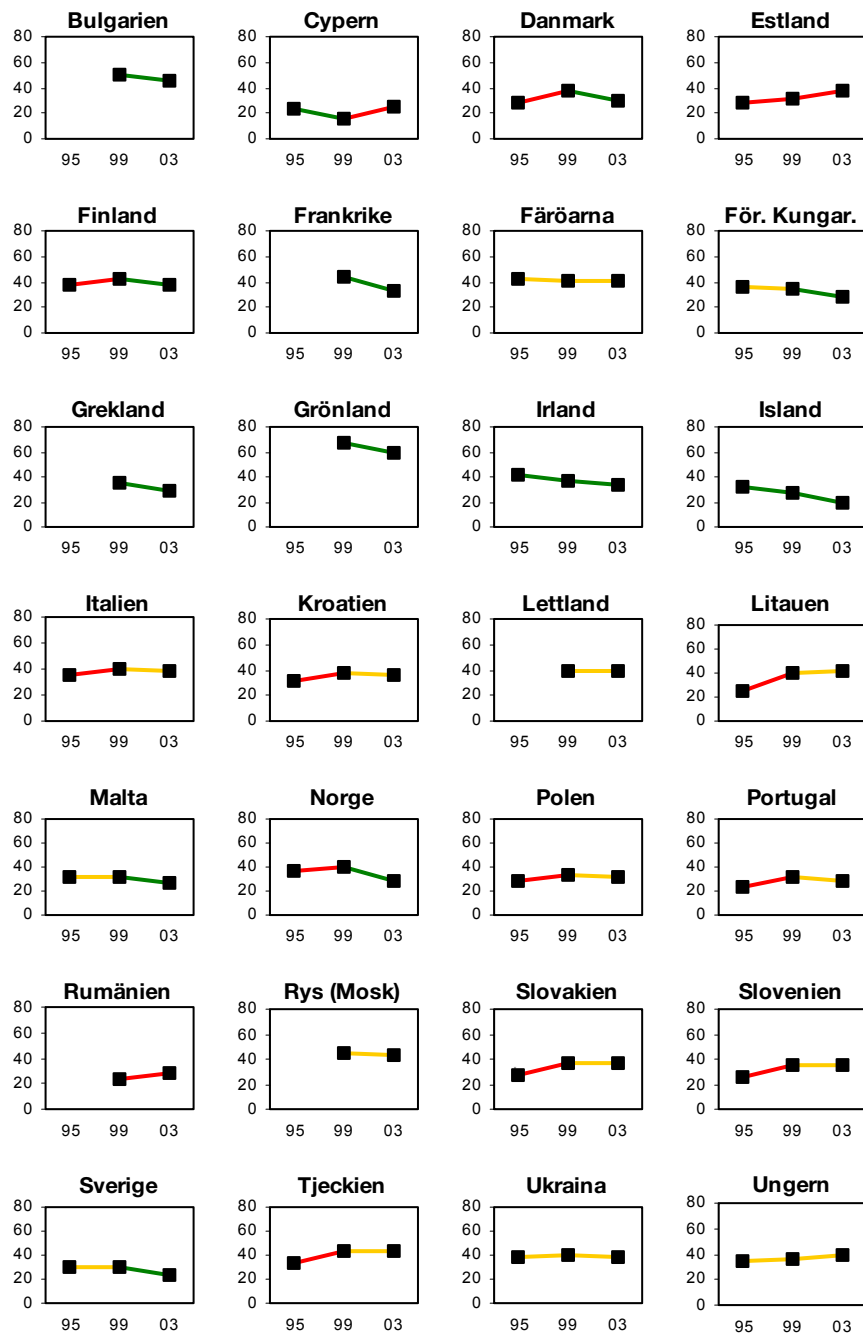


Diagram 43. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003. (Tabell 51)

Frågor om man rökt cigaretter de senaste 30 dagarna har ställts till elever i 12th grade (motsvarande gymnasiet årskurs 2) alltsedan 1975 i USA. Då svarade bortåt 40% att de gjort detta (Johnston et al 2006). Andelen föll därefter, men steg mellan 1992 och 1997, från 28 till 36%. Därefter har andelen sjunkit till 23% år 2005 och trenden i USA under 1990-talet är således likartad den som iakttagits i Sverige bland eleverna i årskurs 9. Från 1991 finns även data för motsvarande årskurs i USA och de uppvisar samma trender som de två år äldre eleverna, men på en lägre nivå. År 2005 svarade 15% av dem att de rökt senaste 30 dagarna vilket alltså är lägre än samtliga länder i ESPAD-studien.

I Folkhälsorapport 2005 (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2005) redovisas WHO-data om dagligrökning i den vuxna befolkningen i 25 europeiska länder. Där framgår att svenska män rökte allra minst i den internationella jämförelsen medan svenska kvinnor intog en nionde plats vad det gällde låga nivåer för dagligrökning. Bland männen låg Albanien, Ukraina och Litauen allra högst (över 50% dagligrökare). Under 25% låg endast Island och Sverige. Bland kvinnorna var närmare 30% dagligrökare i Grekland, Norge och Nederländerna, medan andelarna i Kazakstan och Rumänien var särskilt låga (ca 10%).

Referenser

- Currie C et al (red) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:2.
- Guttormsson U (2006). *Mönstrandes drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Granberg M och Trollidal B (2005). *Resandeförsel och smuggling av cigaretter åren 2003–2004*. Forskningsrapport nr. 29. Stockholm: SoRAD.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevs drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L D, O'Malley P M, Bachman J G & Schulenberg J E (2006). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Loewe W (1990). *Petum optimum*. Borås: NORMA Bokförlag AB.
- Magnusson S och Nordgren P (1994). *Om tobak. Bakgrund och kommentar till tobakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Persson J, Sjöberg I och Johansson S-E (2004). *Bruk och missbruk, vanor och ovanor. Hälsorelaterade levnadsvanor 1980–2002*. Levnadsförhållanden Rapport nr 105. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Persson LGW (1999). *Kontrollnivå och lönsamhet vid organiserad cigarettsmuggling*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Peto R et al (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: WHO and Imperial Cancer Research Fund. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1986:9.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- SOU 1990:29. *Tobakslag: betänkande av Tobaksutredningen*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Minskat bruk av tobak – var står vi idag? Del av folkhälsomål 11. Statistik september 2004*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- WHO (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 just bruk eller missbruk, t ex genom konsumtionsvaneundersökningar av olika slag. I andra fall kan uppgifterna gälla konsekvenser av användningen; uppgifter om antalet alkoholförgiftningar, antalet hepatitfall eller antalet personer som dömts för narkotikabrott.

Ibland används uppgifter om själva preparaten, t ex narkotikabeslag eller försäljningsstatistik. Dessa uppgifter är betydelsefulla när man vill studera utvecklingen på aggregerad nivå. De säger dock inget om hur användningen fördelar sig mellan olika grupper, vilket är en av anledningarna till att frågeundersökningar används.

En grundläggande svårighet när det gäller att bedöma missbrukets omfattning och utveckling är att missbruksbegreppet är vagt och att det inte finns några klara gränser mellan olika konsumtionskategorier. Detta är uppenbart och välkänt inom alkoholområdet. Det finns många olika definitioner av alkoholmissbruk samtidigt som klara gränsdragningar saknas mellan socialt dryckesmönster, storkonsumtion och alkoholmissbruk (för en närmare diskussion se SOU 1994:28).

Förhållandet är likartat i fråga om narkotika. Olika kategorier av narkotikainvändning går gradvis över i varandra utan klara skiljelinjer. Vad som komplicerar bilden inom detta område är att missbruksbegreppet här har en annan innebörd eftersom all icke läkarförskriven användning av sådana medel som finns upptagna i narkotikaförordningen är i juridisk mening missbruk.

En bedömning av narkotikamissbrukets omfattning enligt en sådan begrepps-förklaring skulle innefatta alla som under någon tid använt medel som definieras som narkotika. Samtidigt används begreppet narkotikamissbruk ofta med en mera skadeorienterad innebörd, liknande det gällande alkoholmissbruk.

Inom alkoholområdet kan begrepp som ”alkoholmissbruk”, ”alkoholberoende” och ”storkonsumtion” förekomma. Man försöker också hålla isär socialt

bruk och missbruk. Inom narkotikaområdet har det inte alltid varit lika självklart att skilja mellan den legala missbruksdefinitionen och den mera skadeorienterade. Naturligtvis kommer man fram till helt andra uppskattningar av antalet narkotikamissbrukare om man räknar med varje person som någon gång under det senaste året använt något narkotiskt medel jämfört med dem som använder mer eller mindre regelbundet.

Att olika definitioner leder till skilda bedömningar av missbrukets omfattning är en självklarhet. Något som komplicerar situationen ytterligare är dels att olika typer av data och olika undersökningsmetoder fångar in olika användarkategorier, dels att tillgängliga metoder och tillgängliga uppgifter har uppenbara brister när de ska användas som underlag för bedömningar av missbrukets omfattning och utveckling.

Vissa metoder är bäst ägnade att belysa det sociala alkoholbruket eller det tillfälliga narkotikamissbruket, medan de inte ger någon kunskap alls om omfattningen av alkoholmissbruk eller tungt narkotikamissbruk. Andra metoder eller data kan tas som utgångspunkt för bedömningar av alkoholmissbrukets eller det tunga narkotikamissbrukets omfattning, men säger ingenting om tillfällighetsanvändarnas antal.

I det följande redovisas en del av de metodproblem och svårigheter som föreligger när man utifrån de olika undersökningar och statistiska underlag som föreligger skall bedöma omfattningen och utvecklingen av missbruket.

Metodproblem vid frågeundersökningar

Det vanligaste tillvägagångssättet för att få reda på människors handlingar och åsikter är att fråga dem. Inom samhällsvetenskaperna är frågeundersökningar mycket vanliga och i många sammanhang den enda möjliga metoden.

De datainsamlingsmetoder som förekommer är besöksintervjuer, telefonintervjuer, postenkäter och gruppenkäter. En enkät innebär att uppgiftslämnaren själv fyller i svaren på frågorna. De olika datainsamlingsmetoderna har olika användningsområden och olika för- och nackdelar, bl a i fråga om risken för olika slags fel.

Resultaten beskriver mer eller mindre väl den verklighet som undersökningarna syftar till att beskriva. Genomförs undersökningen på ett urval – vilket är regel snarare än undantag – kan fel uppkomma just på grund av att det rör sig om ett urval.

Ytterligare ett fel – bortfallsfelet – har att göra med att alla personer som är utvalda att ingå i undersökningen inte deltar, antingen på grund av att de inte går att få tag på eller på grund av att de vägrar att vara med.

Det är inte heller säkert att frågorna blir rätt besvarade beroende på lässvårigheter, på att de varit oklart formulerade, på att de som svarar glömt, eller beroende på att han eller hon helt enkelt inte vill tala om hur det förhöll sig. Man brukar i sådana fall tala om mätfel.

Urvalsfel

Frågeundersökningar genomförs sällan som totalundersökningar. Undantag utgörs exempelvis av mönstringsundersökningen och en del undersökningar av mindre grupper, t ex av eleverna i årskurs nio i någon viss kommun eller av klienter vid någon vårdinstitution. Den främsta orsaken till att totalundersökningar sällan genomförs är att de kräver större resurser i fråga om pengar och tid. Det är heller inte säkert att de kunskaper man vill få fram genom undersökningen måste vara så exakta som en totalundersökning i bästa fall ger.

En viktig förutsättning för att resultaten från ett urval ska spegla förhållandena i en population, är att urvalsramen är korrekt. Detta innebär att den förteckning av de individer, skolklasser etc som urvalet görs ifrån verkligen representerar populationen som skall undersökas.

När man genomför besöksintervjuer kan exempelvis urvalsramen utgöras av de hushåll som finns i det s k SPAR-adressregistret. Detta förfaringssätt leder till vissa problem vid tolkningen av resultaten, eftersom de som saknar adresser inte ingår i urvalsramen. Det är sannolikt att dessa individer skiljer sig, speciellt när det gäller missbruk, och liknande selektionseffekter finns även där urvalsramen utgörs av hushållens telefonnummer. Omvänt kan det också vara problematiskt att telefonnummersätta ett urval som är draget ur befolkningsregistret.

För att resultaten från en urvalsundersökning skall gå att generalisera till hela populationen, d v s vara giltiga för den del av befolkningen från vilken urvalet har dragits, måste urvalet göras enligt bestämda regler. Generaliseringar till populationen är i princip endast tillåtna när någon typ av slumpmässigt urvalsförfarande har använts. Ett slumpmässigt urval karakteriseras av att varje individ i populationen har chans att komma med i urvalet. Chansen behöver inte vara lika stor för alla men den måste vara känd. De vanligaste slumpmässiga urvalsförfarandena är obundet slumpmässigt urval, systematiskt urval, stratifierat urval och klusterurval.

Det är troligt att de svar man får av ett urval av personer inte fördelar sig exakt så som svaren skulle ha gjort om alla i populationen hade blivit tillfrågade. Samtidigt är det just populationens svarsfördelning som är av intresse. Det gäller därför att med hjälp av svaren från personerna i urvalet skatta (estimera) hur populationen i sin helhet skulle ha svarat. Det kan t ex gälla hur stor andel av populationen som använt en viss mängd alkohol eller som använt viss narkotika.

Skattningen av populationsvärdet innehåller bl a slumpfel. Under förutsättning att urvalet är slumpmässigt går det att beräkna inom vilket intervall (s k konfidensintervall) det sanna värdet (d v s populationsvärdet) ligger. Ju större urvalet är, desto mindre blir som regel intervallet.

Med ett rätt genomfört urvalsförfarande utgör urvalsfelet inget större problem i frågeundersökningar. Vad som är viktigt är att osäkerheten i skattningen betonas i resultatredovisningen och att det framgår om t ex skillnader mellan olika år ligger inom den statistiska felmarginalen eller är statistiskt säkerställda ("signifikanta"). När det gäller tidsserier kan det vara meningsfullt att inte endast notera signifikanta skillnader från ett år till ett annat utan också beakta mer långsiktiga förändringar. Om utvecklingen går åt samma håll under flera på varandra följande år blir slutsatserna om en förändring säkrare.

Bortfallsfel

Med bortfall i intervju- och enkätundersökningar menas dels personer som ingår i urvalet men som inte alls deltar i undersökningen (externbortfall) och dels bortfall av svar på enskilda frågor (internbortfall). Man har i en rad undersökningar från olika forskningsområden visat att personer i bortfallet nästan undantagslöst skiljer sig från dem som svarat. Skillnaderna gäller bl a sådana företeelser som t ex bruk och missbruk av alkohol och andra droger. Drogkonsumtionen är ofta högre i bortfallet än i den grupp som deltagit i undersökningen. Ju större bortfallet är, desto allvarigare blir i regel konsekvenserna för resultatens tillförlitlighet.

Externbortfallets storlek varierar i allmänhet mellan olika datainsamlingsmetoder. Det är som regel störst i postenkäter, mindre i intervjuundersökningar och minst i gruppenkäter. Det kan också variera mellan olika år. Man kan i flera typer av stora undersökningar, t ex ULF-undersökningen, dessutom notera en ökning av bortfallet över tiden – år 2005 uppgick det till 25%, jämfört med 15–20% under 1980-talet. Merparten av ökningen återfinns i kategorin ej anträffade (www.scb.se).

Det kan finnas många orsaker till att en person inte deltar i en undersökning. I skolundersökningarna beror det som regel på att alla elever inte är i skolan på undersökningdagen, på grund av sjukdom, skolk eller ledighet. Bortfallet i mönstringsundersökningen, som är en totalundersökning, beror främst på att alla inte kommer till inskrivning men också på att inte alla som inställer sig vill, eller ges tillfälle, att svara på enkäten.

Även om bortfallet är litet uppkommer problem vid urvalsundersökningar om den företeelse man undersöker är ovanlig, exempelvis heroinmissbruk. Man kan utan vidare anta att de personer det gäller nästan undantagslöst ingår i bortfallet, på grund av att de är oanträffbara; de sitter i fängelse, är intagna på sjukhus eller behandlingshem, eller inte är intervjubara av andra skäl.

Om bortfallet inte är alltför stort och det man vill mäta inte är alltför ovanligt så behöver inte bortfallet förrycka resultaten alltför mycket. Man har t ex i efterhand intervjuat frånvarande elever i skolundersökningar och kompletterat undersökningen med deras svar. Även om drogvanorna många gånger var mer omfattande bland frånvarande elever så påverkas normalt inte totalresultatet i någon avgörande omfattning eftersom de är förhållandevis få (Hvitfeldt och Rask 2006).

Mätfel

Med mätfel i frågeundersökningar 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 förhåller sig.

Mätfelen varierar beroende på vilket område frågorna gäller. Allmänt kan man anta att den tillfrågade medvetet eller omedvetet försöker beskriva sina vanor, handlingar och åsikter på ett sådant sätt att han framstår som en ”normal” person, ett fenomen som kallas social önskvärdhet (Björkman 1979). När frågorna gäller känsliga områden kan risken för mätfel antas vara särskilt stor. Det kan t ex gälla frågor om brott, sexuella vanor, psykiska sjukdomar eller drogvanor.

Trots detta används frågeundersökningar i stor utsträckning med syfte att belysa såväl omfattningen av bruk och missbruk som olika personliga, sociala och demografiska förhållanden. Resultaten måste inte minst p g a av detta tolkas med försiktighet.

I allmänhet antar man att mätfelen leder till en underskattning av bruk och missbruk av droger. Gjorda undersökningar visar som regel att så också är fallet. Jämförelser mellan den redovisade konsumtionen i undersökningar av representativa urval av den vuxna befolkningen och den försålda mängden alkohol visar att endast en del av alkoholkonsumtionen redovisas i svaren. Genom att användning av narkotika är mindre accepterat än användning av alkohol, och därmed ”känsligare”, är det inte osannolikt att underrapporteringen är än större inom detta område. Särskilt kan detta antas vara fallet vid mer frekvent användning.

Man har också antagit att de lämnade svaren ibland kan innebära en överskattning av det faktiska bruket. Den som blir intervjuad kan t ex vilja skryta om sina alkoholvanor. När datainsamlingen sker genom en gruppenkät i en skolklass kan stämningen i klassen och möjligheten att efteråt briljera med sina svar eventuellt bidra till en överskattning.

Om man antar att mätfelen är konstanta över tid kan undersökningsresultaten, trots sådana fel, ge ett tillfredsställande underlag för en bedömning av utvecklingen år från år. Det är dock tänkbart att mätfelen kan variera något

över tid och därmed påverka sannolikheten för underskattningar respektive överskattningar. Ett skäl till detta är attitydförändringar, d v s inställningen till användningen av exempelvis droger, som kan vara mer eller mindre tillåtande.

Beskrivning av de redovisade undersökningarna

Nedan följer ett antal kortfattade beskrivningar av de undersökningar som återkommer så pass ofta i denna rapport att de bör kommenteras lite närmare.

Skolundersökningarna

Skolundersökningarna genomförs regelbundet sedan 1971 i årskurserna 6 och 9 samt sedan 2004 i gymnasiets årskurs 2. Studierna genomförs med hjälp av enkäter som distribueras till riksrepresentativa urval av klasser och fylls i av eleverna under skrivningsliknande former. Storleken på undersökningarna har varierat något men de senaste 20 åren har ca 4 000 elever i sexan och ca 5 500 elever i nian svarat medan antalet deltagande gymnasieelever varit strax under 5 000. I sexan ligger bortfallet under 10%, i nian mellan 10 och 15% och i gymnasiet runt 20% (Hvitfeldt och Rask 2006).

Frågeformuläret innehåller en grundstomme av frågor som använts under i stort sett hela perioden. Vid några tillfällen har emellertid mera genomgripande förändringar ägt rum. Det är väl känt att förändringar av frågeformuleringar påverkar resultatet. I avgörande fall framgår detta av text och tabeller.

ESPAD – The European School Survey on Alcohol and Other Drugs

År 1995 genomfördes en undersökning av skolungdomars alkohol- och drogvanor i 26 europeiska länder. En långtgående standardisering av såväl datainsamlingsmetodik som målgruppens ålder gjorde det möjligt att för första gången jämföra ungdomarnas drogvanor i de deltagande länderna. Projektet startades och leds av CAN, i samarbete med Europarådets Pompidougrupp (Hibell et al 2005).

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolelever som fyller 16 det år de besvarar enkäten. Urvalen görs slumpmässigt i varje land (oftast klasser, i något enskilda fall utgjorde skolor urvalsenheter) inom de årskurser som har elever i den aktuella åldersgruppen. Eleverna besvarar anonymt likadana frågeformu-

lär översatta till respektive språk. Resultatredovisningen sker i standardiserad form och skickas till CAN för att sammanställas i övergripande rapporter.

Ett viktigt mål är att upprepa datainsamlingen med jämna mellanrum för att på så vis kunna följa utvecklingen över tid, såväl inom som mellan länderna. Våren 1999 respektive våren 2003 genomfördes ytterligare datainsamlingar och en ny är planerad till våren 2007.

Mönstringsundersökningarna

Mönstringsundersökningarna är årliga undersökningar av alla som infinner sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor. Detta gör samtliga män som fyller 18 år under det aktuella kalenderåret, med undantag för de som saknar svenskt medborgarskap, liksom personer som med läkarintyg kan styrka att de saknar möjlighet att göra någon form av totalförsvarsplikt (Guttormsson 2006).

Under 2000-talet har representativiteten försämrats något eftersom alltför sjukdomstillstånd numera leder till att den mönstringsaktuella slipper infinna sig om läkarintyg sänds in. Detta beror på en ambition att avsluta mönstringsprocessen så tidigt som möjligt i de fall en totalförsvarsplacering uppenbart inte kommer att bli aktuell. Ett sådant beslut kan baseras på såväl fysiska som psykiska aspekter, och det går inte att på något enkelt sätt avgöra vilken betydelse detta haft för drogvaneenkätens resultat.

Studien genomförs sedan 1970 med anonyma gruppenkäter vilka besvaras enskilt och därefter läggs i svarsåldor av respondenterna. Numera mönstrar årligen ca 40 000 personer och under de senaste 10 åren har bortfallet legat mellan 5–15%. Även ett litet antal frivilliga kvinnor mönstrar men sedan 2000 har deras svar exkluderats, eftersom de ökade något i antal från detta år.

Till följd av diverse tekniska problem kan inga data presenteras från perioden 1989–1991. Åren närmast före och efter denna period var bortfallet relativt omfattande men data bedöms ändå spegla utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera snedfördelat bortfall. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningarna

Ungdomsundersökningar på urval i åldern 16–24 år (tidigare även 12–15 år) har genomförts mer eller mindre kontinuerligt sedan 1970-talets slut. Urvalsstorleken har varierat något under åren och uppgick till ca 1 500 ungdomar, i 1996 och 1998 års undersökningar intervjuades ca 2 000 ungdomar, och 2003 genomfördes 3 000 intervjuer. Bortfallet har varierat och uppgick till 28% i senaste undersökningen.

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

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a byten av opinionsinstitut och en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1994 års undersökning, samt en del frågeförändringar, försvåras möjligheten att göra jämförelser över tid. Ytterligare en reservation är det ringa antalet intervjuade i TEMOs del av 1994 års undersökning (n=500) vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet det året.

Vuxenundersökningarna

Allmänhetens (15/16–75 år) drogvanor har studerats sedan början av 1980-talet. Till och med 1990 genomfördes undersökningsserien av SIFO, men från och med 1992 av TEMO. Personerna i urvalet intervjuas vid hembesök.

Under perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då endast 500 intervjuer gjordes. Urvalet vid 1996 och 1998 års undersökningar uppgick till 1 500 personer, och till ca 2 000 nästföljande undersökning (Helmersson-Bergmark 2001). Bortfallet har under de senaste åren legat kring 40%. För att kompensera detta tillämpas ett vägningsförfarande, vilket i korthet bygger på bortfallets fördelning i ett antal kategorier baserade på kön, ålder och boendeort. Om en respondent tillhör en kategori där bortfallet är förhållandevis stort, vägs dennes svar upp i motsvarande grad.

Urvalets storlek kan anses ge tillförlitliga resultat för gruppen som helhet. När man däremot studerar undergrupper i materialet, t ex ett snävare åldersintervall, blir skattningarna genast mer osäkra. Vissa av resultaten från dessa undersökningar redovisas som glidande medelvärden för att motverka tvära kast i tidsserierna. I praktiken innebär detta att ett redovisat värde för t ex 1994, utgörs av medelvärdet för 1993, 1994 och 1995. Studien från 2000 är den sista som genomförts i denna serie.

Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF)

När det gäller beskrivningen av tobaksvanor i befolkningen märks främst Statistiska Centralbyråns regelbundna undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden som har genomförts sedan mitten av 1970-talet. Undersökningen innehåller varje år grundläggande frågor om rökvanor. Vissa år görs dessutom fördjupningar på några olika områden. Åren 1980–1981,

1988–1989 och 1996–1997 gjordes fördjupade studier på hälsoområdet och då ingick också snusfrågor.

De resultat som används i denna rapport är ettårsvärden, till skillnad från en del andra redovisningar där tvåårsmedelvärden redovisas. Undersökningarna genomförs som besöksintervjuer i ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Nettourvalet uppgår till närmare 8 000 personer och bortfallet har ökat något sedan mitten på 1980-talet och uppgick till 25% 2005.

Nationella folkhälsoenkäten

Våren 2004 genomförde Statens folkhälsoinstitut den första nationella enkäten om folkhälsa – *Hälsa på lika villkor*. Enkäten postades med hjälp av SCB till 20 000 slumpmässigt utvalda personer och 61% av dessa besvarade frågorna (Boström och Nykvist 2004).

Undersökningen har upprepats såväl 2005 som 2006 och kommer även framöver att genomföras årligen. I den första studien ingick 18–84-åringar men sedan 2005 inkluderas även 16- och 17-åringar. Utöver den nationella datainsamlingen genomförs enkäten även regionalt i ett antal län.

SoRADs månadsmätningar

Sedan juni 2000 genomför Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD) s k månadsmätningar, vilka syftar till att mäta den totala alkoholkonsumtionen i Sverige inkluderande oregistrerad konsumtion.

På uppdrag genomför TEMO vid varje månadsskifte 1 500 telefonintervjuer i Sveriges vuxna befolkning (16–80 år). Frågorna rör resandeförsel, smuggling och hemtillverkning av alkoholdrycker och avser den senaste 30-dagarsperioden (SOU 2004:86).

Genom att kombinera uppgifter om den i Sverige registrerade alkoholkonsumtionen (försäljningen) med svaren om anskaffningssätt i månadsmätningarna kan skattningar av den totala alkoholkonsumtionen göras. Det bör påpekas att uppgifterna om oregistrerad alkoholkonsumtion är just skattningar av de olika delmängderna, eftersom det finns olika metodologiska problem förknippade med självrapporterade svar uppgivna i frågeundersökningar. Mätningarna har dock genomförts på samma sätt hela 2000-talet och torde ge en god bild av utvecklingen av de olika mängderna oregistrerad alkohol. Sedan 2003 skattas även införseln av tobaksvaror.

ECAS – European Comparative Alcohol Study

I föreliggande rapport hämtas några internationella data från den s k ECAS-studien varför det kan vara relevant att beskriva uppläggningsmetoden av denna undersökning och de huvudsakliga datainsamlingsmetoder som använts. Det fullständiga namnet på studien är ”A Comparative Analysis of Alcohol Policy and its Effects in the EU-states”. Resultaten sammanfattas i rapporten ”Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy response in 15 European Countries” (Norström 2002). Studien var ett samarbetsprojekt mellan Sverige och Finland med Folkhälsoinstitutet som administrativt ansvarigt. I studien deltog samtliga EU-länder (utom Luxemburg) samt Norge.

Syftet med studien var att analysera och jämföra mellan länderna och mellan olika tidpunkter när det gäller: a) alkoholpolitik b) konsumtionsvolym c) konsumtionsmönster d) alkoholrelaterad dödlighet och e) sambanden mellan konsumtionsutveckling och alkoholrelaterad dödlighetsutveckling.

Konsumtionsdata har i huvudsak erhållits från the Brewers’ Association of Canada. Data är omräknade till per capitakonsumtion alkohol 100% för invånare 15 år och äldre. I denna rapport redovisas enbart utvecklingen av dödligheten i levercirrhos. Dödlighetsdata har hämtats från WHO:s databas rörande dödsorsaker.

Beskrivningen av alkoholpolitikens utveckling i de olika länderna bygger på en enkät som samtliga deltagande länder besvarat. Den har sedan kodats mot en skala där följande sex aspekter inkluderats: Bestämmelser för partihandel (3 poäng), detaljhandel och restauranger (7p), åldersgränser vid partihandel och restauranger (3p), reklam (2p), blodalkoholgränser (3p), program och/eller myndighet för allmänt förebyggande arbete inom alkoholområdet respektive för undervisnings- eller informationsarbete inom det samma (2p). Totalt kunde 20 poäng erhållas.

UNO- och MAX-undersökningarna

Vid tre tillfällen har det genomförts nationella kartläggningar, eller s k case-finding studier i Sverige; 1979, 1992 och 1998. Case-finding innebär helt enkelt att man samlar in uppgifter om de personer (cases) som uppfyller ett kriterium för narkotikamissbruk. Uppgifterna samlas in från myndigheter och organisationer som har kontakt med missbrukarna, t ex socialtjänst, vårdinrättningar, polis och kriminalvård. I många fall lämnas flera blanketter in för en och samma person, något som man kan kontrollera genom en för varje person unik kod, varvid dubbelräkning kan undvikas.

I nästa steg skattas det s k mörkertalet. Uppgiftslämnarna har inte kännedom om samtliga missbrukare och de okända är i detta fall det mörkertal som skall

adderas till de redan kända fallen. Tekniken kallas för capture-recapture och härstammar från biologin där metoden använts för att skatta djurpopulationer, t ex antalet fiskar i en sjö. I dess enklaste variant fungerar metoden så här: Anta att det finns M stycken individer i en population. M är okänt, och vi önskar få en skattning av M . Vi fångar n_1 individer och märker dem. De fångade individerna släpps ut igen. Efter någon tid fångar vi n_2 individer. Det visar sig att s av dessa var märkta.

Om vi betecknar proportionen märkta individer med p så gäller det att

$$p = n_1 / M \quad (1)$$

Här är både p och M okända. Vi kan dock skatta proportionen p från den andra fångsten som

$$\hat{p} = s / n_2 \quad (2)$$

och s som proportionen märkta individer i den andra fångsten. Om vi sätter in $\hat{p}$ i stället för p i (1) och förenklar uttrycket så får vi som skattning av M :

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

Förutsättningarna för att metoden skall fungera är a) att populationen är sluten (inga individer får tillkomma eller försvinna mellan mättillfällena) b) att fångsterna innebär ett slumpmässigt urval av alla individer c) att alla individer har samma sannolikhet att infångas d) att sannolikheten är större än 0 e) samt att ett oberoende råder mellan fångstillfällena (fångst vid första tillfället får inte påverka sannolikheten att individen fångas en andra gång).

Det har noterats att det i denna typ av undersökningar inte är realistiskt att anta att insamlingssystemen är oberoende. Systemen representerar här olika fångstillfällen. Detta leder troligen till en underskattning av antalet. Ett annat antagande för capture-recapture metoden är att urvalet till undersökningen i någon mening är slumpmässigt. Inte heller på denna punkt uppfyller undersökningarna från 1992 och 1998 kraven (1979 var en totalundersökning).

Under senare år har metodiken för analys av den här typen av data utvecklats påtagligt och metodiken för log-linjära modeller får sägas innebära ett genombrott. Man kan nu hantera ett beroende mellan datakällorna, och man kan även tillåta att olika individer har olika sannolikhet att registreras. Sammanfattningsvis kan man konstatera att flera av de problem som förknippas med case-finding metodik numera går att hantera. Det är också bakgrunden till att datamängderna för 1979 och 1992 har återanalyserats (Olsson 2000).

Indikatorer på bruk och missbruk

Missbruk av t ex alkohol eller narkotika får ofta en rad konsekvenser för missbrukarna. Ju allvarigare en persons missbruk är desto större är sannolikheten för att missbruket leder till komplikationer, blir känt och registrerat. Det kan t ex gälla intagning på sjukhus eller behandlingshem på grund av missbruk eller något följdillstånd, t ex alkoholpsykos eller hepatit. Andra exempel är dödsfall till följd av levercirrhos eller överdos av heroin. Missbrukaren kan också bli känd av polis eller domstolar, såväl på grund av brott mot narkotikalagarna som på grund av andra brott.

Det finns också data som inte är individrelaterade men som ändå kan antas ha ett samband med antalet missbrukare, t ex alkoholförsäljningen eller narkotikabeslagens omfattning.

Sådana uppgifter har på grund av deras samband med missbruket använts som mått på detta, d v s som så kallade indikatorer. Vissa försök har gjorts att med sådana uppgifter som grund beräkna antalet missbrukare. Vanligast är dock att indikatorerna tas som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen. De svårigheter och den osäkerhet som detta tillvägagångssätt innebär har främst att göra med att indikatorerna också påverkas av andra faktorer än utvecklingen av missbruket. De speciella förhållanden som kan antas inverka på olika data som redovisas i rapporten tas upp i respektive avsnitt medan framställningen i det följande är av mer övergripande karaktär.

Flera av de dataserier som redovisas i rapporten kommer från olika vårdinrättningar. Det förhåller sig självfallet så, att ett ökande missbruk förr eller senare leder till en ökning av efterfrågan på vård och behandling och därmed som regel till en ökning av antalet vårdade missbrukare. Antalet vårdade missbrukare kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och i vilken utsträckning de tillgängliga platserna utnyttjas av personer som inte är missbrukare. Samma förhållande gäller beträffande statistiken över narkotikamissbrukare inom kriminalvården. I detta fall kan osäkerhet beträffande siffrorna också bedömas uppkomma på grund av att man inte alltid säkert vet om en intagen är missbrukare.

Uppgifterna om t ex omhändertagande av berusade personer, trafiknykterhetsbrott och narkotikabrott, om misstänkta personer och om beslag av narkotika påverkas av polisens arbetsinsats, effektivitet och prioriteringar. I många fall är det mycket svårt eller omöjligt att avgöra i vilken utsträckning förändringar i en sifferserie beror på faktiska förändringar eller på andra faktorer. Beror en minskning av antalet registrerade omhändertaganden på att färre dricker sig berusade, eller att man väljer att ta hand om en allt mindre del? Beror en ökning av antalet cannabisbeslag på att fler använder cannabis, eller lyckas rättsväsendet få tag på en större del av innehaven? För varje indikator är det viktigt att bedömningen görs med hänsynstagande till eventuella

organisatoriska och resursmässiga förändringar, samtidigt som förändringar i själva statistikproduktionen dessutom kan ha betydelse.

När det gäller användning av indikatorer, vilka i första hand antas spegla det allvarigare missbrukets utveckling, måste slutsatserna i varje enskilt fall dras med beaktande av andra tänkbara faktorer som kan ha påverkat siffrorna. När tidsserier vilka speglar olika konsekvenser av missbruket pekar i samma riktning, kan slutsatser dras med större säkerhet än när siffrorna går åt olika håll.

Också kvalitativa skillnader mellan indikatorerna måste beaktas vid en bedömning. När det gäller att bedöma alkoholmissbrukets omfattning bör den totala alkoholkonsumtionen tillmätas vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholkonsumtionen och vissa alkoholrelaterade skador är starkt. När det gäller t ex narkotikabeslagen kan antalet beslag antas vara en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna kvantiteterna. Variationer i mängden beslagtagen narkotika beror inte sällan på tillfälligheter, ett enstaka stort beslag kan ensamt avgöra om den totala kvantiteten ökar eller minskar från det ena året till det andra.

Slutligen kan olika indikatorer också antas ge utslag mer eller mindre snabbt när missbruket förändras. För vissa finns ett direkt och omedelbart samband. Ökar alkoholkonsumtionen bör detta kunna avläsas i antalet omhändertaganden av berusade, under förutsättning att det inte sker några andra förändringar som påverkar siffrorna i motsatt riktning. Det samma gäller t ex olika typer av olyckor. Däremot kommer ett ökat alkoholmissbruk först efter en tid att kunna avläsas i t ex dödlighet i levercirrhos eller olika alkoholbetingade kroppsliga sjukdomstillstånd.

Referenser

- Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa – de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. R 2004:48. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Guttormsson U (2006). *Mönstrandets drogvanor 2005*. Rapportserie nr 95. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B et al (2004). *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T och Rask L (2006). *Skolelevers drogvanor 2006*. Under arbete. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Olsson U (2000). *Estimation of the number of drug addicts in Sweden – an application of capture-recapture methodology*. Swedish University of Agricultural Sciences, Department of Biometry and Informatics, Report 55.
- SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av alkoholinförslutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1994:28 (1994). *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.

Tabeller

Inledande tabellkommentarer

I tabellbilagan finns ett antal tabellkommentarer inkluderade. Dessa berör olika block av sammanhängande tabeller och förtydligar innehållet i dessa samt förklarar vissa definitioner. Huvudsakligen fokuserar de på att kommentera metodologiska förändringar som på något sätt kan ha påverkat de redovisade trenderna. För att få full förståelse för innehållet i tabellerna är det således viktigt att utöver fotnoterna i tabellerna också kontrollera tabellkommentarerna.

I flera fall har uppgiftslämnande källa varierat med åren. Till exempel erhöles vissa alkoholförsäljningsdata förut av Socialstyrelsen, därefter av Alkoholinspektionen och numer av Statens folkhälsoinstitut. Som källa anges i tabellerna endast aktuell uppgiftslämnare samtidigt som eventuella tidigare uppgiftslämnare framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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

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

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion (tabellerna 1–9)

Vid tolkningen av siffrorna i tabellerna 1 och 4–5, som beskriver utvecklingen av statistikförd alkoholförsäljning, är det viktigt att beakta att andelen oregistrerad alkoholkonsumtion har varierat genom åren.

Försäljningen av mellanöl enligt tabell 1 gäller kvartal 4 för 1965 och kvartal 1–2 för 1977. Cider, alkoholisk och liknande produkter kan med nuvarande lagstiftning och statistikföringsrutiner inte särredovisas. Dessa drycker återfinns registrerade under såväl sprit-, som vin- och maldryckskategorierna, beroende på vilken alkoholbas som använts. Kategorin ”folköl” i samma tabell avser även tidigare ölvarianter svagare än starköl; d v s ”pilsner” o dyl.

I tabell 2 redovisas uppskattningar av den totala alkoholkonsumtionen inklusive oregistrerad konsumtion. Beräkningarna har delvis olika noggrannhet och något annorlunda beräkningsgrunder, men samtidigt är inte dessa problem större än att siffrorna kan jämföras över tid vilket gör denna tidsserie unik. Justeringen av försäljningssiffrorna för 2003 (-0,1 dl) har inte införts i SoRADs beräkningar av den totala konsumtionen i tabell 2 varför denna är något överskattande detta år. Det kan också noteras att Statens folkhälsoinstitut redovisar en något högre registrerad försäljning än vad SoRAD gör 2005.

Utvecklingen i länen beskrivs i tabellerna 4–5 och det är viktigt att beakta att semestervistelser, gränshandel och arbetspendling kan göra att vissa läns konsumtion överskattas medan andra underskattas. År 1997 slogs Malmöhus län samman med Kristianstads län till Skåne län och 1998 slogs Göteborg och Bohus län samman med Älvsborgs län och Skaraborgs län till Västra Götalands län. Av utrymmesskäl och för jämförbarhetens skull har dessa län räknats samman även tidigare år.

I tabell 4 ingår inte folkölsförsäljning eftersom regional försäljningsstatistik saknas för denna dryck. Vidare ingår inte bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna åren 1987–1994, varför siffrorna inte är fullt jämförbara med efterföljande år. I tabell 5 redovisas en teoretiskt invägd folkölsförsäljning per län 1995–2004 beräknad efter den övriga per capita-försäljningens storlek men någon uppdatering för 2005 har inte gjorts.

Tabell 1. Försäljning av sprit, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1861–2005. (Diagram 1, 2 och 12)

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. 1861–2005. (Diagram 1, 2 och 12)

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. 1861–2005. (Diagram 1, 2 och 12)

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. 1861–2005. (Diagram 1, 2 och 12)

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

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 2. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2005. (Diagram 3)

År	Registrerad försäljning	Oregistrerad konsumtion			Total konsumtion	Andel oregistrerad (%)
		Legal	Illegal	Totalt		
1976	7,7	.	.	1,1	8,8	12
1978	7,0	.	.	1,1	8,1	14
1989	6,5	0,8	0,3	1,2	7,7	16
1990	6,4	1,1	0,3	1,4	7,8	18
1991	6,2	.	.	.	.	.
1992	6,3	.	.	.	.	.
1993	6,2	0,9	0,6	1,5	7,7	19
1994	6,3	1,0	0,5	1,5	7,8	19
1995	6,2	1,0	0,6	1,6	7,8	21
1996	6,0	1,3	0,7	2,1	8,0	26
1997	5,9	1,7	0,5	2,2	8,2	27
1998	5,8	1,7	0,5	2,2	8,1	27
1999	6,1	.	.	.	.	.
2000	6,2	1,5	0,4	2,2	8,4	26
2001	6,5	2,0	0,6	2,6	9,1	29
2002	6,9	2,3	0,7	3,0	9,9	30
2003	7,0	2,5	0,8	3,3	10,3	32
2004	6,5	2,9	1,0	3,9	10,4	38
2005	6,5	2,4	1,2	3,6	10,2	36

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

Tabell 3. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2005, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 5)

Dryckestyp och ursprung	Liter alkohol 100%	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsum- tionen (%)
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	0,9	36	9
Restaurangförsäljning	0,1	5	1
Resandeförsel	1,0	40	10
Smugglade	0,4	14	4
Hembrända	0,1	5	1
Internet	0,0	1	0
Summa	2,6	100	26
Vin			
Systembolagets försäljning	2,6	68	26
Restaurangförsäljning	0,3	6	2
Resandeförsel	0,7	19	7
Smuglat	0,1	2	1
Hemtillverkat	0,2	4	2
Internet	0,0	0	0
Summa	3,9	100	38
Starköl			
Systembolagets försäljning	1,3	45	13
Restaurangförsäljning	0,6	19	6
Resandeförsel	0,5	17	5
Smuglat	0,6	18	5
Hemtillverkat	0,0	1	0
Internet	0,0	0	0
Summa	3,1	100	29
Folköl	0,7	100	6
Totalt	10,2		100

Källa: SoRAD.

Tabell 4. Länsvis försäljning av sprit, vin och starköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1988–2005. ^{a)}

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Östergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
1988	6,6	4,5	4,7	4,4	3,8	4,0	4,7	6,2	4,3	4,1	4,6
1989	6,7	4,5	4,8	4,4	3,8	4,1	4,9	6,2	4,4	4,1	4,7
1990	6,5	4,4	4,7	4,2	3,6	3,9	4,7	6,0	4,3	3,9	4,3
1991	6,4	4,2	4,6	4,1	3,5	3,9	4,6	5,9	4,1	3,8	4,4
1992	6,0	4,2	4,5	4,0	3,4	3,8	4,5	5,9	4,0	3,6	4,2
1993	5,8	4,1	4,2	3,9	3,4	3,6	4,4	5,7	3,8	3,7	4,0
1994	5,8	4,1	4,2	3,8	3,3	3,6	4,4	5,6	3,8	3,7	3,8
1995	6,5	4,5	4,6	4,1	3,4	3,6	4,9	6,5	4,0	3,8	3,8
1996	6,7	4,6	4,4	4,1	3,2	3,6	4,6	6,2	3,9	3,6	3,2
1997	6,8	4,5	4,6	4,1	3,2	3,4	4,6	7,9	3,6	3,5	3,6
1998	6,8	4,2	4,7	4,2	3,3	3,4	4,5	7,0	3,6	3,4	3,6
1999	7,6	4,9	5,2	4,7	3,6	3,7	5,0	7,7	4,1	3,7	3,9
2000	7,5	4,9	5,6	4,6	3,5	3,6	4,8	6,5	3,8	3,7	3,6
2001	8,0	4,9 ^{b)}	5,4	5,0	3,7	3,9	5,1	8,1	4,1	3,9	4,1
2002	8,2	5,9	5,9	5,3	4,0	4,2	5,5	8,6	4,4	4,1	4,8
2003	7,8	6,0	6,2	5,3	4,1	4,2	5,5	9,2	4,6	4,0	4,9
2004	7,7	5,9	5,9	5,0	4,0	4,0	5,2	8,6	4,2	3,9	4,6
2005	7,7	5,8	6,1	5,0	4,2	4,1	5,3	8,6	4,4	3,8	4,6

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrland	Hela landet
1988	4,8	4,8	4,2	4,2	4,2	4,3	4,6	5,5	3,9	4,9	4,9
1989	4,8	4,9	4,2	4,3	4,1	4,3	4,6	5,6	3,9	5,1	5,0
1990	4,6	4,7	4,1	4,2	4,0	4,1	4,5	5,4	3,8	4,9	4,7
1991	4,5	4,5	4,0	4,1	4,1	4,1	4,5	5,2	3,8	4,8	4,6
1992	4,4	4,6	3,9	4,1	3,9	4,0	4,2	5,1	3,8	4,6	4,5
1993	4,3	4,3	3,6	4,0	3,7	3,7	3,9	4,8	3,6	4,2	4,3
1994	4,2	4,4	3,6	4,0	3,8	3,7	3,9	4,9	3,6	4,0	4,3
1995	4,7	4,8	3,7	4,3	4,5	4,2	4,2	6,1	4,2	4,6	4,8
1996	4,2	4,8	3,9	4,2	4,4	4,1	4,3	6,0	4,1	4,3	4,7
1997	4,5	5,0	4,0	4,3	4,4	4,1	4,3	6,1	4,3	4,4	4,7
1998	4,5	5,1	4,0	4,3	4,6	4,1	4,2	6,5	4,3	4,5	4,7
1999	5,0	5,8	4,5	4,9	5,1	4,7	5,0	7,1	5,0	4,9	5,0
2000	4,9	5,8	4,4	4,8	5,0	4,6	5,0	7,1	5,2	5,0	5,2
2001	5,2	6,7	4,7	5,1	5,5	5,2	5,4	7,8	5,4	5,3	5,6
2002	6,0	7,7	5,3	5,6	6,0	5,7	5,8	8,4	5,8	5,6	6,1
2003	6,0	8,0	5,1	5,6	6,2	5,9	6,1	8,8	6,1	6,4	6,1
2004	5,6	7,2	4,8	5,3	5,9	5,7	6,2	8,6	6,3	6,0	5,8
2005	5,8	7,4	5,1	5,2	6,0	5,5	6,0	8,8	6,2	6,2	5,9

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1979–1987 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) De svenska bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingick ej före 1995. Folkölsförsäljning ingår inte något år.

b) År 2001 saknas uppgifter från restauranger i Uppsala län.

Tabell 5. Länsvis försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1996–2005.

År	Stockholm	Uppsala ^{a)}	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
Sprit											
1996	1,6	1,2	1,5	1,3	1,2	1,5	1,8	1,8	1,5	1,2	1,3
1997	1,5	1,1	1,4	1,2	1,1	1,3	1,6	1,9	1,3	1,1	1,2
1998	1,4	1,1	1,3	1,2	1,0	1,2	1,6	1,9	1,2	1,0	1,1
1999	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,3	1,6	1,9	1,3	1,0	1,2
2000	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,2	1,5	1,7	1,3	1,0	1,1
2001	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	1,3	1,5	1,9	1,3	1,1	1,2
2002	1,5	1,3	1,4	1,2	1,0	1,3	1,5	1,9	1,3	1,1	1,2
2003	1,3	1,1	1,3	1,1	1,0	1,1	1,4	1,8	1,2	0,9	1,1
2004	1,1	1,0	1,1	1,0	0,8	1,0	1,2	1,6	1,0	0,8	0,9
2005	1,2	1,1	1,2	1,0	0,9	1,0	1,2	1,7	1,1	0,7	0,9
Vin											
1996	3,1	2,0	1,8	1,6	1,1	1,2	1,5	2,0	1,3	1,5	1,3
1997	3,3	2,1	2,0	1,7	1,1	1,2	1,6	2,6	1,3	1,6	1,5
1998	3,3	2,1	2,1	1,8	1,1	1,2	1,6	2,7	1,3	1,5	1,5
1999	3,6	2,3	2,3	2,0	1,3	1,4	1,8	3,0	1,5	1,7	1,7
2000	3,6	2,3	2,7	1,9	1,2	1,3	1,8	2,8	1,4	1,7	1,6
2001	3,9	2,5	2,5	2,1	1,3	1,5	1,9	3,4	1,5	1,8	1,8
2002	4,0	2,9	2,8	2,4	1,5	1,7	2,2	3,7	1,8	2,0	2,2
2003	4,0	3,1	3,0	2,5	1,6	1,8	2,3	4,2	1,9	2,1	2,4
2004	4,1	3,1	3,0	2,4	1,7	1,8	2,2	4,1	1,8	2,1	2,3
2005	4,0	3,0	3,0	2,4	1,7	1,8	2,3	3,9	1,9	2,0	2,3
Starköl											
1996	2,0	1,3	1,1	1,2	1,0	1,0	1,3	2,4	1,1	0,9	0,7
1997	2,1	1,3	1,3	1,2	1,0	0,9	1,3	3,4	1,0	0,8	0,9
1998	2,1	1,1	1,3	1,3	1,1	0,9	1,3	2,4	1,0	0,9	0,9
1999	2,5	1,5	1,6	1,5	1,3	1,1	1,6	2,8	1,2	1,0	1,1
2000	2,5	1,5	1,7	1,5	1,2	1,0	1,5	2,0	1,1	1,0	0,9
2001	2,6	1,3	1,7	1,6	1,3	1,1	1,6	2,8	1,3	1,0	1,1
2002	2,7	1,8	1,8	1,7	1,4	1,2	1,8	3,0	1,3	1,1	1,3
2003	2,5	1,8	1,9	1,7	1,5	1,3	1,8	3,2	1,5	1,1	1,4
2004	2,6	1,8	1,8	1,6	1,4	1,2	1,7	2,9	1,3	1,1	1,3
2005	2,5	1,7	1,9	1,6	1,6	1,3	1,8	3,0	1,4	1,1	1,4
Folköl 1995–2004 ^{b)}											
1995	1,9	1,3	1,4	1,2	1,0	1,1	1,5	1,9	1,2	1,1	1,1
1996	1,8	1,3	1,2	1,1	0,9	1,0	1,3	1,7	1,1	1,0	0,9
1997	1,7	1,2	1,2	1,0	0,8	0,9	1,2	2,0	0,9	0,9	0,9
1998	1,6	1,0	1,1	1,0	0,8	0,8	1,1	1,6	0,8	0,8	0,8
1999	1,7	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	1,1	1,7	0,9	0,8	0,9
2000	1,4	0,9	1,1	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3	0,7	0,7	0,7
2001	1,3	0,8	0,9	0,8	0,6	0,6	0,8	1,3	0,7	0,6	0,7
2002	1,1	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5	0,7	1,1	0,6	0,5	0,6
2003	1,0	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5	0,7	1,2	0,6	0,5	0,6
2004	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	1,0	0,5	0,5	0,6

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1971–1995 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) År 2001 saknas uppgifter från restauranger i Uppsala län.

b) Teoretiskt uppskattad folkölsförsäljning efter övrig per capita-försäljning, ej uppdaterad 2005.

Forts.

Forts. Tabell 5. Länsvis försäljning av sprit, vin, starköl och folköl i liter alkohol 100% per invånare 15 år däröver. 1996–2005.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norland	Jämtland	Väster- botten	Norrbottn	Hela Landet
Sprit											
1996	1,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,4	1,6	2,2	1,4	1,6	1,5
1997	1,3	1,7	1,2	1,2	1,3	1,3	1,5	2,1	1,3	1,4	1,3
1998	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	2,1	1,3	1,4	1,3
1999	1,3	1,8	1,2	1,2	1,3	1,2	1,5	2,2	1,4	1,4	1,3
2000	1,2	1,8	1,2	1,2	1,3	1,2	1,5	2,2	1,4	1,4	1,3
2001	1,3	1,9	1,2	1,2	1,4	1,3	1,5	2,3	1,4	1,4	1,4
2002	1,4	2,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	2,4	1,4	1,4	1,4
2003	1,2	2,0	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	2,2	1,3	1,4	1,3
2004	1,0	1,6	1,0	1,0	1,2	1,2	1,4	1,9	1,2	1,1	1,1
2005	1,1	1,7	1,1	1,0	1,3	1,2	1,4	2,0	1,3	1,2	1,1
Vin											
1996	1,7	1,5	1,4	1,7	1,5	1,4	1,4	1,8	1,3	1,2	1,9
1997	1,9	1,8	1,5	1,8	1,7	1,5	1,6	2,0	1,5	1,4	2,0
1998	1,9	1,9	1,5	1,8	1,8	1,5	1,6	2,2	1,6	1,5	2,0
1999	2,1	2,2	1,7	2,1	2,0	1,8	1,9	2,5	1,9	1,7	2,1
2000	2,0	2,2	1,7	2,0	2,0	1,8	2,0	2,6	2,0	1,7	2,2
2001	2,3	2,6	1,9	2,2	2,2	2,1	2,2	2,9	2,1	1,9	2,4
2002	2,7	3,2	2,2	2,6	2,5	2,4	2,5	3,4	2,4	2,2	2,8
2003	2,9	3,5	2,2	2,7	2,7	2,6	2,7	3,7	2,6	2,6	2,8
2004	2,8	3,3	2,2	2,6	2,7	2,6	2,8	3,8	2,8	2,5	2,8
2005	2,8	3,3	2,2	2,5	2,6	2,4	2,7	3,8	2,6	2,6	2,9
Starköl											
1996	1,2	1,5	1,2	1,2	1,5	1,3	1,2	2,1	1,4	1,5	1,3
1997	1,4	1,6	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	2,0	1,4	1,6	1,4
1998	1,4	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	1,1	2,2	1,4	1,6	1,4
1999	1,7	1,9	1,6	1,6	1,8	1,6	1,5	2,4	1,8	1,8	1,6
2000	1,6	1,8	1,5	1,5	1,7	1,6	1,5	2,3	1,8	1,9	1,7
2001	1,7	2,1	1,7	1,6	1,9	1,8	1,7	2,6	1,9	1,9	1,8
2002	1,9	2,4	1,8	1,8	2,1	1,9	1,9	2,7	2,0	2,0	1,9
2003	1,9	2,6	1,8	1,8	2,2	2,0	1,9	2,9	2,1	2,4	1,9
2004	1,8	2,3	1,7	1,7	2,1	2,0	2,0	2,9	2,3	2,3	1,9
2005	1,9	2,4	1,8	1,7	2,1	1,9	1,9	3,0	2,3	2,4	1,9
Folköl 1995–2004 ^{b)}											
1995	1,4	1,4	1,1	1,3	1,3	1,2	1,2	1,8	1,2	1,4	1,4
1996	1,2	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3
1997	1,2	1,3	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,6	1,1	1,1	1,2
1998	1,0	1,2	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0	1,1
1999	1,1	1,3	1,0	1,1	1,1	1,0	1,1	1,6	1,1	1,1	1,1
2000	0,9	1,1	0,8	0,9	1,0	0,9	1,0	1,4	1,0	1,0	1,0
2001	0,8	1,1	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	1,2	0,9	0,8	0,9
2002	0,8	1,0	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	1,1	0,8	0,7	0,8
2003	0,8	1,0	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8
2004	0,7	0,9	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	1,0	0,8	0,7	0,7

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1971–1995 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

b) Teoretiskt uppskattad folkölsförsäljning efter övrig per capita-försäljning, ej uppdaterad 2005.

Tabell 6. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2005.

År	Spritdrycker %	Vin %	Starköl %	Totalt (räknat som del av alkohol 100%)
1977	3	6	24	5
1978	3	7	22	6
1979	3	7	22	6
1980	3	7	24	7
1981	3	7	25	7
1982	3	8	24	8
1983	3	8	25	8
1984	3	8	25	9
1985	3	8	27	9
1986	4	9	28	10
1987	3	8	29	10
1988	4	8	33	12
1989	4	8	34	13
1990	4	7	35	13
1991	4	6	37	12
1992	4	6	41	14
1993	4	6	44	15
1994	5	7	45	17
1995	6	8	46	18
1996	7	10	46	20
1997	7	12	44	20
1998	8	12	43	20
1999	9	12	41	21
2000	10	11	37	17
2001	14	13	35	19
2002	14	13	34	18
2003	12	14	32	18
2004	15	12	32	17
2005	16	11	31	17

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 7. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2005. ^{a)} (Diagram 5)

År	Till allmänheten					Till slutna sällskap	Summa totalt
	Sprit-drycker	Vin	Starköl	Övriga	Summa till allmänheten		
1977	1 527	863	64	69	2 523	486	3 009
1978	1 614	938	63	86	2 701	827	3 528
1979	1 684	983	56	89	2 812	917	3 729
1980	1 739	991	56	100	2 886	968	3 854
1981	1 768	1 013	56	109	2 946	995	3 941
1982	1 850	1 064	49	117	3 080	1 007	4 087
1983	1 966	1 103	51	135	3 255	1 030	4 285
1984	2 161	1 191	57	116	3 525	1 123	4 648
1985	2 460	1 215	57	142	3 874	1 204	5 078
1986	2 712	1 225	53	154	4 144	1 265	5 409
1987	2 943	1 292	58	166	4 459	1 377	5 836
1988	3 124	1 328	56	184	4 692	1 477	6 169
1989	3 463	1 415	61	208	5 147	1 601	6 748
1990	3 729	1 492	63	244	5 528	1 692	7 220
1991	4 005	1 612	65	263	5 945	1 812	7 757
1992	4 345	1 735	75	282	6 437	1 844	8 281
1993	4 758	1 825	87	286	6 956	1 894	8 850
1994	5 143	1 934	105	296	7 478	1 918	9 396
1995	5 812	1 937	86	286	8 121	2 021	10 142
1996	..	..	..	..	..	..	..
1997	6 532	1 760	78	266	8 636	1 871	10 507
1998	7 067	1 614	74	273	9 028	1 851	10 879
1999	7 371	1 447	46	281	9 145	1 855	11 000
2000	7 960	1 341	42	288	9 631	1 866	11 497
2001	8 090	1 269	42	289	9 690	1 861	11 551
2002	8 502	1 240	49	271	10 062	1 897	11 959
2003	8 707	1 188	49	267	10 211	1 879	12 090
2004	8 933	1 048	36	268	10 285	1 778	12 063
2005	9 210	1 001	37	278	10 526	1 780	12 306

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 8. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1989–2005.

År		Sprit	Vin	Starköl	Summa	Totalt
1989	S	8 355	5 264	3 091	16 710	22 006
	R	1 240	1 113	2 943	5 296	
	R %	13%	17%	49%	24%	
1990	S	8 595	5 866	3 431	17 892	23 519
	R	1 206	1 085	3 335	5 627	
	R %	12%	16%	49%	24%	
1991	S	8 834	6 350	3 686	18 870	24 678
	R	1 225	1 001	3 582	5 808	
	R %	12%	14%	49%	24%	
1992	S	8 497	6 456	3 602	18 555	24 230
	R	1 133	921	3 620	5 675	
	R %	12%	12%	50%	23%	
1993	S	8 387	6 613	3 361	18 360	24 159
	R	1 103	901	3 795	5 799	
	R %	12%	12%	53%	24%	
1994	S	8 267	7 191	3 589	19 047	25 552
	R	1 217	1 029	4 229	6 475	
	R %	13%	13%	54%	25%	
1995	S	7 858	7 406	3 581	18 845	24 992
	R	1 170	1 001	3 976	6 147	
	R %	13%	12%	53%	25%	
1996	S	7 424	7 813	3 552	18 794	24 837
	R	1 169	1 131	3 743	6 043	
	R %	14%	13%	51%	24%	
1997	S	6 959	8 110	3 225	18 294	25 459
	R	1 406	1 376	4 383	7 165	
	R %	17%	15%	58%	28%	
1998	S	6 907	8 462	3 264	18 633	26 070
	R	1 643	1 532	4 262	7 437	
	R %	19%	15%	57%	29%	
1999	S	7 065	9 211	3 661	19 937	28 907
	R	2 136	1 934	4 900	8 970	
	R %	23%	17%	57%	31%	
2000	S	7 576	9 795	3 986	21 357	31 712
	R	2 670	2 367	5 318	10 355	
	R %	26%	19%	57%	33%	
2001	S	7 680	10 310	4 389	22 379	32 379
	R	2 628	2 325	5 047	10 000	
	R %	25%	18%	53%	31%	
2002	S	7 708	10 828	4 843	23 379	33 749
	R	2 694	2 422	5 254	10 370	
	R %	26%	18%	52%	31%	
2003	S	7 330	11 317	4 945	23 592	34 864
	R	2 954	2 668	5 650	11 272	
	R %	29%	19%	53%	32%	
2004	S	6 383	11 174	4 451	22 008	33 540
	R	2 912	2 835	5 785	11 532	
	R %	31%	20%	57%	34%	
2005	S	6 356	11 470	4 649	22 475	34 089
	R	2 858	3 100	5 656	11 614	
	R %	31%	21%	55%	34%	

Källa: Statens folkhälsoinstitut. Åren 1985–1987 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

Tabell 9. Realprisutvecklingen i Sverige för varugrupperna sprit, vin och starköl. December 1984–december 2005. Realprisindex december 1984=100.

År	Sprit	Vin ^{a)}	Starköl
1984	100	100	100
1985	95	98	98
1986	92	98	102
1987	98	99	105
1988	98	95	110
1989	99	98	117
1990	97	99	116
1991	92	93	111
1992	88	91	111
1993	97	84	106
1994	93	84	104
1995	93	88	100
1996	97	90	105
1997	97	89	86
1998	100	92	87
1999	101	94	86
2000	102	95	84
2001	100	86	83
2002	99	87	82
2003	98	86	81
2004	97	88	77
2005	97	87	75

Källa: Systembolaget.

a) Inklusive cider och blanddrycker.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 10–26)

Blanddrycker, d v s alkoholisk och stark cider, tillkom 1998 i skolundersökningen (tabellerna 10–12). I och med att inga frågor ställdes om dessa drycker de närmast föregående åren, samtidigt som dryckerna fanns att tillgå, innebär det att totalkonsumtionsvolymen varit underskattande de närmast föregående åren. År 1989 byttes metod för att beräkna totalkonsumtionen, något som ledde till högre tal, i alla fall för pojkarna.

Med begreppet ”icke-konsumenter” i tabellerna 11–12 avses elever som svarat att de inte dricker någon typ av alkohol.

I stället för 18 cl sprit efterfrågades i tabell 13 en ”kvarting sprit” före 2000. Båda frågevarianterna ställdes och redovisas under 2000. Som framgår innebär ändringen en liten men noterbar påverkan på resultaten. T o m 1977 efterfrågades 5 burkar mellanöl, varefter folköl tillkom, samtidigt som starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet inkluderades 1999. År 2004 utgick frågan om hur ofta man känner sig berusad när man dricker alkohol.

I tabell 14 baseras regionerna på län. ”Södra Sverige” utgörs av Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Halland, ”Mellersta Sverige” av Uppsala, Södermanland, Östergötland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg samt ”Norra Sverige” av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

Tabellerna 15–17 beskriver de mönstrandets konsumtionsvanor. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall. P g a ändrad frågekontext är inte svaren på berusningsfrågan i tabell 15 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 16 (se tabell not) och detta kan förklara den kraftiga uppgången av andelen som brukar berusa sig med ”vanligt” vin.

I tabellerna 18–20 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstrucken 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.

Tabell 10. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2006. (Diagram 6)

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

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och starkcider.

b) 1989 byttes beräkningsmetod. Totalkolumnen kan avvika något från summan av de olika dryckerna eftersom elever som lämnat någon dryckestyp obesvarad har exkluderats vid beräkningen av den totala konsumtionen.

Tabell 11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2006.

Pojkar	Antal	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
År									
1971	1 914	9	.	.	.	.	.	.	.
1972	3 089	10	.	.	.	.	.	.	.
1973	2 789	11	.	.	.	.	.	.	.
1974	2 352	11	..	..	..	..	..	..	..
1975	2 087	11	..	..	..	..	..	..	..
1976	2 151	9	..	..	..	..	..	..	..
1977	3 096	9	21	15	11	10	14	16	3
1978	4 734	11	22	14	13	11	15	13	2
1979	4 630	12	25	15	11	10	13	12	2
1980	4 977	13	30	17	11	10	10	9	2
1981	4 827	15	35	16	9	7	9	7	2
1982	2 599	19	31	13	9	8	9	9	2
1983	833	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	825	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	795	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 942	18	30	16	11	8	8	7	2
1987	2 958	20	31	14	10	7	9	7	2
1988	2 722	22	32	13	10	7	8	7	1
1989	2 863	22	27	15	11	8	9	7	2
1990	3 019	20	29	14	10	8	9	8	2
1991	2 980	18	27	13	10	9	10	8	3
1992	3 000	18	26	15	10	9	10	9	3
1993 ^{a)}	1 495	19	26	14	9	8	9	7	7
1994	2 919	18	26	13	10	9	9	9	7
1995	2 827	21	25	13	9	7	9	7	7
1996	3 071	22	24	12	9	7	9	7	9
1997	2 935	22	25	13	10	8	9	9	3
1998	2 760	21	22	13	10	8	9	11	6
1999	2 683	23	21	12	9	8	10	13	4
2000	2 499	19	21	11	9	8	11	15	6
2001	2 796	20	21	12	9	7	10	14	6
2002	2 726	23	23	11	9	8	10	12	5
2003	2 667	26	24	11	8	7	8	11	5
2004	2 661	28	24	10	7	6	10	12	5
2005	2 689	29	25	10	8	6	8	10	4
2006	2 487	32	23	11	6	5	9	10	4

Källa: CAN.

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

Tabell 12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2006.

Flickor	Antal	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%						Ej svar
			0–0,4	0,5–1,4	1,5–2,9	3,0–4,9	5,0–9,9	10,0–	
År									
1971	1 921	10	.	.	.	.	.	.	.
1972	2 996	9	.	.	.	.	.	.	.
1973	2 996	8	.	.	.	.	.	.	.
1974	2 282	10	..	..	..	..	..	..	..
1975	2 130	10	..	..	..	..	..	..	..
1976	1 985	9	..	..	..	..	..	..	..
1977	2 938	7	26	15	13	12	13	12	3
1978	4 809	8	28	17	13	12	12	8	2
1979	4 729	8	31	17	15	10	11	7	2
1980	4 964	11	36	19	12	8	8	5	1
1981	4 669	14	43	16	10	7	6	3	2
1982	2 547	18	40	15	10	6	5	4	1
1983	808	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	796	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	707	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 878	21	41	15	8	5	5	2	2
1987	2 820	20	39	17	10	5	5	3	2
1988	2 708	25	37	15	9	6	4	3	1
1989	2 851	24	37	15	9	6	5	3	2
1990	2 958	20	35	16	10	6	7	3	2
1991	2 903	21	34	16	11	7	6	3	2
1992	2 851	20	35	17	11	7	5	3	4
1993 ^{a)}	1 466	21	33	14	9	7	6	3	7
1994	2 949	20	30	16	10	7	6	3	6
1995	2 750	18	32	16	11	7	6	4	6
1996	2 956	20	32	13	10	7	6	3	8
1997	2 748	21	32	16	10	7	6	4	3
1998	2 695	17	31	16	10	8	7	6	4
1999	2 515	20	31	14	10	8	8	7	3
2000	2 605	18	29	13	9	8	10	7	6
2001	2 605	18	30	14	10	8	9	7	5
2002	2 623	23	23	11	9	8	10	12	5
2003	2 559	22	29	14	9	7	8	7	4
2004	2 753	25	27	12	9	7	9	8	3
2005	2 684	26	27	11	8	6	9	8	5
2006	2 403	30	25	11	7	7	7	8	5

Källa: CAN.

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

Tabell 13. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2006. (Diagram 8)

År	Antal	Känner sig berusad varje/nästan varje gång man dricker		Intensivkonsumtion ^{a)} någon gång per månad eller oftare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	42	28	.	.
1972	6 085	40	31	34	22
1973	5 594	43	35	31	22
1974	4 634	43	34	32	19
1975	4 217	42	36	31	22
1976	4 136	46	33	38	25
1977	6 034	44	39	37	29
1978	9 543	43	36	36	26
1979	9 359	40	34	35	30
1980	9 941	39	33	26	20
1981	9 496	35	29	21	16
1982	5 146	34	29	23	16
1983	1 641	32	29	22	18
1984	32 819	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.
1986	5 820	33	27	23	14
1987	5 778	34	30	19	15
1988	5 430	32	29	23	16
1989	5 714	37	29	26	17
1990	5 977	36	35	26	19
1991	5 883	39	35	29	20
1992	5 851	40	33	29	18
1993	5 913	39	36	30	22
1994	5 868	40	40	30	24
1995	5 577	39	42	29	24
1996	6 027	39	39	30	20
1997	5 683	38	39	29	23
1998	5 455	41	38	29	22
1999	5 198	38	36	30	22
2000	5 290	39	38	31	23
2001	5 569	38	38	30	25
2002	5 349	35	36	28	24
2003	5 243	30	35	25	23
2004	5 414	.	.	26	23
2005	5 373	.	.	25	23
2006	4 890	.	.	23	22

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 användes två olika frågeformuleringar och man övergick då från att fråga om 37 cl sprit till dagens mängd.

Tabell 14. Drogvanor bland elever i årskurs 9 samt gymnasiets årskurs 2 i olika regioner^{a)} i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2004–2006.

	Stockholms län	Västra Götalands län	Skåne län	Södra Sverige	Mellersta Sverige	Norra Sverige	Hela riket
Pojkar, år 9							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	3,1	3,6	4,8	4,0	3,8	2,1	3,6
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	22	24	29	27	25	15	24
Prövat narkotika någon gång	9	6	7	6	7	4	7
Sniffat någon gång	8	7	8	7	8	7	7
Prövat AAS någon gång	2	2	1	2	2	2	2
Röker	17	17	22	19	20	16	19
Snusar	17	19	19	22	22	21	20
Flickor, år 9							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	2,9	3,2	2,8	2,8	3,0	2,3	2,9
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	22	24	22	22	23	18	22
Prövat narkotika någon gång	7	7	8	5	6	6	6
Sniffat någon gång	8	7	7	4	8	6	7
Prövat AAS någon gång	0	0	1	1	1	1	1
Röker	30	30	28	27	28	23	28
Snusar	6	7	3	5	8	14	7
Pojkar, gymnasiet år 2							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	7,2	7,2	7,9	6,9	6,4	4,9	6,8
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	50	53	52	54	48	39	50
Prövat narkotika någon gång	23	16	19	12	17	11	17
Sniffat någon gång	9	8	10	5	6	6	7
Prövat AAS någon gång	1	1	3	1	2	2	2
Röker	31	31	33	34	33	31	32
Snusar	26	32	27	34	33	33	31
Flickor, gymnasiet år 2							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	4,3	3,9	4,3	3,5	4,1	2,9	3,9
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång							
per månad el oftare	39	44	40	42	42	39	41
Prövat narkotika någon gång	18	13	16	11	13	10	14
Sniffat någon gång	5	4	6	3	5	5	5
Prövat AAS någon gång	0	0	0	0	0	0	0
Röker	42	40	40	37	40	36	40
Snusar	7	10	5	8	13	20	11

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 15. "Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2005. (Diagram 8)

År	Antal tillfrågade	Ej svar	Någon gång i veckan	Någon gång i månaden	Mera sällan	Aldrig
1973	57 992	4,5	18,2	37,8	27,5	12,0
1974	54 328	1,7	21,0	39,3	26,3	11,7
1975	54 711	2,3	19,3	40,2	27,2	11,0
1976	52 361	1,4	19,4	41,7	26,8	10,7
1977	52 129	1,1	20,2	42,4	25,8	10,5
1978	47 659	2,5	18,4	43,1	25,7	10,3
1979	49 658	2,8	16,5	42,2	27,6	11,0
1980	49 902	1,1	12,6	40,2	32,6	13,5
1981	54 363	1,0	10,6	36,9	35,2	16,2
1982	51 932	0,9	9,7	36,9	36,7	15,8
1983	52 011	0,9	6,9	35,1	39,2	18,0
1984	49 358	1,9	6,5	35,0	39,2	17,3
1985	35 278	1,6	6,1	37,1	39,3	15,9
1986	46 646	4,4	5,3	35,8	38,8	15,7
1987	40 533	5,5	6,2	36,1	37,2	15,0
1988	41 125	6,2	6,2	38,5	39,1	15,1
1992	27 839	1,5	8,8	45,6	31,8	12,3
1993	33 956	1,9	9,8	45,6	30,4	12,3
1994	39 519	2,0	10,8	43,5	30,8	12,9
1995	44 878	1,1	14,5	45,9	27,1	11,4
1996	47 544	1,2	14,5	44,5	27,9	11,9
1997	38 878	1,0	15,0	45,3	27,0	11,8
1998	44 437	0,8	17,1	45,3	25,5	11,3
1999	42 751	0,8	18,7	44,7	24,1	11,6
2000 ^{a)}	37 566	0,7	13,8	45,8	25,4	14,3
2001	39 276	0,9	14,0	46,8	24,0	14,3
2002	39 742	1,2	14,4	46,1	23,8	14,6
2003	40 369	1,2	12,7	45,8	24,7	15,5
2004	42 469	1,8	13,1	44,7	24,2	16,2
2005	41 901	1,8	12,2	43,8	24,7	17,6

Källa: CAN.

a) Frågan är inte längre jämförbar med tidigare år p g a ny frågekontext.

Tabell 16. "Brukar du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 1981–2005.

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

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 17. Mönstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive tobaksvanor fördelade på län. Procent. 2005.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- kons. minst 1 gång/ a)	An- vänt nar- kotika	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker	Snusar
Stockholm	6 870	13,8	8,2	18,6	4,9	0,7	23,3	30,9
Uppsala	1 182	15,6	5,7	13,4	4,5	0,7	20,1	29,1
Södermanland	1 291	13,0	6,6	11,5	5,0	0,9	23,6	32,2
Östergötland	2 015	13,3	7,3	11,7	5,3	0,5	21,7	31,2
Jönköping	1 991	17,3	4,8	8,0	2,6	0,4	18,8	35,6
Kronoberg	945	8,1	8,6	9,3	3,0	0,1	21,5	34,2
Kalmar	1 414	9,5	6,9	10,0	3,9	0,4	21,3	33,4
Gotland	221	9,5	5,0	14,0	4,1	0,5	24,0	35,7
Blekinge	692	11,0	5,2	11,8	4,2	0,6	17,5	31,6
Skåne	4 754	11,5	6,8	14,3	4,5	0,5	22,6	27,4
Halland	1 682	10,3	9,9	12,8	3,4	0,2	23,0	31,7
Västra Götaland	8 190	12,0	9,0	13,2	5,5	0,6	23,6	33,7
Värmland	1 302	9,9	8,0	10,3	4,6	0,7	18,5	36,3
Örebro	1 146	17,0	5,8	8,2	3,0	0,3	20,0	31,8
Västmanland	1 221	15,3	5,1	12,0	4,9	0,7	22,6	33,3
Dalarna	1 272	10,2	7,2	12,3	5,0	0,6	18,6	33,4
Gävleborg	1 302	10,4	9,1	14,2	7,9	1,3	24,2	37,9
Västernorrland	1 048	16,7	7,3	13,2	6,8	0,7	20,2	34,2
Jämtland	696	9,8	6,9	17,4	7,8	1,0	24,6	35,3
Västerbotten	1 186	19,2	6,9	14,4	5,6	0,7	25,5	33,1
Norrbotten	1 008	11,3	10,5	12,7	9,4	2,0	28,8	38,3
Hela riket	41 901	12,7	7,5	13,5	5,0	0,7	22,2	32,0

Källa: CAN.

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

Tabell 18. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **folköl** och **starköl** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Folk-öl	Stark-öl	Folk-öl	Stark-öl	Folk-öl	Stark-öl	Folk-öl	Stark-öl
1979/80	0,8	1,7	1,0	2,0	0,2	0,5	0,2	0,3
1980/81	0,8	1,0	0,8	2,2	0,2	0,4	0,4	0,4
1981/82	0,7	1,0	0,6	1,8	0,3	0,4	0,2	0,4
1982/83	0,5	0,9	0,6	2,2	0,1	0,4	0,2	0,4
1983/84	0,5	0,7	0,5	2,0	0,1	0,3	0,2	0,4
1984/85	0,5	0,8	0,6	1,9	0,1	0,2	0,2	0,3
1985/86	0,4	1,0	0,6	1,9	0,1	0,4	0,2	0,4
1986/87	0,4	1,4	0,7	2,4	0,1	0,3	0,1	0,7
1987/88	0,6	1,6	0,8	2,7	0,1	0,6	0,1	0,5
1988/89	0,6	1,5	0,7	2,8	0,1	0,7	0,2	0,9
1989/90	0,5	1,4	0,6	2,7	0,2	0,6	0,3	1,0
1991/92	0,9	1,3	0,6	2,8	0,2	0,6	0,1	1,0
1994	2,0	1,7	1,3	3,8	0,5	0,7	0,2	1,3

1994	1,3	1,7	1,1	3,5	0,5	0,7	0,7	1,2
1996	2,1	2,0	1,3	3,9	0,5	0,7	0,2	1,1
1998	1,3	1,5	1,2	4,0	0,4	0,5	0,3	1,2
2003	1,0	2,4	0,6	4,5	0,2	0,6	0,3	1,0

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inkl starkvin) och **blanddrycker**^{a)} i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker
1979/80	0,4	.	1,0	.	0,6	.	0,9	.
1980/81	0,5	.	0,9	.	0,7	.	0,8	.
1981/82	0,5	.	1,0	.	0,7	.	0,8	.
1982/83	0,4	.	0,8	.	0,5	.	0,8	.
1983/84	0,4	.	0,8	.	0,5	.	1,0	.
1984/85	0,4	.	0,7	.	0,5	.	0,9	.
1985/86	0,4	.	0,9	.	0,6	.	0,9	.
1986/87	0,3	.	0,7	.	0,5	.	0,7	.
1987/88	0,3	.	0,6	.	0,5	.	0,8	.
1988/89	0,2	.	0,8	.	0,4	.	0,7	.
1989/90	0,2	.	0,5	.	0,4	.	0,7	.
1991/92	0,2	.	0,5	.	0,3	.	0,6	.
1994	0,2	.	0,6	.	0,5	.	0,9	.

1994	0,4	.	0,6	.	0,4	.	0,8	.
1996	0,5	.	0,9	.	0,5	.	1,3	.
1998	0,2	0,5	0,8	0,6	0,5	0,6	1,3	0,7
2003	0,3	0,7	1,0	0,7	0,5	0,8	1,2	0,9

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

a) "Stark cider, alkoholisk eller andra blanddrycker".

Tabell 20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **sprit** respektive den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 7 och 9)

År	Pojkar				Flickor			
	16–19 år		20–24 år		16–19 år		20–24 år	
	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons	Sprit	Total årskons
1979/80	2,1	4,8	2,5	6,5	1,0	2,2	0,6	2,0
1980/81	1,2	3,5	2,4	6,3	0,4	1,7	0,4	1,9
1981/82	0,8	3,0	2,1	5,5	0,6	2,0	0,4	1,8
1982/83	0,8	2,6	1,8	5,4	0,3	1,3	0,6	2,1
1983/84	0,9	2,4	2,4	5,7	0,4	1,2	0,5	2,1
1984/85	0,7	2,4	1,3	4,4	0,3	1,1	0,3	1,7
1985/86	0,7	2,5	1,3	4,7	0,5	1,6	0,5	2,0
1986/87	0,7	2,9	1,5	5,3	0,4	1,3	0,4	1,9
1987/88	1,0	3,4	1,7	5,7	0,5	1,7	0,4	1,9
1988/89	1,2	3,5	1,5	5,7	0,4	1,7	0,4	2,2
1989/90	0,7	2,9	1,3	5,1	0,5	1,6	0,5	2,4
1991/92	0,9	3,3	1,4	5,3	0,5	1,5	0,4	2,1
1994	1,0	4,9	1,6	7,2	0,5	2,2	0,5	2,9

1994	0,9	4,4	1,5	6,7	0,3	2,0	0,4	3,2
1996	1,4	5,7	1,8	7,8	0,4	2,2	0,4	3,1
1998	0,7	4,1	1,6	7,9	0,4	2,3	0,4	3,8
2003	1,1	5,4	1,8	8,5	0,7	2,6	0,6	3,9

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 21. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–70 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,4	1,0	2,8	.	1,6	1,4	10,2
1983	3,4	0,8	2,7	.	1,8	1,4	9,9
1984	3,3	0,8	2,6	.	1,2	1,1	8,8
1985	3,1	1,0	2,8	.	1,9	1,5	10,2
1986	3,1	1,0	3,3	.	2,1	1,6	10,8
1987	3,0	0,8	2,7	.	1,9	1,4	9,7
1988	2,9	0,8	2,8	.	2,7	1,7	10,8
1989	3,2	0,7	3,0	.	2,6	1,9	11,2
1990	2,8	0,4	2,8	.	2,4	1,2	9,4
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	3,2	0,8	2,7	.	2,4	1,6	10,7
1993	2,5	0,6	2,5	.	3,0	1,9	10,5
1994	2,3	0,6	2,1	.	3,1	2,0	10,0
1996	2,3	0,6	2,4	.	3,1	1,8	10,1
1998	2,3	0,5	2,9	0,4	2,8	1,6	10,5
2000	2,1	0,5	2,8	0,4	2,7	1,5	9,9

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–29 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,5	1,4	3,4	.	3,9	2,0	13,9
1983	3,4	0,9	3,5	.	4,3	1,8	13,8
1984	3,7	1,0	2,6	.	2,6	1,2	11,0
1985	3,5	1,2	3,2	.	4,8	1,8	14,4
1986	3,9	1,4	3,4	.	5,5	1,8	15,9
1987	3,2	1,0	2,9	.	4,4	2,0	13,3
1988	3,4	1,2	2,2	.	6,1	1,7	14,5
1989	4,2	0,7	3,0	.	6,3	2,0	15,9
1990	3,2	0,4	2,1	.	5,4	1,0	11,9
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	3,3	0,9	2,2	.	4,4	1,4	12,3
1993	3,1	0,7	1,4	.	5,5	1,9	12,7
1994	3,1	0,7	1,6	.	6,7	2,2	14,3
1996	2,7	0,4	1,6	.	5,3	2,0	12,0
1998	2,3	0,6	2,3	1,2	4,5	1,7	12,6
2000	2,6	0,5	1,9	1,1	4,3	1,7	12,1

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 23. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 30–49 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,3	1,0	3,3	.	1,1	1,3	9,8
1983	3,5	0,8	2,7	.	1,2	1,3	9,2
1984	2,7	0,8	3,4	.	0,8	1,2	8,8
1985	3,0	0,9	3,5	.	1,2	1,5	10,0
1986	3,0	0,9	4,2	.	1,2	1,7	10,9
1987	2,7	0,8	3,5	.	1,6	1,4	9,8
1988	2,7	0,7	3,6	.	2,0	1,8	10,6
1989	2,8	0,8	3,6	.	1,7	2,0	10,6
1990	3,0	0,6	3,7	.	2,2	1,5	10,8
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	3,3	0,8	3,3	.	2,4	1,8	11,6
1993	2,0	0,6	2,9	.	2,7	2,2	10,4
1994	2,0	0,4	2,4	.	2,4	2,2	9,5
1996	2,4	0,6	2,4	.	3,0	2,1	10,5
1998	2,2	0,5	3,0	0,2	2,8	1,6	10,3
2000	1,5	0,5	3,0	0,2	2,9	1,5	9,6

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 24. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 50–70 år.** 1982–2000.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,5	0,8	1,9	.	0,6	1,0	7,7
1983	3,3	0,7	2,2	.	0,7	1,0	7,9
1984	3,7	0,6	1,8	.	0,6	0,8	7,1
1985	2,8	1,0	1,7	.	0,4	1,3	7,2
1986	2,5	0,7	2,0	.	0,6	1,2	6,7
1987	3,2	0,8	1,6	.	0,4	0,9	6,6
1988	2,8	0,4	2,3	.	0,7	1,6	7,7
1989	3,0	0,6	2,2	.	1,0	1,7	8,2
1990	2,2	0,3	2,1	.	0,4	1,2	6,1
1991	..	..	..	..	..	..	..
1992	3,1	0,9	2,2	.	0,6	1,3	8,1
1993	2,8	0,5	2,9	.	0,9	1,4	8,5
1994	2,1	0,4	2,1	.	0,7	1,6	7,0
1996	1,8	0,6	3,0	.	1,0	1,2	7,7
1998	2,4	0,6	3,3	0,1	1,5	1,3	9,1
2000	2,3	0,4	3,3	0,1	1,5	1,2	8,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 25. 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 26. 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 27–34)

Omhändertaganden enligt LOB uppvisar numera en klart lägre nivå jämfört med 1980-talet. Detta speglar snarast ett förändrat arbete mot fylleri från polisens sida och inte en faktisk nedgång i fylleriet. Perioden 1991–2000 inkluderades inte personer under 15 år i tabell 27. Dessa var dock så få (257 pers år 2000) att detta saknar betydelse för statistikens utseende. Vidare ingår andra droger än alkohol men 2004 exempelvis utgjorde de grund för endast 1% av ingripandena.

I tabell 29 redovisas Brås statistik över anmälda trafiknykterhetsbrott. Sedan år 2000 redovisas samtliga anmälda trafiknykterhetsbrott, tidigare redovisades endast de där det fanns en skäligen misstänkt person. Detta gör att data i tabell 29 fr o m 2000 ligger på en högre nivå och inte är fullt jämförbara med tidigare år. Sedan 1999 inkluderas också rattfylleri under påverkan av narkotika i trafiknykterhetsbrottsstatistiken (gäller även tabell 30). Före 2001 går inte drograttfylleriet att särskilja, medan detta har utgjort anmälningsgrund i 20–25% av fallen sedan dess, ensamt eller i kombination med alkohol.

I tabell 31 och 32 redovisas antalet delaktiga förare i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada med avseende på misstänkt alkoholpåverkan. T o m 1996 var antalet olyckor där uppgift om alkoholpåverkan saknades tämligen få och uppgick till ca 4% av alla inrapporterade olyckor. Dessa olyckor inkluderades tidigare inte i den här redovisade statistiken. År 1997 inträffade en försämring av statistiken såtillvida att andelen fall där uppgift om alkoholpåverkan saknades plötsligt ökade och sedan dess ligger närmare 25%. Sedan 1997 inkluderas även dessa fall, eftersom olyckstrenderna annars skulle förryckas. Det kan noteras att antalet misstänkt påverkade hela tiden ökat, trots den nya nivån på saknade uppgifter.

Av tabell 33 framgår antalet lagföringar för sjöfylleri (§ 4 och 5 i sjölagen) och det bör påpekas att både huvud- och bibrott är inräknade.

Tabell 34 innehåller positiva fynd gjorda vid rättskemisk analys. Eftersom samma person kan ha flera positiva fynd kan talen inte adderas. I tabellen redovisas den omedelbara (underliggande) dödsorsaken. Denna kan ibland ändras av SCB t ex då ett epilepsianfall lett till drunkning i vilket fall epilepsi blir underliggande dödsorsak och drunkning bidragande. Drunkning som underliggande dödsorsak omfattar ca 10–15 färre fall per år.

Tabell 27. Ingridanden i antal och per 1000 invånare 15 och däröver enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2005.

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

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

Tabell 28. 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. 1990–2005.

Län	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
Stockholm	10	9	9	9	12	9	8	8	8	4	4	4	4	4	4	4
Uppsala	7	7	7	7	9	7	7	8	9	6	5	6	7	6	6	6
Södermanland	16	19	15	16	18	14	14	15	15	13	10	10	7	8	8	9
Östergötland	12	11	11	12	13	11	10	10	11	9	11	10	10	10	9	9
Jönköping	11	10	8	9	9	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	6
Kronoberg	8	6	6	6	7	5	5	6	5	5	4	4	2	4	4	3
Kalmar	9	7	6	6	7	4	4	5	5	5	6	5	5	5	5	5
Gotland	11	11	9	10	9	7	7	7	7	6	6	6	6	7	9	8
Blekinge	12	9	9	10	12	8	7	8	12	11	9	7	7	6	6	7
Skåne	7	7	7	6	8	6	6	7	7	6	5	5	5	5	5	6
Halland	8	8	7	8	8	6	6	7	8	8	8	7	6	6	6	6
Västra Götaland	14	13	12	12	13	12	11	11	13	10	9	9	7	7	7	8
Värmland	9	8	8	9	9	8	7	8	10	6	6	5	5	5	6	6
Örebro	13	14	13	13	13	11	9	10	12	9	9	9	7	7	9	9
Västmanland	15	16	16	16	20	14	12	12	14	12	10	10	10	10	11	12
Dalarna	9	8	7	8	9	6	6	5	5	5	4	6	5	5	5	5
Gävleborg	7	7	6	6	7	5	5	5	5	3	4	4	5	5	5	6
Västernorrland	11	12	11	11	11	9	7	8	7	7	7	7	8	8	8	8
Jämtland	8	6	6	5	8	7	8	8	10	7	7	7	8	7	7	8
Västerbotten	8	7	7	7	8	6	7	8	7	5	5	5	6	6	6	7
Norrbottn	11	9	10	11	13	9	9	9	10	8	8	7	6	6	6	7
Hela landet	11	10	10	9	11	9	8	9	9	7	7	6	6	6	6	7

Källa: Trafikregistret, Vägverket. Åren 1973–1989 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

Tabell 29. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2005.

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	21 015	239
1955	9 071	125	1975	21 695	265	1995	16 778	190
1956	11 694	160	1976	20 766	253	1996	14 806	167
1957	12 026	163	1977	22 185	269	1997	12 686	143
1958	12 286	166	1978	22 670	274	1998	11 923	135
1959	13 490	181	1979	21 698	262	1999 ^{a)}	13 943	157
1960	12 702	170	1980	21 678	261	2000 ^{b)}	17 412	196
1961	13 329	177	1981	21 065	253	2001	18 036	202
1962	12 678	168	1982	21 217	255	2002	19 591	219
1963	12 592	166	1983	22 492	270	2003	20 836	232
1964	14 822	193	1984	21 922	263	2004	22 185	246
1965	16 494	213	1985	19 767	237	2005	23 225	257
1966	17 031	218	1986	23 150	277			
1967	18 001	229	1987	22 923	273			
1968	15 923	201	1988	24 351	289			
1969	18 442	231	1989	26 167	308			

Källa: Brå.

a) Sedan 1999 inkluderas rattfylleri under påverkan av narkotika.

b) Sedan 2000 inkluderas anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas.

Tabell 30. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2005. ^{a)}

År	Ålder							Andel män (%)	Totalt
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–		
1975	1 660	1 800	3 516	2 776	3 417	1 824	1 324	.	16 317
1976	1 390	1 539	3 127	2 628	3 514	1 766	1 382	.	15 346
1977	1 228	1 390	2 852	2 240	3 263	1 549	1 144	.	13 666
1978	1 170	1 352	3 241	2 562	3 800	1 730	1 295	.	15 150
1979	1 010	1 286	2 872	2 361	3 781	1 919	1 366	.	14 595
1980	948	1 228	3 023	2 417	4 300	2 202	1 529	.	15 647
1981	829	1 187	2 744	2 318	4 161	2 114	1 487	.	14 840
1982	823	1 240	2 712	2 434	4 253	2 232	1 578	.	15 272
1983	785	1 253	2 909	2 338	4 259	2 454	1 502	.	15 500
1984	621	1 167	2 669	2 191	3 835	2 321	1 447	94	14 251
1985	532	1 219	2 660	2 080	3 665	2 426	1 459	94	14 041
1986	560	1 234	2 916	2 224	3 809	2 725	1 586	93	15 054
1987	325	939	3 194	2 194	3 926	2 986	1 688	93	15 252
1988	343	925	3 253	2 306	3 891	3 117	1 803	93	15 638
1989	370	1 060	3 606	2 701	4 161	3 370	1 912	92	17 180
1990	389	905	3 384	2 810	4 345	3 516	2 081	92	17 430
1991	463	807	3 205	2 914	4 618	3 975	2 414	93	18 396
1992	388	721	2 642	2 687	4 364	3 735	2 584	92	17 121
1993	440	655	2 322	2 487	4 161	3 687	2 860	91	16 612
1994	367	512	1 991	1 913	3 697	3 421	2 762	91	14 663
1995	489	516	1 380	1 468	2 864	2 749	2 329	91	11 795
1996	419	410	1 256	1 282	2 698	2 594	2 357	92	11 016
1997	332	450	1 228	1 242	2 773	2 588	2 548	92	11 161
1998	320	411	1 181	1 138	2 592	2 550	2 470	91	10 662
1999 ^{b)}	187	275	1 086	1 004	2 348	2 252	2 341	91	9 493
2000 ^{c)}	383	513	1 443	1 217	2 922	2 660	2 543	91	11 695
2001	450	611	1 786	1 425	3 307	2 918	2 920	89	13 422
2002	509	674	1 959	1 520	3 362	3 088	3 127	89	14 246
2003	469	697	2 031	1 670	3 396	3 265	3 368	89	14 905
2004	454	704	2 053	1 716	3 559	3 562	3 642	90	15 696
2005	480	680	2 081	1 701	3 539	3 905	3 971	88	16 364

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.

b) Sedan 1999 inkluderas också rattfylleri under påverkan av narkotika.

c) Sedan år 2000 kan åldersuppgifter saknas för enskilda personer.

Tabell 31. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2005.^{a)} (Diagram 12)

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

Källor: SIKA och SCB.

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

Tabell 32. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl mop) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2005.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
–14	119	0	3	0	3
15	851	3	11	1	1
16–17	395	1	33	3	8
18–19	1 452	5	63	7	4
20–24	3 081	11	145	15	5
25–34	5 144	19	231	24	4
35–44	5 118	19	217	23	4
45–54	3 914	14	142	15	4
55–64	3 079	11	69	7	2
65–74	1 306	5	28	3	2
75–	977	4	5	1	1
Okänd	1 821	7	8	1	0
Totalt	27 257	100	955	100	4

Källa: SIKa.

Tabell 33. Antal lagföringar för sjöfylleri, huvud- och bibrott (§ 4 och 5 i sjölagen). 1974–2005.

År	Antal	År	Antal	År	Antal	År	Antal
1974	58						
1975	58	1985	98	1995	70	2005	119
1976	64	1986	95	1996	75		
1977	61	1987	80	1997	64		
1978	72	1988	94	1998	69		
1979	86	1989	84	1999	48		
1980	123	1990	84	2000	77		
1981	128	1991	77	2001	84		
1982	106	1992	74	2002	77		
1983	125	1993	67	2003	103		
1984	111	1994	62	2004	126		

Källa: Brå.

Tabell 34. Alkoholförekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2005.

År	Genomförda analyser	Alkoholförekomst		Varav män	
		Antal	%	Antal	%
1992	329	153	47	108	71
1993	324	111	34	83	75
1994	324	126	39	93	74
1995	320	148	46	117	79
1996	262	88	34	61	69
1997	285	124	44	94	76
1998	260	104	40	74	71
1999	250	104	42	74	71
2000	267	115	43	81	70
2001	286	115	40	89	77
2002	292	132	45	94	71
2003	246	116	47	91	78
2004	215	99	46	76	77
2005	211	85	40	66	78

Källa: Rättsmedicinalverket.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen; Vård, sjuklighet och dödlighet (tabellerna 35–44)

Tabellerna 35–36 beskriver antalet missbrukare i institutionsvård enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 6§ Socialtjänstlagen (SoL). Från och med 1998 redovisar tabellerna situationen 1 november, tidigare gjordes tvärsnittsundersökningarna den 31 december. År 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader vilket förklarar den kraftiga ökningen detta år. Sedan 1998 definieras vuxen som 21 år och äldre, istället för 18 år och äldre som tidigare, varför inga 18–20-åringar ingår i statistiken från detta år. Antalet LVM-vårdade under 1998 har inte kunnat beräknas.

I tabellerna 37–44 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet och det bör påpekas att man 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker, ICD-10. Detta leder till att jämförbarheten med tidigare år minskar, även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare (se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna). Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

Tabell 37 visar utvecklingen av utskrivningar för dem som vårdats med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker, enligt EpCs index över alkoholrelaterad slutenvård. Noteras bör att siffrorna i tabellen är reviderade i årets rapport eftersom EpC övergått till att använda samma diagnosindex som för den alkoholrelaterade dödligheten. Detta innebär att diagnosen K85 (akut pankreatit) utesluts medan diagnoserna Y90, Y91, Z50.2 och Z71.4 lagts till (se definitioner i bilaga 1). Detta har fått till följd att antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen sjunkit med ca 4 500 årliga fall.

Av tabell 37 framgår vidare antalet unika individer som vårdats med alkohol-diagnos någon gång sedan 1987. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras. ICD-kodsbytet 1997 kan också ha lett till försämringar av jämförbarheten över tid för detta mått.

I tabellerna 38–39 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 40–44 redovisar utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall för fyra diagnostyper och endast underliggande dödsfall redovisas, till skillnad från föregående tabeller. Pankreatit ingår inte då det befunnits svårt att finna diagnoskoder som speglar utveckling över längre tid på ett tillfredsställande sätt.

Tabell 35. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6§ Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983–2005.

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

Källa: Socialstyrelsen.

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

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

Tabell 36. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2005.

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

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 37. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2005.^{a)}

År	Alkoholrelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Första-gångs-vårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	41 654	81	9 569	19	51 223	100	3,1	26 619	26 616
1988	40 737	81	9 500	19	50 237	100	3,0	26 530	15 544
1989	38 026	80	9 221	20	47 247	100	2,9	25 398	12 150
1990	35 901	80	8 854	20	44 755	100	2,7	24 296	10 661
1991	36 231	80	8 957	20	45 188	100	2,6	24 332	10 084
1992	35 478	80	8 968	20	44 446	100	2,6	24 015	9 663
1993	36 615	81	8 844	19	45 459	100	2,7	23 995	9 415
1994	37 076	80	9 443	20	46 519	100	2,8	24 551	9 695
1995	35 388	79	9 238	21	44 626	100	2,8	23 902	9 339
1996	32 937	79	8 977	21	41 914	100	2,6	22 611	8 474
1997	30 838	77	9 031	23	39 869	100	2,6	22 081	8 666
1998	28 638	77	8 541	23	37 179	100	2,4	21 157	8 438
1999	29 462	76	9 182	24	38 644	100	2,6	21 483	8 485
2000	29 874	76	9 651	24	39 525	100	2,7	21 398	8 820
2001	28 728	76	9 286	24	38 014	100	2,6	21 042	8 712
2002	29 680	75	9 719	25	39 399	100	2,7	21 418	8 895
2003	31 423	76	9 767	24	41 190	100	2,9	21 745	8 790
2004	31 805	75	10 757	25	42 562	100	2,9	22 681	9 624
2005	30 846	74	10 966	26	41 812	100	2,8	22 969	9 733

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om första-gångsvårdade.

Tabell 38. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003. ^{a)} (Diagram 13 och 14)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	
	–39	40–49	50–59	60–69	70–	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Index per inv. 1985 =100
1969	96	146	192	194	72	620	16,7	80	2,1	700	38
1970	102	153	217	204	104	678	18,5	102	2,6	780	42
1971	148	177	255	215	123	806	21,3	112	2,9	918	49
1972	160	246	303	270	120	973	25,8	126	3,1	1 099	59
1973	203	231	344	303	136	1 081	28,3	136	3,5	1 217	65
1974	248	312	423	309	158	1 262	33,3	188	4,8	1 450	77
1975	276	305	396	320	160	1 240	32,6	217	5,6	1 457	78
1976	314	338	440	373	183	1 369	35,9	279	6,9	1 648	87
1977	320	372	497	413	193	1 518	39,5	277	7,1	1 795	95
1978	371	350	559	445	211	1 629	42,2	307	7,7	1 936	102
1979	421	405	684	537	231	1 893	49,0	385	9,6	2 278	120
1980	368	436	584	474	310	1 810	47,3	362	9,1	2 172	114
1981	327	348	554	482	264	1 661	42,8	314	7,7	1 975	103
1982	358	359	532	527	334	1 775	45,7	335	8,2	2 110	110
1983	313	358	494	493	300	1 639	42,4	319	7,9	1 958	102
1984	324	354	510	457	307	1 636	42,2	316	7,8	1 952	102
1985	297	372	463	478	306	1 570	40,1	346	8,2	1 916	100
1986	299	393	475	490	316	1 624	41,5	349	8,4	1 973	103
1987	273	378	472	466	272	1 545	39,3	316	7,7	1 861	97
1988	242	406	457	460	289	1 537	39,1	317	7,6	1 854	96
1989	223	401	438	454	322	1 545	39,2	293	6,9	1 838	94
1990	177	410	472	488	332	1 563	39,4	316	7,5	1 879	96
1991	197	440	477	527	338	1 626	40,7	353	8,2	1 979	100
1992	166	407	496	533	399	1 652	41,3	349	8,1	2 001	101
1993	171	386	483	472	409	1 613	40,1	308	7,1	1 921	96
1994	174	392	519	442	375	1 559	38,3	343	7,8	1 902	94
1995	187	372	543	450	398	1 581	38,3	369	8,5	1 950	96
1996	135	344	527	491	371	1 532	37,0	336	7,7	1 868	92
1997	169	333	572	435	388	1 544	37,2	353	7,9	1 897	93
1998	152	323	610	477	371	1 522	36,2	411	9,1	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	34,8	402	8,9	1 893	93
2001	153	289	688	495	389	1 621	37,4	393	8,6	2 014	99
2002	128	280	606	536	411	1 555	35,6	406	8,7	1 961	96
2003	132	280	647	614	390	1 640	36,8	423	9,1	2 063	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 39. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 1) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1991–2003.

Län	91	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00	01	02	03
Stockholm	32	34	31	30	31	31	27	31	29	26	29	26	28
Uppsala	19	20	21	16	18	17	17	18	16	18	17	21	16
Södermanland	30	24	19	18	23	15	13	17	15	17	20	22	22
Östergötland	20	16	22	18	18	16	19	19	14	13	23	20	21
Jönköping	18	18	13	13	15	14	11	16	14	13	14	15	17
Kronoberg	13	15	13	10	15	13	21	21	21	24	18	14	24
Kalmar	14	17	20	15	13	16	17	18	12	11	18	13	18
Gotland	16	29	20	15	36	29	19	18	22	19	19	31	17
Blekinge	21	18	19	14	18	20	18	22	23	21	24	21	18
Skåne	23	20	20	23	23	21	27	22	24	26	27	25	27
Halland	18	15	19	14	16	17	16	21	19	23	16	13	19
Västra Götaland	26	28	25	26	26	25	24	23	24	23	23	20	23
Värmland	21	25	20	20	21	18	24	16	19	22	27	21	22
Örebro	20	21	23	19	16	17	20	17	15	18	15	20	21
Västmanland	20	23	25	23	21	20	16	21	20	22	18	21	20
Dalarna	18	17	21	22	17	22	20	17	21	22	18	21	20
Gävleborg	24	25	25	26	28	18	26	19	22	21	20	24	24
Västernorrland	27	24	24	25	22	22	21	23	20	17	19	20	25
Jämtland	32	31	18	19	23	16	20	24	18	19	19	23	14
Västerbotten	14	19	18	16	16	18	16	14	15	13	15	15	14
Norrbottn	25	19	20	23	20	21	19	25	25	20	22	30	19
Hela riket	24	24	23	23	23	22	22	22	22	21	23	22	23

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1987–1990 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser med tidigare år.

Tabell 40. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1959–2003.^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1959	358	.	202	156	.
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1958 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.
a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-7, ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 41. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1959–2003. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1959	48	.	46	2	.
1960	44	.	38	6	.
1961	34	.	28	6	.
1962	34	.	33	1	.
1963	52	.	48	4	.
1964	50	.	43	7	.
1965	69	174	234	19	243
1966	95	187	257	25	282
1967	152	190	308	34	342
1968	145	220	345	20	365
1969	190	238	389	39	428
1970	224	279	445	58	503
1971	159	509	594	74	668
1972	159	641	717	83	800
1973	204	650	778	76	854
1974	213	722	840	95	935
1975	181	694	768	107	875
1976	237	858	936	159	1 095
1977	254	962	1 063	153	1 216
1978	297	1 006	1 130	173	1 303
1979	383	1 303	1 454	232	1 686
1980	430	1 286	1 472	244	1 716
1981	407	1 107	1 308	206	1 514
1982	473	1 176	1 424	225	1 649
1983	383	1 138	1 321	200	1 521
1984	448	1 039	1 282	205	1 487
1985	442	1 006	1 223	225	1 448
1986	519	1 011	1 299	231	1 530
1987	341	1 033	1 167	207	1 374
1988	339	1 038	1 115	222	1 377
1989	350	999	1 171	178	1 349
1990	388	1 025	1 204	209	1 413
1991	376	1 139	1 271	244	1 515
1992	301	1 230	1 295	236	1 531
1993	320	1 175	1 288	207	1 495
1994	319	1 161	1 237	243	1 480
1995	289	1 155	1 188	256	1 444
1996	260	1 179	1 200	239	1 439
1997	391	628	852	167	1 019
1998	407	629	861	175	1 036
1999	386	587	802	171	973
2000	363	619	811	171	982
2001	256	742	830	168	998
2002	278	679	782	175	957
2003	301	653	791	163	954

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1958 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-7, ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 42. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9). 1959–2003. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1959	20	.	.	.	.
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1958 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-7, ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 43. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1959–2003.^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1959	6	.	5	1	.
1960	17	.	17		.
1961	19	.	16	3	.
1962	15	.	13	2	.
1963	33	.	31	2	.
1964	31	.	26	5	.
1965	50	15	58	7	65
1966	52	21	66	7	73
1967	86	30	109	7	116
1968	110	54	148	16	164
1969	19	7	23	3	26
1970	23	12	30	5	35
1971	157	41	178	20	198
1972	154	96	214	36	250
1973	206	128	288	46	334
1974	276	215	407	84	491
1975	268	234	403	99	502
1976	254	235	381	108	489
1977	320	242	454	108	562
1978	337	277	485	129	614
1979	334	276	447	163	610
1980	216	230	334	112	446
1981	211	290	388	113	501
1982	245	303	422	126	548
1983	268	271	426	113	539
1984	304	268	448	124	572
1985	238	284	394	128	522
1986	201	259	354	106	460
1987	160	281	331	110	441
1988	181	290	352	119	471
1989	142	384	387	139	526
1990	163	238	276	125	401
1991	175	260	300	135	435
1992	141	228	264	105	369
1993	136	224	253	107	360
1994	129	208	239	98	337
1995	122	250	261	111	372
1996	139	202	247	94	341
1997	65	274	241	98	339
1998	72	272	238	106	344
1999	63	249	209	103	312
2000	81	232	212	101	313
2001	136	175	231	80	311
2002	139	145	208	76	284
2003	156	148	219	85	304

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1958 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-7, ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 44. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1959–2003.^{a)}

År	Alkoholpsykos (F10.3-F10.9)	Alkoholberoende (F10.2)	Lever- cirrhos ^{b)}	Alkoholför- giftning (T51)	Totalt per 100 000 inv
1959	0,3	0,6	4,8	0,1	5,8
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC. Åren 1956–1958 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD-7, ICD-8, ICD-9 och ICD-10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

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

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 45–51)

I tabell 45 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i metodkapitlet och materialet är hämtat ur den s k ECAS-studien.

I tabell 46 och 47 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 lättdrycker för vissa länder men inte för andra, ibland baseras data på produktion istället för försäljning osv. Däremot kan utvecklingen i olika länder följas, även om det även i dessa fall är viktigt att beakta att det ibland kan förekomma förändringar och kvalitetsbrister som förvräcker statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 48 redovisas försäljningsdata från den s k 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 48 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 49 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder samt år 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 50 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen i tabell 48 och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

Tabell 45. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950–2000. (Diagram 15)

Land	År					
	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Belgien	6	7	8	8,5	10,5	11,5
Danmark	4	4	6	7	7	8,5
Finland	17	17	15,5	18,5	18,5	14,5
Frankrike	1	6,5	9,5	9,5	10,5	12,5
Grekland	2	2	2	2	6	7
Irland	8	8	12	12	12	12
Italien	7	7	8	12	12	13
Nederländerna	6	6	6	11	13	13
Norge	17	17	17	19	19	17
Portugal	1	2	2	4	6	8
Spanien	0	0	0	4,5	10	10
Storbritannien	8	9	14	14	14	13
Sverige	17,5	18,5	18,5	18,5	18,5	16,5
Tyskland	4	4	5	6	7	8
Österrike	4	7	7	6	7	7
Medelvärde	6,8	7,7	8,7	10,2	11,4	11,4

Källa: Norström, red (2002).

Tabell 46. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2003. (Diagram 16)

Land	Sprit liter 100%	Öl liter	Vin liter	Totalt liter 100%
1 Luxemburg	1,6	101,6	66,1	12,6
2 Ungern	3,5	72,2	37,4	11,4
3 Tjeckien	3,8	157,0	16,8	11,0
4 Irland	2,0	141,2	15,2	10,8
5 Tyskland	2,0	117,5	23,6	10,2
6 Spanien	2,4	78,3	30,6	10,0
7 Storbritannien	1,8	101,5	20,1	9,6
8 Portugal	1,4	58,7	42,0	9,6
9 Danmark	1,1	96,2	32,6	9,5
10 Österrike	1,4	110,6	29,8	9,3
11 Frankrike	2,4	35,5	48,5	9,3
12 Cypern	3,9	60,0	17,8	9,0
13 Schweiz	1,6	58,1	40,9	9,0
14 Belgien	1,4	96,2	23,0	8,8
15 Ryssland	6,2	32,8	8,6	8,7
16 Slovakien	3,5	88,4	13,0	8,5
17 Rumänien	2,0	67,0	23,0	8,1
18 Lettland	6,1	36,6	3,6	8,1
19 Nederländerna	1,5	78,7	19,6	7,9
20 Finland	2,1	80,2	26,3	7,9
21 Grekland	1,6	40,4	33,8	7,7
22 Australien	1,2	91,5	20,4	7,2
23 Kanada	2,2	67,8	11,0	7,0
24 Italien	0,4	30,1	47,5	6,9
25 Nya Zeeland	1,6	72,8	19,1	6,8
26 USA	1,9	81,6	9,5	6,8
27 Polen	1,3	79,0	11,9	6,7
28 Estland	1,3	75,0	3,4	6,5
29 Japan	3,6	27,3	2,9	6,5
30 Argentina	0,3	35,7	34,6	6,2
31 Uruguay	1,1	16,7	33,3	5,9
32 Island	1,2	55,8	12,0	5,4
33 Chile	1,8	25,0	18,0	5,2
34 Bulgarien	2,1	7,9	21,3	5,0
35 Malta	0,7	39,7	22,3	4,9
36 Sverige	0,9	54,2	16,6	4,9
37 Sydafrika	0,8	56,0	8,6	4,6
38 Venezuela	0,5	82,1	.	4,6
39 Norge	0,8	50,5	12,4	4,4
40 Thailand	3,1	24,3	0,0	4,3
41 Brasilien	1,5	49,7	1,9	4,2
42 Kina	3,0	19,4	0,2	4,0
43 Colombia	1,8	40,1	0,4	3,9
44 Taiwan	0,7	27,5	0,5	3,3
45 Mexico	0,7	46,9	0,2	3,1

Källa: WARC (2005).

Tabell 47. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 17)

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 47. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i några länder i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2003. (Diagram 17)

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 48. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001. (Diagram 18)

År	Vinländer	Ölländer, inkl Nederländerna	F d spritländer (Fin- land, Norge, Sverige)
1955	17,0	5,8	4,2
1956	18,0	6,0	4,2
1957	17,4	6,2	4,0
1958	16,5	6,3	3,8
1959	16,4	6,5	3,9
1960	16,4	6,9	4,0
1961	15,2	7,1	4,1
1962	15,2	7,4	4,1
1963	16,4	7,7	4,2
1964	16,4	8,2	4,3
1965	16,8	8,5	4,4
1966	17,1	8,5	4,7
1967	16,2	8,7	4,9
1968	16,3	9,0	5,2
1969	16,5	9,3	5,9
1970	15,6	9,9	6,0
1971	16,7	10,6	6,2
1972	16,2	10,9	6,5
1973	16,6	11,6	6,7
1974	17,1	11,6	7,3
1975	16,7	11,9	7,2
1976	17,4	11,9	7,3
1977	16,7	11,8	7,2
1978	16,3	11,8	6,8
1979	16,3	12,1	7,0
1980	16,3	11,9	7,0
1981	16,1	11,7	6,7
1982	15,8	11,6	6,5
1983	15,9	11,7	6,4
1984	15,2	11,6	6,5
1985	14,9	11,6	6,6
1986	13,6	11,5	6,9
1987	13,7	11,5	6,9
1988	13,0	11,4	7,0
1989	13,0	11,4	7,1
1990	12,7	11,6	7,1
1991	12,7	11,6	7,0
1992	12,2	11,6	6,8
1993	12,1	11,5	6,6
1994	11,9	11,4	6,6
1995	11,9	11,4	6,7
1996	11,6	11,4	6,4
1997	11,6	11,5	6,6
1998	11,5	11,2	6,6
1999	11,4	11,4	6,7
2000	11,3	11,5	6,8
2001	11,3	11,4	7,0

Källa: 1955–1995: Norström, red (2002) och 1996–2001: SOU 2004:86.

Tabell 49. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 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 50. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. (Diagram 19)

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 51. Andelen 15–16-åriga elever i olika länder som intensivkonsumerat alkohol^{a)} tre gånger eller mer de senaste 30 dagarna, prövat narkotika någon gång, sniffat någon gång samt rökt cigaretter minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995, 1999 och 2003. (Diagram 20, 34, 36 och 43)

Land	Intensiv-konsumerat			Prövat narkotika			Sniffat			Rökt cigaretter sen 30 dag		
	95	99	03	95	99	03	95	99	03	95	99	03
Bulgarien	.	11	21	.	14	22	.	3	3	.	50	46
Cypern	.	12	10	6	3	5	3	.	18	23	16	25
Danmark	22	30	24	18	25	23	6	7	8	28	38	30
Estland	10	14	20	8	16	24	8	7	8	28	32	37
Finland	19	18	16	5	10	11	4	5	8	37	43	38
Frankrike	.	12	9	.	35	38	.	11	11	.	44	33
Färöarna	12	15	19	12	8	10	8	5	11	42	41	41
Förenade kunga- riket (Storbritannien och Nordirland)	22	30	27	42	36	38	20	15	12	36	34	29
Grekland	.	18	11	.	10	7	.	14	15	.	35	29
Grönland	.	25	19	.	21	27	.	19	22	.	67	60
Irland	23	31	32	37	32	40	.	22	18	41	37	33
Island	11	17	11	10	16	13	8	11	12	32	28	20
Italien	20	.	13	21	26	28	8	6	6	36	40	38
Kroatien	8	12	15	8	17	23	13	13	14	32	38	36
Lettland	.	14	22	.	22	17	.	6	7	.	40	40
Litauen	10	9	13	3	15	16	16	10	5	25	40	41
Malta	16	22	25	2	8	11	17	16	16	31	32	27
Norge	17	24	24	6	13	9	7	6	5	36	40	28
Polen	11	31	25	9	18	19	9	9	9	28	33	31
Portugal	4	7	15	8	12	18	3	3	8	24	31	28
Rumänien	.	11	11	.	10	3	.	1	2	.	24	28
Ryssland (Moskva)	.	16	17	.	24	22	.	9	7	.	45	44
Slovakien	7	8	15	10	20	27	6	7	9	27	37	37
Slovenien	7	25	22	13	26	29	12	14	15	26	36	36
Sverige	16	17	16	6	9	8	12	8	8	30	30	23
Tjeckien	14	17	18	23	35	44	8	7	9	34	44	43
Ukraina	11	10	22	14	21	21	5	8	6	38	40	39
Ungern	13	12	8	5	12	16	6	4	5	34	36	39

Källa: CAN.

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

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 52–57)

Beslagsstatistiken i tabellerna 52–56 har hämtats från Rikspolisstyrelsens s k BAR-register (beslags- och analysregistret). Detta innehåller bl a uppgifter från polisen respektive tullen om antalet narkotikabeslag och omfattningen av dessa.

I totalsiffran i tabell 52 ingick t o m 2003 alla beslagtagna narkotiska preparat. För 2004 saknas dessvärre statistik för vissa medel varför siffrorna inte är helt jämförbara med tidigare. Hade alla tidigare inkluderade preparat ingått även 2004 uppskattas totalsiffran för detta år vara av minst samma omfattning som 2003, istället för två procent lägre. Vidare samlas inte tullens uppgifter in på samma sätt som tidigare, vilket också kan ha påverkat jämförbarheten med tidigare år.

I Rikskriminalpolisens redovisning av narkotikabeslag inkluderades t o m 2003 även poppers, hälsofarliga varor och dopningsmedel i narkotikabeslagsstatistiken. Sådana icke-narkotiska medel har aldrig medtagits i totalsiffran i tabell 52. Kategorin ”läkemedel” i tabell 52 innehåller till den allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om andra narkotikaklassade läkemedel – ofta av smärtstillande typ – också kan ingå.

I amfetaminbeslagen i tabell 54 ingår även de besläktade preparaten metamfetamin och fenmetrazin. Sådana beslag är dock tämligen ovanliga och utgör normalt 4–6% av amfetaminbeslagen.

I tabell 57 redovisas prisutvecklingen för fyra narkotikasorter. Prisuppgifterna är rapporterade av representanter för länspolismyndigheterna inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger (CRD) och uttrycks i 2005 års penningvärde, omräknade enligt SCBs konsumentprisindex (KPI).

Tabell 52. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1966–2005. ^{a)}
(Diagram 21 och 28)

År	Medel				Antal beslag ^{b)}				
	Canna- bis	Heroin	Am- feta- min	Läke- me- del ^{c)}	Av tull	Av polis	Totalt	Per 100 000 invånare	Index per 100 000 invånare, 1985=100
1966	.	.	.	.	22	337	359	5	6
1967	.	.	.	.	41	935	976	12	17
1968	.	.	.	.	145	1 958	2 103	27	36
1969	.	.	.	.	277	2 033	2 310	29	39
1970	.	.	.	.	638	2 282	2 920	36	49
1971	1 708	1	169	0	457	2 326	2 783	34	46
1972	1 663	0	115	3	354	2 388	2 742	34	45
1973	2 088	4	414	40	350	2 643	2 993	37	49
1974	2 465	12	701	69	612	2 838	3 450	42	57
1975	1 779	12	1 021	138	471	2 645	3 116	38	51
1976	2 082	81	1 453	124	676	3 250	3 926	48	64
1977	2 637	90	1 457	152	929	3 504	4 433	54	72
1978	2 944	210	836	218	1 028	3 359	4 387	53	71
1979	3 310	297	852	187	1 170	3 569	4 739	57	77
1980	5 073	483	1 262	293	1 508	5 772	7 280	88	118
1981	5 394	524	1 686	475	1 282	6 992	8 274	99	134
1982	4 928	277	2 142	531	1 331	6 726	8 057	97	130
1983	4 599	211	1 705	567	1 288	5 842	7 130	86	115
1984	3 897	164	1 906	501	1 162	5 343	6 505	78	105
1985	3 746	162	1 684	490	1 062	5 153	6 215	74	100
1986	3 653	160	1 509	306	1 187	4 545	5 732	68	92
1987	3 612	210	1 900	430	1 342	4 897	6 239	74	100
1988	4 406	294	1 965	501	1 587	5 880	7 467	89	119
1989	4 896	319	2 572	701	1 567	7 100	8 667	102	137
1990	5 321	445	2 889	869	1 712	7 996	9 708	113	152
1991	5 328	608	2 851	1 137	1 561	8 594	10 155	118	158
1992	4 964	645	3 538	1 472	1 501	9 482	10 983	127	170
1993	3 948	723	4 288	1 807	1 211	10 004	11 215	129	173
1994	3 838	663	4 359	1 794	1 301	9 726	11 027	126	169
1995	3 852	805	4 386	1 778	828	10 265	11 093	126	169
1996	3 557	780	4 199	1 645	762	10 061	10 823	122	164
1997	4 545	833	4 639	2 090	1 952	10 861	12 813	145	195
1998	5 061	1 285	4 859	2 512	1 828	12 908	14 736	167	224
1999	5 989	1 244	5 073	2 643	2 280	13 995	16 275	184	247
2000	6 050	1 264	4 978	2 725	2 520	14 261	16 781	189	254
2001	6 935	1 271	5 837	3 223	2 735	16 392	19 127	215	289
2002	7 397	1 052	6 922	4 476	1 520	20 152	21 672	243	326
2003	8 247	1 057	6 972	4 347	2 228	20 251	22 479	251	337
2004	8 102	900	6 977	4 715	2 086	19 932	22 018	244	328
2005	8 345	804	6 887	5 347	1 832	20 964	22 796	252	339

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register. År 1965 redovisas i tidigare utgåvor av Drogutvecklingen.

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

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

c) Företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

Tabell 53. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2005. ^{a)} (Diagram 22)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 54. Polisens och tullens beslag av amfetamin ^{a)}. 1970–2005. ^{b)} (Diagram 22)

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	..	..

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin.

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

Tabell 55. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2005. ^{a)} (Diagram 21 och 22)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 56. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2005. ^{a)} (Diagram 22)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

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

Tabell 57. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2005 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2005. Index 1988=100. (Diagram 24)

År	Hasch		Amfetamin		Kokain		Heroin (brunt)	
	Median	Index	Median	Index	Median	Index	Median	Index
1988	159	100	635	100	1 270	100	2 698	100
1989	127	80	596	94	1 342	106	2 981	111
1990	119	75	540	85	1 619	128	2 699	100
1991	105	66	494	78	1 234	97	2 468	91
1992	103	65	422	67	1 207	95	2 262	84
1993	104	65	417	66	1 153	91	1 730	64
1994	90	57	339	53	1 128	89	1 975	73
1995	99	62	330	52	1 101	87	2 201	82
1996	93	58	301	47	1 095	86	1 479	55
1997	87	55	327	52	1 199	94	1 362	50
1998	98	62	327	52	1 037	82	1 500	56
1999	98	62	282	45	1 195	94	1 983	73
2000	86	54	269	42	968	76	1 076	40
2001	84	53	262	41	1 050	83	1 050	39
2002	82	52	257	40	822	65	1 028	38
2003	81	51	252	40	807	64	1 109	41
2004	80	50	251	40	803	63	1 004	37
2005	80	50	250	39	800	63	1 200	44

Källa: CAN.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 58–63)

I tabell 58 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiveras av att resultaten detta år skulle redovisas på länsnivå. Frågan om livstidsprevalensen har ändrats genom åren men inte så att detta bedömts ha haft någon avgörande betydelse för resultatens utseende. Mellan 1986–1997 avsåg frågan om månadsaktuell narkotikaanvändning endast cannabis och till följd av vissa förändringar i frågeformuläret saknas data 1984–1985. I samma tabell redovisas även andelen som vet någon som kan sälja narkotika respektive benägenhet att pröva narkotika och dessa andelar är beräknade på de elever som inte använt narkotika.

Det stora internbortfallet i mönstringsundersökningen 1985 och 1987 berodde på tekniska svårigheter att läsa de optiska blanketterna (tabellerna 59 och 60). Resultaten bedöms inte ha påverkats i någon avgörande grad av detta, vilket också gäller det under 1990-talets första hälft tämligen höga externbortfallet. Sedan 1992 viktas resultaten rutinemässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall.

Uppgiften om mönstrande som erbjudits narkotika gällde enbart cannabis 1976–1988 (vilket normalt fångar in över 90% av dem som erbjudits narkotika). Frågorna om narkotikaerfarenhet har enligt fotnoten i tabell 59 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 tabellerna 61 och 62 redovisas glidande treårsmedelvärden. Värdet för exempelvis 1990 utgörs av medelvärdet för åren 1989, 1990 och 1991. Värdena för de första och sista redovisade åren utgörs endast av två års medelvärden. Skälet till att treårsmedelvärden använts är att kombinationen med små populationsurval och ett relativt sällsynt beteende gjort att svarsandelarna varierat orimligt mycket mellan olika år. Medelvärdena utjämnar dessa variationer och ger en ”sannare” bild av utvecklingen. 1990 var åldersgrupperna 16–24, 25–49 och 50–74 år. 1992 övertog TEMO undersökningarna. Åldersintervallen ändrades något men studierna har utförts på i stort sett samma sätt som tidigare. Vad gäller att ha använt narkotika senaste 12 månaderna efterfrågas sedan 1998 cannabis, amfetamin, kokain, heroin, LSD, ecstasy, tidigare narkotika i allmänhet.

Tabell 58. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2006. (Diagram 23, 25 och 26)

År	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika		
		Någon gång		Senaste månaden ^{a)}		Vet någon som kan ge el. sälja	Haft möjlighet att pröva	Haft lust att pröva
		Po	FI	Po	FI			
1971	3 835	14	16	5	5	.	32	6
1972	6 085	15	14	7	6	.	32	4
1973	5 594	12	14	5	4	.	30	4
1974	4 634	8	7	3	2	.	24	3
1975	4 217	6	6	2	2	.	26	3
1976	4 136	7	6	3	1	.	21	4
1977	6 034	9	8	3	3	36	24	4
1978	9 543	8	8	3	3	32	23	4
1979	9 359	7	6	2	1	28	20	2
1980	9 941	8	8	3	2	31	23	3
1981	9 496	9	9	4	3	29	23	4
1982	5 146	8	8	3	3	21	19	3
1983	1 641	5	6	2	1	.	.	.
1984	32 819	5	5	.	.	.	.	.
1985	1 502	4	4	.	.	.	.	.
1986	5 820	5	3	1	1	17	12	3
1987	5 778	3	3	1	0	18	11	3
1988	5 430	4	3	1	1	18	12	3
1989	5 714	3	3	1	0	20	13	3
1990	5 977	4	3	1	1	21	13	3
1991	5 883	4	3	1	1	23	14	3
1992	5 851	5	3	2	1	25	14	3
1993	5 913	5	5	1	1	26	17	7
1994	5 868	5	4	1	1	28	16	5
1995	5 577	7	5	2	1	37	23	7
1996	6 027	8	7	3	2	37	23	7
1997	5 683	8	7	2	1	42	26	8
1998	5 455	9	6	3	3	43	27	7
1999	5 198	9	7	3	2	39	26	6
2000	5 290	10	8	3	2	39	27	6
2001	5 569	10	9	3	2	42	25	6
2002	5 349	8	8	3	2	38	25	5
2003	5 226	7	7	2	2	36	23	5
2004	5 414	7	7	3	3	33	21	5
2005	5 373	7	7	4	3	34	21	5
2006	4 890	7	5	4	3	32	19	5

Källa: CAN.

a) 1986–1997 avsåg frågan endast hasch eller marijuana.

Tabell 59. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2005. (Diagram 23, 25 och 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

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 60. "Har du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 1976–2005.

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

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 61. Andelen som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

År	Kön		Ålder ^{a)}			Alla
	Män	Kvinnor	15–29	30–49	50–75	
1988	11	5	12	12	2	8
1989	11	5	10	12	2	8
1990	10	5	9	12	1	7
1991	10	5	7	13	1	8
1992	11	6	9	15	1	9
1993	10	7	9	14	2	9
1994	10	7	9	14	2	9
1996	11	7	10	15	2	9
1998	14	7	11	17	4	11
2000	16	8	13	18	5	12

Källor: SIFO och TEMO.

a) T o m 1991 16–74 år och 16–75 år 2000.

Tabell 62. Andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

År	Kön		Ålder ^{a)}			Alla
	Män	Kvinnor	15–29	30–49	50–75	
1988	1	1	2	1	–	1
1989	1	0	2	1	–	1
1990	1	0	2	1	–	1
1991	1	0	2	1	–	1
1992	1	0	2	0	–	1
1993	1	0	2	0	–	1
1994	1	0	2	0	–	1
1996	1	0	1	0	–	1
1998	1	0	2	1	–	1
2000	1	0	2	1	–	1

Källor: SIFO och TEMO.

a) T o m 1991 16–74 år och 16–75 år 2000.

Tabell 63. Beräknad åldersfördelning bland personer med tungt narkotikamissbruk ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 27)

Ålder	År 1979		År 1992		År 1998	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
–17	202	1	65	0	206	1
18–19	773	5	219	1	591	2
20–24	4 609	31	1 618	9	3 220	12
25–29	4 728	32	4 085	22	3 567	14
30–34	2 473	17	4 755	25	5 136	20
35–39	1 122	8	4 232	22	5 394	21
40–44	460	3	2 258	12	4 248	16
45–49	217	1	1 041	6	2 366	9
50–	212	1	689	4	1 197	5
Okänt	204	1	38	0	75	0
Totalt	15 000	100	19 000	100	26 000	100

Källa: Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001).

a) Med tungt narkotikamissbruk avses att ha injicerat den senaste 12-månadersperioden (oavsett frekvens) eller att ha använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (UNOs definition).

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Kriminalstatistik (tabellerna 64–73)

I tabell 64 redovisas antalet arbetstimmar som polisen totalt sett lagt ned på narkotikaärenden, omräknat till årsarbetskrafter. Som framgår av tabellen har beräkningsgrunderna för dessa siffror förändrats vid några tillfällen, vilket skedde senast 1997, varefter man utöver ren utredning även räknar in ledning, planering och förebyggning. Sedan 1985 ingår ej rikskriminalpolisens resurser.

Narkotikabrott reglerades enbart av Narkotikaförordningen (NF) fram till 1968 då Narkotikastrafflagen (NSL) infördes. T o m 1983-06-30 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 64).

Ökningen av anmälda smugglingsbrott fr o m 2001 i tabell 64 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 66 och 67.

I tabellerna 68–73 redovisas lagföringar med narkotikabrott som huvud- eller bibrott. I tabell 68 ingår även åtalsunderlåtelse för brott mot narkotikastrafflagen, men inte mot varusmuggningslagen (narkotika) eftersom detta inte redovisas i ursprungskällan. Dessa torde dock vara tämligen få eftersom antalet misstänkta för narkotikasmuggling är väsentligt färre jämfört med antalet misstänkta mot narkotikastrafflagen samtidigt som smugglingsbrotten i mindre omfattning torde leda till åtalsunderlåtelse.

Åldersuppgift kan fr o m år 2000 saknas för enstaka personer i tabell 68, varför delsummor och total inte helt överensstämmer.

I tabell 73 överstiger ibland summan av narkotiska preparat totalen p g a att flera typer av preparat kan ingå i en och samma dom. I totalen ingår även övriga narkotiska preparat, förutom dem som redovisas i tabellen.

Tabell 64. Antal polisårsarbetskrafter nedlagda på narkotikaärenden ^{a)}, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2005.

År	Antal polisårs- arbetskrafter nedlagda på narkotika- ärenden ^{a)}	Anmälda narkotikabrott					
		VSL ^{b)}	VSL per 100 000 invånare	Index 1985= 100	NSL	NSL per 100 000 invånare	Index 1985= 100
1965	31	.	.	.	737	10	2
1966	44	.	.	.	1 051	13	3
1967	76	.	.	.	4 043	51	12
1968	117	.	.	.	7 959	101	23
1969	541	.	.	.	43 946	552	128
1970	512	.	.	.	15 803	196	45
1971	389	.	.	.	18 075	223	52
1972	272	.	.	.	19 047	235	55
1973	223	.	.	.	21 005	258	60
1974	223	1 227	15	79	18 926	232	54
1975	222	904	11	58	21 075	258	60
1976	230	963	12	63	17 871	218	51
1977	304	1 370	17	89	20 737	252	58
1978	309	1 103	13	68	20 647	249	58
1979	322	1 335	16	84	22 598	273	63
1980	335	2 554	31	163	59 421	715	166
1981	391	2 330	28	147	67 500	811	188
1982	440	2 045	25	132	68 502	822	191
1983	481	1 993	24	126	47 993	577	134
1984	523	1 887	23	121	38 223	458	106
1985	495	1 595	19	100	35 945	431	100
1986	538	1 507	18	95	38 004	454	105
1987	528	1 856	22	116	41 857	499	116
1988	482	1 644	19	100	28 976	343	80
1989	478	1 556	18	95	33 601	395	92
1990	466	1 498	18	95	26 496	309	72
1991	551	1 379	16	84	30 746	357	83
1992	560	1 500	17	89	29 182	337	78
1993	632	995	11	58	40 621	466	108
1994	670	816	9	47	30 785	351	81
1995	676	682	8	42	28 413	321	74
1996	721	632	7	37	30 817	349	81
1997	914	564	6	32	30 383	343	80
1998	901	451	5	26	31 845	359	83
1999	901	546	6	32	36 525	412	96
2000	869	381	4	21	32 443	366	85
2001	889	1 366	15	79	32 415	365	85
2002	964	1 478	17	89	38 018	425	99
2003	1 006	1 355	15	79	40 860	455	106
2004	1 053	874	10	53	45 093	502	116
2005	1 005	755	8	42	51 807	573	133

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992 och i synnerhet 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten.

b) Ökningen fr o m 2001 är åtminstone delvis artificiell och beror på förbättrad inrapportering av dataunderlagen från Tullverket.

Tabell 65. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2005. (Diagram 28)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggnings- lagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1985=100
	Totalt	Därav över- låtelse					
		Antal	%				
1970	5 023	.	.	639	5 662	70	90
1971	4 955	.	.	523	5 478	68	86
1972	5 245	.	.	444	5 689	70	89
1973	5 080	.	.	418	5 498	68	86
1974	4 677	.	.	611	5 288	65	82
1975	3 763	1 468	39	514	4 277	52	66
1976	3 923	1 297	33	529	4 452	54	69
1977	3 636	1 276	35	713	4 349	53	67
1978	3 778	1 299	34	753	4 531	55	70
1979	3 557	1 253	35	700	4 257	51	65
1980	5 936	2 228	38	1 180	7 116	86	109
1981	7 091	2 570	36	1 289	8 380	101	128
1982	7 496	2 590	35	1 243	8 739	105	133
1983	6 360	2 046	32	1 154	7 514	90	115
1984	5 595	2 033	36	1 136	6 731	81	103
1985	5 649	2 047	36	918	6 567	79	100
1986	5 530	1 949	35	896	6 426	77	98
1987	5 521	1 952	35	1 012	6 533	78	99
1988	5 678	1 911	34	1 019	6 697	79	101
1989	6 216	1 864	30	947	7 163	84	107
1990	6 668	1 862	28	1 008	7 676	90	114
1991	7 052	1 896	27	1 071	8 123	94	120
1992	7 077	1 855	26	897	7 974	92	117
1993	6 706	1 685	25	688	7 394	85	108
1994	7 984	1 860	23	620	8 604	98	125
1995	9 110	1 711	19	463	9 573	108	138
1996	8 782	1 719	20	496	9 278	105	133
1997	10 159	1 936	19	466	10 625	120	153
1998	11 049	1 964	18	441	11 490	130	165
1999	10 020	1 696	17	380	10 400	117	149
2000	11 966	1 665	14	579	12 545	141	180
2001	12 954	1 767	14	760	13 714	154	196
2002	14 376	1 958	14	924	15 300	171	217
2003	15 443	1 949	13	693	16 136	180	229
2004	16 482	2 094	13	558	17 040	189	240
2005	18 357	2 129	12	487	18 844	208	265

Källa: Brå.

Tabell 66. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2005.

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

Källa: Brå.

Tabell 67. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2005.

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

Källa: Brå.

Tabell 68. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2004. (Diagram 29)

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

Källa: Brå.

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

Tabell 69. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2004.

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	7 252	59	1 662	149	169	3 088	12 320
2002	8 184	59	1 852	151	174	3 530	13 891
2003	9 043	62	1 836	177	151	3 284	14 491
2004	9 318	63	2 081	191	181	3 003	14 774

Källa: Brå.

Tabell 70. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2004. (Diagram 29)

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

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2004. (Diagram 29)

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

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2004. (Diagram 29)

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

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel^{a)}. 1975–2004.

Ar	Medel						Samtliga domar och strafföre- lägganden	
	Cannabis		Central- stimulantia		Opiater			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1975	1 337	58	1 040	45	77	3	2 325	100
1976	1 118	47	1 374	58	139	6	2 375	100
1977	1 272	50	1 427	56	156	6	2 537	100
1978	1 577	61	823	32	219	9	2 569	100
1979	1 622	62	888	34	173	7	2 598	100
1980	2 924	69	1 114	26	373	9	4 220	100
1981	4 371	75	1 421	24	369	6	5 844	100
1982	4 456	73	1 783	29	283	5	6 089	100
1983	3 584	71	1 572	31	242	5	5 065	100
1984	3 258	71	1 493	32	160	3	4 606	100
1985	2 811	61	1 705	37	211	5	4 587	100
1986	3 256	66	1 709	34	172	3	4 959	100
1987	3 167	64	1 749	36	255	5	4 913	100
1988	2 996	60	1 901	38	269	5	4 971	100
1989	3 468	68	1 730	34	332	7	5 100	100
1990	3 382	62	1 847	34	320	6	5 442	100
1991	3 356	59	1 924	34	463	8	5 736	100
1992	3 520	56	2 179	34	599	9	6 335	100
1993	2 673	45	2 513	42	594	10	5 946	100
1994	3 040	43	3 311	47	786	11	7 120	100
1995	3 339	43	3 688	47	747	10	7 832	100
1996	3 325	40	3 965	48	856	10	8 230	100
1997	4 023	43	4 370	46	838	9	9 449	100
1998	4 372	43	4 682	46	895	9	10 144	100
1999	4 746	44	4 889	45	952	9	10 771	100
2000	5 021	44	4 828	43	953	8	11 326	100
2001	5 054	41	5 070	41	982	8	12 320	100
2002	5 799	42	5 666	41	951	7	13 891	100
2003	5 812	40	5 894	41	932	6	14 491	100
2004	6 317	43	6 425	43	940	6	14 774	100

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 74–76)

Uppgifter om antalet alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvården är hämtade från två typer av undersökningar. Den ena består av skattningar av antalet missbrukare intagna på anstalt respektive aktuella inom frivården (tabellerna 74 och 75). Skattningarna görs den 1 april och 1 oktober varje år och har karaktären av tvärsnittsstatistik (här redovisas endast aprilskattningen). Den andra undersökningen utgörs av tillströmningsstatistik, baserad på klienter som intagits i anstalt (tabell 76).

Som grav narkotikamissbrukare räknas den som injicerat narkotika en eller flera gånger under de senaste tolv månaderna i frihet eller använt narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen under motsvarande period. Narkotikamissbrukare är den som i övrigt använt narkotika.

Definitionen av narkotikamissbrukare var t o m 1978 att missbruket skulle ha pågått under längre tid eller ha varit förenat med uppenbara sociala eller personlighetsmässiga skadeverkningar. Missbrukare som under det senaste året inte använt narkotika skulle inte medräknas. Från och med 1979 räknas den som använt narkotika under de senaste två månaderna i frihet och fr o m 1997 de senaste tolv månaderna i frihet. Alkoholmissbruk föreligger om en person dricker alkohol i sådan omfattning att det medför fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar för individen eller dennes omgivning.

Vid tolkning av statistiken är det viktigt att hålla i minnet att den inte bara speglar missbrukssituationen och dess förändringar, utan också förändringar i lagstiftning och domstolspraxis för narkotikabrott och andra brott begångna av missbrukare. Under 1994 inleddes t ex försök med elektronisk intensivövervakning i hemmet ("fotboja") som alternativ till fängelse. Dessa utökades till att gälla hela landet 1997 och permanentades 1999. Detta ledde till en minskning av antalet intagna i anstalt. Samtidigt tycks fotbojan i mindre utsträckning använts som påföljd för narkotikamissbrukare eftersom deras antal i anstalterna varit i stort sett oförändrat samtidigt som de ökat i relativa tal.

Tabell 74. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2005. ^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	19 503	572	3	.	.	.	.
1968	22 160	1 612	7	.	.	.	.
1969	22 613	2 032	9	.	.	.	.
1970	23 094	2 316	10	.	.	.	.
1971	22 856	2 584	11	.	.	.	.
1972	23 196	2 763	12	.	.	.	.
1973	23 295	2 679	12	.	.	.	.
1974	18 905	2 500	13	.	.	.	.
1975	16 821	2 357	14	.	.	.	.
1976	16 340	2 398	15	.	.	.	.
1977	16 226	2 794	17	.	.	.	.
1978	16 259	2 403	15	.	.	.	.
1979	16 168	2 397	15	.	.	.	.
1980	14 422	2 348	16	.	.	.	.
1981	15 451	3 344	22	6 992	45	1 915	12
1982	17 065	3 619	21	7 229	42	1 923	11
1983	17 698	3 695	21	7 244	41	1 904	11
1984	13 379	3 098	23	5 606	42	1 717	13
1985	11 589	2 926	25	4 779	41	1 613	14
1986	11 768	3 081	26	4 911	42	1 679	14
1987	12 185	3 141	26	4 949	41	1 674	14
1988	11 841	3 204	27	4 877	41	1 684	14
1989	12 289	3 471	28	5 144	42	1 884	15
1990	12 405	3 412	28	5 210	42	1 888	15
1991	12 711	3 453	27	5 319	42	1 853	15
1992	12 679	3 275	26	4 946	39	1 636	13
1993	11 705	3 268	28	4 277	37	1 583	14
1994	11 809	3 395	29	4 450	38	1 703	14
1995	12 583	3 572	28	4 838	38	1 742	14
1996	12 078	3 621	30	4 383	36	1 660	14
1997	11 248	4 077	36	4 400	39	1 799	16
1998	10 673	4 037	38	3 923	37	1 678	16
1999	11 024	4 391	40	3 973	36	1 770	16
2000	10 832	4 410	41	4 188	39	1 823	17
2001	10 245	4 438	43	3 773	37	1 723	17
2002	10 165	4 376	43	3 662	36	1 719	17
2003	11 229	4 986	44	4 060	36	1 864	17
2004	11 295	5 050	45	4 008	35	1 854	16
2005	11 294	5 190	46	4 031	36	1 991	18

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

b) År 1998 ingick ej Nyköping, 2001 ingick ej Halmstad samt Nacka/Haninge och 2002 ingick ej Nacka/Haninge och Göteborg Hisingen/förorter.

Tabell 75. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2005. ^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	4 863	450	9	.	.	.	.
1968	4 969	995	20	.	.	.	.
1969	5 177	1 226	24	.	.	.	.
1970	4 994	1 090	22	.	.	.	.
1971	4 695	1 084	23	.	.	.	.
1972	4 742	1 219	26	.	.	.	.
1973	4 963	1 393	28	.	.	.	.
1974	4 162	1 055	25	.	.	.	.
1975	3 333	849	25	.	.	.	.
1976	3 625	1 018	28	.	.	.	.
1977	3 493	1 188	34	.	.	.	.
1978	3 484	1 166	33	.	.	.	.
1979	3 924	1 084	28	.	.	.	.
1980	3 795	962	25	.	.	.	.
1981	4 116	1 168	28	.	.	.	.
1982	4 112	1 291	31	.	.	.	.
1983	4 280	1 487	35	1 538	36	625	15
1984	3 708	1 158	31	1 403	38	509	14
1985	3 617	1 336	37	1 417	39	550	15
1986	3 414	1 381	40	1 283	38	574	17
1987	3 792	1 509	40	1 516	40	608	16
1988	3 933	1 654	42	1 560	40	666	17
1989	3 944	1 653	42	1 579	40	620	16
1990	4 036	1 597	40	1 767	44	739	18
1991	3 803	1 586	42	1 533	40	667	18
1992	4 005	1 672	42	1 561	39	723	18
1993	4 290	1 742	41	1 627	38	791	18
1994	4 581	1 813	40	1 708	37	809	18
1995	4 408	1 773	40	1 788	41	856	19
1996	4 367	1 733	40	1 599	37	766	18
1997	3 616	1 589	44	1 183	33	611	17
1998	3 680	1 831	50	1 260	34	679	18
1999	3 537	1 652	47	1 215	34	638	18
2000	3 352	1 707	51	1 092	33	594	18
2001	3 744	1 953	52	1 244	33	743	20
2002	3 967	2 008	51	1 238	31	512	13
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

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

b) År 1988 ingick ej kriminalvårdsanstalten Roxtuna, 2001 ingick ej Beateberg, Smälteryd samt Täby, 2002 ingick ej Hinseberg samt Sörbyn, 2003 ingick ej Hinseberg, Halmstad öppna samt Luleå, 2004 ingick ej Asptuna, Brinkeberg, Smälteryd, Tillberga, Viskan samt Östragård och 2005 ingick ej Johannesberg samt Västervik Norra.

Tabell 76. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2005. ^{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

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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 77–83)

I tabellerna 77–78 och 82–83 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet. Eftersom EpC 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker – ICD-10 – minskar jämförbarheten med tidigare år även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare. (Se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna.) Som framgår av tabell 82 har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

I tabell 77 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 79 visar antalet narkotikamissbrukare smittade av hepatit (gulsot). Av de hepatitformer som förekommer är numera hepatit C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna och sådan diagnostik blev möjlig först 1990.

Tabellerna 80–81 visar utvecklingen av kliniskt anmälda HIV-positiva personer med intravenöst missbruk. Länsindelningen i tabell 81 utgörs av landstingens gränser, vilka i stort överensstämmer med länsgränserna. De nya länsindelningarna tillämpas inte i tabellen så de redovisade siffrorna är jämförbara under hela perioden. Siffrorna baseras på i vilket län smittan ursprungligen skedde, inte den nuvarande boendeorten för den smittade.

Av tabell 82 framgår utvecklingen av narkotikarelaterad dödlighet enligt Socialstyrelsens index och i tabell 83 redovisas som en jämförelse EMCDDAs urval av diagnoser, som rekommenderas för europeiska jämförelser (DRD-standard version 3.0). Denna standard tar mera fasta på underliggande diagnoser, och diagnoserna framgår av slutrapporten från Project CT02.P1.05. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från EUs rekommendationer. I Sverige inkluderas inte förgiftningar med Dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta läkemedel med sin höga toxicitet leder till många dödsfall, samtidigt som det knappt används i andra europeiska länder.

I tabell 82 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation.

Tabell 77. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal personer vårdade för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2005.^{a)} (Diagram 31)

År	Narkotikarelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Vårdade personer	Första-gångs-vårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	5 315	67	2 601	33	7 916	100	0,5	4 513	4 513
1988	5 796	67	2 915	33	8 711	100	0,5	4 998	3 553
1989	5 965	66	3 057	34	9 022	100	0,5	5 169	3 189
1990	6 528	67	3 185	33	9 713	100	0,6	5 515	3 184
1991	6 884	68	3 240	32	10 124	100	0,6	5 838	3 158
1992	7 090	68	3 274	32	10 364	100	0,6	5 808	2 939
1993	7 684	69	3 518	31	11 202	100	0,7	6 203	3 003
1994	8 396	69	3 819	31	12 215	100	0,7	6 786	3 264
1995	8 992	69	4 000	31	12 992	100	0,8	7 021	3 248
1996	9 230	69	4 072	31	13 302	100	0,8	7 392	3 379
1997	9 401	65	4 995	35	14 396	100	0,9	8 561	4 510
1998	9 147	64	5 253	36	14 400	100	0,9	8 619	4 352
1999	9 143	64	5 146	36	14 289	100	0,9	8 577	4 236
2000	9 555	64	5 348	36	14 903	100	1,0	8 894	4 341
2001	9 973	64	5 673	36	15 646	100	1,1	9 145	4 459
2002	9 586	64	5 405	36	14 991	100	1,0	8 885	4 317
2003	9 431	64	5 216	36	14 647	100	1,0	8 525	3 997
2004	9 547	65	5 139	35	14 686	100	1,0	8 560	3 988
2005	9 776	65	5 245	35	15 021	100	1,0	8 564	3 929

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om första-gångsvårdade.

Tabell 78. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2005.^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	2 924	37	1 324	17	1 080	14	2 588	33	7 916	100
1988	3 389	39	1 395	16	1 149	13	2 778	32	8 711	100
1989	3 354	37	1 480	16	1 180	13	3 008	33	9 022	100
1990	3 594	37	1 632	17	1 226	13	3 261	34	9 713	100
1991	3 732	37	1 705	17	1 272	13	3 415	34	10 124	100
1992	3 867	37	1 554	15	1 372	13	3 571	34	10 364	100
1993	4 066	36	2 003	18	1 585	14	3 550	32	11 204	100
1994	4 522	37	2 030	17	1 780	15	3 883	32	12 215	100
1995	5 045	39	2 103	16	1 807	14	4 037	31	12 992	100
1996	5 055	38	2 162	16	1 824	14	4 265	32	13 306	100
1997	4 948	34	2 435	17	2 046	14	4 967	35	14 396	100
1998	4 371	30	2 529	18	2 101	15	5 399	37	14 400	100
1999	4 662	33	2 434	17	1 989	14	5 204	36	14 289	100
2000	5 154	35	2 282	15	2 038	14	5 429	36	14 903	100
2001	5 470	35	2 519	16	1 906	12	5 751	37	15 646	100
2002	5 104	34	2 364	16	1 795	12	5 729	38	14 992	100
2003	5 025	34	2 353	16	1 833	13	5 436	37	14 647	100
2004	5 167	35	2 374	16	1 737	12	5 408	37	14 686	100
2005	5 004	33	2 709	18	1 694	11	5 614	37	15 021	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med perioden före 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD-10).

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 79. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2005.

År	Hepatit B			NonAnonB			Hepatit C ^{a)}			Totalt
	Totalt		Därav IV-missb	Totalt		Därav IV-missb	Totalt		Därav IV-missb	
	Antal	%		Antal	%		Antal	%		
1969	.	.		.	.		.	.		1 233
1970	.	.		.	.		.	.		1 098
1971	.	.		.	.		.	.		1 579
1972	.	.		.	.		.	.		1 553
1973	.	.		.	.		.	.		937
1974	.	.		.	.		.	.		691
1975	.	.		.	.		.	.		961
1976	.	.		.	.		.	.		1 771
1977	.	.		.	.		.	.		1 056
1978	.	.		.	.		.	.		674
1979	.	.		.	.		.	.		621
1980	418	.		207	.		.	.		625
1981	414	.		179	.		.	.		593
1982	471	.		179	.		.	.		650
1983	405	.		218	.		.	.		623
1984	422	.		174	.		.	.		596
1985	516	.		152	.		.	.		668
1986	380	.		126	.		.	.		506
1987	308	.		113	.		.	.		421
1988	225	.		78	.		.	.		303
1989	263	.		102	.		.	.		365
1990	257	93	36	122	62	51	459	289	63	838
1991	254	94	37	145	..	..	2 359	1 608	68	2 758
1992	207	64	31	286	175	61	4 537	3 200	71	5 030
1993	211	86	41	17	0	–	4 028	2 674	66	4 256
1994	264	145	55	.	.	.	3 726	2 563	69	3 990
1995	294	151	51	.	.	.	2 872	1 828	64	3 166
1996	185	89	48	.	.	.	2 613	1 663	64	2 798
1997	154	61	40	.	.	.	2 358	1 545	66	2 512
1998	136	48	35	.	.	.	2 593	1 616	62	2 729
1999	214	90	42	.	.	.	2 330	1 495	64	2 544
2000	225	111	49	.	.	.	1 995	1 341	67	2 220
2001	215	119	55	.	.	.	1 970	1 269	64	2 185
2002	289	166	57	.	.	.	2 052	1 295	63	2 341
2003	372	216	58	.	.	.	1 917	1 192	62	2 289
2004	258	113	44	.	.	.	1 864	1 194	64	2 122
2005	217	83	38	.	.	.	1 710	1 063	62	1 927

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

a) Den kraftiga ökningen fr o m 1991 beror på att hepatit C-diagnostik blev möjlig först 1990. En stor andel utgörs av narkomaner som burit på antikroppar mot hepatit C-virus under lång tid.

Tabell 80. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2005. (Diagram 32)

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

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 81. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2005.

År	Stockholms län	f d Göteborgs och Bohus län	f d Malmö- hus län	Övriga län	Riket totalt
1985	119	1	0	21	141
1986	168	4	4	28	204
1987	63	4	10	21	98
1988	36	1	3	5	45
1989	25	2	9	9	45
1990	33	2	2	7	44
1991	20	0	5	5	30
1992	18	3	2	4	27
1993	18	2	1	5	26
1994	20	1	6	3	30
1995	8	0	2	9	19
1996	12	1	2	7	22
1997	17	1	2	5	25
1998	11	0	2	3	16
1999	10	1	2	2	15
2000	11	2	3	1	17
2001	25	0	0	11	36
2002	17	1	0	11	29
2003	19	2	1	5	27
2004	16	1	4	6	27
2005	18	3	1	3	25

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 82. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (bilaga 1). Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2003^{a)} (Diagram 28 och 33)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index per inv. 1985=100
	–19	20–29	30–39	40–49	50–	Antal	Standardiserade dödstal	Antal	Standardiserade dödstal		
1969	3	5	5	11	13	21	0,5	16	0,4	37	26
1970	2	5	3	5	14	20	0,5	9	0,2	29	20
1971	1	15	10	10	8	29	0,7	15	0,4	44	30
1972	5	13	8	11	6	27	0,7	16	0,4	43	29
1973	0	8	10	9	7	27	0,7	7	0,2	34	23
1974	3	10	4	1	5	19	0,4	4	0,1	23	16
1975	3	17	2	4	5	19	0,5	12	0,3	31	21
1976	4	28	2	2	3	28	0,6	11	0,2	39	26
1977	2	19	8	6	8	34	0,8	9	0,2	43	29
1978	4	39	14	6	9	54	1,3	18	0,4	72	48
1979	2	40	23	7	7	62	1,4	17	0,4	79	53
1980	1	35	22	5	11	58	1,3	16	0,4	74	50
1981	4	27	31	9	14	58	1,3	27	0,6	85	57
1982	0	40	25	10	29	64	1,5	40	0,9	104	70
1983	2	28	34	16	23	67	1,6	36	0,9	103	69
1984	3	35	37	19	46	95	2,3	45	1,1	140	93
1985	1	26	48	24	51	104	2,5	46	1,1	150	100
1986	3	32	40	32	31	81	1,9	57	1,3	138	92
1987	1	50	68	17	40	127	3,0	49	1,2	176	117
1988	2	47	53	34	46	122	2,9	60	1,4	182	120
1989	1	32	59	27	43	111	2,6	51	1,2	162	106
1990	1	52	54	39	53	151	3,5	48	1,1	199	129
1991	3	35	67	32	49	146	3,4	40	0,9	186	120
1992	1	35	85	48	69	169	4,0	69	1,5	238	153
1993	2	36	88	60	68	182	4,2	72	1,7	254	162
1994	6	50	95	62	68	205	4,6	76	1,7	281	178
1995	2	46	76	78	94	211	4,9	85	1,9	296	187
1996	9	49	95	91	98	237	5,4	105	2,4	342	215
1997	4	44	109	93	85	261	5,9	74	1,7	335	211
1998	5	53	90	94	99	264	5,9	77	1,7	341	214
1999	2	70	108	85	88	269	6,0	84	1,9	353	222
2000	13	100	108	88	94	320	7,1	83	1,9	403	253
2001	11	89	101	102	100	315	7,0	88	1,9	403	252
2002	9	77	95	103	107	313	7,0	78	1,7	391	244
2003	12	69	68	107	129	287	6,4	98	2,1	385	239

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa år.

Tabell 83. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.0 – se tabellkommentarerna), fördelat på län. 1987–2003.

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	41	59	7	10	8	11	14	20	70	100
1988	30	55	7	13	1	2	17	31	55	100
1989	32	57	5	9	6	11	13	23	56	100
1990	36	58	4	6	10	16	12	19	62	100
1991	35	56	7	11	4	6	16	26	62	100
1992	33	50	7	11	5	8	21	32	66	100
1993	45	54	5	6	9	11	24	29	83	100
1994	49	57	6	7	11	13	20	23	86	100
1995	46	66	5	7	7	10	12	17	70	100
1996	68	56	7	6	22	18	25	20	122	100
1997	58	44	10	8	30	23	35	26	133	100
1998	55	40	10	7	37	27	36	26	138	100
1999	72	47	12	8	30	20	39	25	153	100
2000	62	32	21	11	64	34	44	23	191	100
2001	61	38	18	11	36	22	47	29	162	100
2002	58	36	20	13	33	21	49	31	160	100
2003	50	33	19	13	30	20	53	35	152	100

Källor: Dödsorsaksregistret och Statens folkhälsoinstitut.

Tabellkommentarer: Snifningsutvecklingen (tabellerna 84–85)

Tabell 84 redovisar andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som sniffat någon gång. År 1973 ändrades frågeställningen men detta bedöms inte ha påverkat resultaten i någon nämnvärd omfattning. En ny förändring av frågan skedde 1983 varvid hälften av eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya formuleringen. För att göra det möjligt att jämföra utvecklingen före och efter detta år redovisas därför två värden i tabellen. Som framgår ökade andelen positiva svar med den nya frågeställningen. Sedan 1983 svarar eleverna på frågan ”Har du sniffat någon gång?” och liksom tidigare ges inga exempel på vad som avses med sniffning.

Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiverades av att resultatet detta år även skulle redovisas på länsnivå. Frågan ”Händer det fortfarande att du sniffar?” infördes 1986.

Tabell 85 redovisar andelen mönstrande som sniffat någon gång för åren 1970–1980 samt från 1998 och framåt, då frågan återinfördes i formuläret. Uppgifter om frekvens saknas för åren 1978–1980. I tabellen redovisas även andelen som sniffat under de senaste två åren för perioden 1975–1999. Tekniska problem medförde stora bortfall åren 1985 och 1987. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten. Sedan 1992 viktas resultaten rutinemässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall.

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

Tabell 84. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2006. (Diagram 35)

År	Antal	Har sniffat		Sniffar fortfarande	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	27	17	.	.
1972	6 085	18	13	.	.
1973	5 594	13	12	.	.
1974	4 634	13	11	.	.
1975	4 217	11	10	.	.
1976	4 136	10	7	.	.
1977	6 034	7	6	.	.
1978	9 543	7	6	.	.
1979	9 359	5	4	.	.
1980	9 941	5	5	.	.
1981	9 496	5	4	.	.
1982	5 146	5	3	.	.
1983 ^{a)}	3 262	5	2	.	.
1984	32 819	9	6	.	.
1985	1 502	9	6	.	.
1986	5 820	7	4	1	1
1987	5 778	7	5	1	1
1988	5 430	8	5	2	1
1989	5 714	5	5	1	1
1990	5 977	6	4	2	1
1991	5 883	6	4	1	1
1992	5 851	7	4	1	1
1993	5 913	9	5	2	1
1994	5 868	8	6	2	1
1995	5 577	12	7	3	1
1996	6 027	11	7	2	2
1997	5 683	10	7	3	2
1998	5 455	10	6	3	2
1999	5 198	13	10	3	3
2000	5 290	11	8	3	2
2001	5 569	8	8	2	2
2002	5 349	9	7	2	2
2003	5 226	8	6	2	2
2004	5 414	8	6	2	2
2005	5 373	7	8	2	3
2006	4 890	7	6	2	2

Källa: CAN.

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

Tabell 85. Andelen mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren ^{a)}. Procent. 1970/71–2005. (Diagram 35)

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	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1970–1971 ingick ej "solution" i frågan. Fr o m 1995 lyder exemplen "lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande" varför frekvenserna inte är fullt jämförbara med tidigare år.

Tabellkommentarer: Dopningsutvecklingen (tabellerna 86–92)

Tabell 86 beskriver polisens och tullens beslag av de typer av dopningsmedel som omfattas av dopningslagen. Åren 1993–1997 inhämtades uppgifterna från respektive myndighet och då redovisade polisen antalet beslagstillfällen medan tullen redovisade antalet beslag. Denna period skiljde sig redovisningssätten också eftersom polisen redovisade injektionsvätska i milliliter medan tullen uppgav antal ampuller, vilka normalt – men inte alltid – innehåller en milliliter. Ampullantalen har för tullens del räknats om till milliliter, och är således något underskattande.

Fr o m 1998 inhämtas alla beslagsuppgifter från Rikspolisstyrelsens BAR-register. I detta register redovisas antal beslag samt mängd vätska i liter för både tull och polis, varför summeringar av beslagen kan göras från detta år. Fr o m 2004 kan jämförbarheten med tidigare år vara något försämrad p g a omläggningar av datasystemen hos tullen och polisen.

Dopningslagstiftningen skärptes 1999 vilket kan ha lett till ökade insatser från rättsväsendets sida, med åtföljande beslagsökningar. Detta kan även påverka innehållet i tabellerna 87–88 som redovisar olika rättsstatistiska uppgifter. I lagföringarna (fällande domar, godkända strafförelägganden samt åtalsunderlåtelser) i tabell 87 ingår såväl bibrott som huvudbrott.

År 2004 ändrades frågan och svarsalternativen om erfarenhet av anabola androgena steroider i skolundersökningsenkäten. Ändringen kan ha bidragit till ökningen av antalet elever som uppger att de använt AAS detta år (tabell 89).

Vad gäller tillväxthormon har frågornas utformning varierat, vilket framgår av fotnoterna. I inget fall när det klargjorts att tillväxthormon måste injiceras överstiger den uppgivna erfarenheten 0,5%. År 2000 och 2004 utgick frågorna om detta preparat ur mönstrings- respektive skolundersökningarna. Sedan 1992 viktas resultaten i mönstringsundersökningen rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall (tabell 90).

Tabell 86. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2005. (Diagram 37)

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter	Antal beslag	Antal tabl	Liter ^{b)}	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter ^{b)}
1993	295	126 000	1	75	174 259	0	370	300 259	1
1994	236	144 000	3	104	232 015	14	340	376 015	17
1995	140	103 200	6	77	108 436	6	217	211 636	12
1996	170	70 000	9	122	34 054	16	292	104 054	24
1997	200	75 600	12	165	51 573	23	365	127 173	35
1998	355	13 750	2	89	76 794	9	444	90 544	11
1999	329	35 458	6	110	125 862	13	439	161 320	19
2000	466	22 993	4	127	72 753	27	593	95 746	31
2001	555	35 677	4	171	208 281	14	726	243 958	18
2002	766	68 031	6	129	358 646	25	895	426 677	31
2003	784	53 193	6	198	566 111	50	982	619 304	56
2004	884	128 667	14	195	270 584	14	1 079	399 251	28
2005	1 010	75 115	5	207	96 956	8	1 217	172 071	13

Källa: 1993–1997 Rikspolisstyrelsen samt Generaltullstyrelsens Tullmålsjournal, 1998–2004 Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) 1993–1997 är antalet beslag något underskattande eftersom polisen då redovisade beslagstillfällen och inte antalet beslag.

b) För tullens del kan den flytande mängden vara något högre än redovisat 1993–1996 p g a delvis anorlunda redovisningsmetod dessa år.

Tabell 87. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer (huvud- och bibrott) för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2005. (Diagram 37)

År	Anmälda brott		Misstänkta personer		Lagförda personer	
	Dopningslagen	Antal brott per 100 000 invånare	Dopningslagen	Därav kvinnor (%)	Dopningslagen	Därav huvudbrott (%)
1993	564	6	229	3	230	52
1994	412	5	197	2	214	43
1995	288	3	178	4	196	52
1996	320	4	181	2	196	48
1997	340	4	176	1	183	38
1998	273	3	189	1	201	43
1999	416	5	172	2	198	39
2000	438	5	264	3	238	43
2001	482	5	318	2	313	33
2002	640	7	393	3	343	35
2003	634	7	425	2	408	31
2004	925	10	480	2	462	29
2005	851	9	652	3	566	34

Källa: Brå.

Tabell 88. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2005. (Diagram 38)

År	15–19		20–29		30–39		40–		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1993	53	23	127	55	34	15	15	7	229	100
1994	35	18	112	57	39	20	11	6	197	100
1995	38	21	93	52	37	21	10	6	178	100
1996	32	18	101	56	36	20	12	7	181	100
1997	35	20	95	54	32	18	14	8	176	100
1998	31	16	109	58	39	21	10	5	189	100
1999	17	10	121	70	27	16	7	4	172	100
2000	41	16	165	63	46	17	12	5	264	100
2001	49	15	203	64	57	18	9	3	318	100
2002	63	16	244	62	63	16	23	6	393	100
2003	48	11	296	70	58	14	23	5	425	100
2004	75	16	301	63	83	17	21	4	480	100
2005	75	12	405	62	133	20	39	6	652	100

Källa: Brå.

Tabell 89. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2006.

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	.	.

Källa: CAN.

a) Frågeställningen ändrades 2004.

b) 1995–2003 redovisades enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 90. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2005.

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	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1995–1999 efterfrågades injektionsbruk explicit.

Tabell 91. Andelen 16–24-åringar ^{a)} som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24
1993	1	–	1	1	0	0	–	0	–	–
1994	2	1	1	1	1	–	–	–	–	–
1996	0	0	0	0	1	0	–	0	0	0
1998	0	–	–	0	0	0	–	–	–	1
2003	1	0	1	0	1	.	.	.	.	.

Källor: SKOP (1993), TEMO (1994–1998) och ARS (2003).

a) År 1993 16–25 år.

Tabell 92. Andelen 15–75-åringar ^{a)} som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon ^{b)}				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	15–29	30–49	50–75	Män	Kvin	15–29	30–49	50–75
1993	0	–	–	0	–	–	–	–	–	–
1994	1	–	1	0	–	–	–	–	–	–
1996	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–
2000	0	–	0	0	–	–	–	–	–	–

Källa: TEMO.

a) År 2000 16–75 år.

b) Fr o m 1996 frågas efter tillväxthormon i injektionsform, tidigare Genotropin.

Tabellkommentarer: Tobaksutvecklingen; (tabellerna 93–95)

I tabell 93 beskrivs försäljningen av tobaksvaror i Sverige sedan 1970. I synnerhet vad det gäller senare år rekommenderas en viss försiktighet vid tolkningen av försäljningsnivåerna, dessa kan ha påverkats bland annat av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet. Vidare omfattar statistiken inte samtliga de lågprismärken som tillkommit under senare år. Av tabellen framgår dessutom Tullverkets beslag av cigaretter.

Utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9 redovisas i tabell 94. 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 94 har dock inte påverkats av detta.

Tabell 95 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt SCBs ULF-undersökningar. I äldre utgåvor av *Drogutvecklingen i Sverige* specialredovisades åldersgruppen 18–70 år, men numera används de åldersintervall som SCB normalt använder.

Tabell 93. 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. 1970–2005. (Diagram 39)

År	Försäljning			Beslag, miljoner cigaretter
	Cigaretter (st)	Annan rök-tobak (g)	Snus (g)	
1970	1 610	349	395	2
1971	1 550	322	410	2
1972	1 750	298	414	3
1973	1 440	296	420	3
1974	1 710	283	435	3
1975	1 800	270	453	4
1976	1 840	258	489	4
1977	1 730	234	512	3
1978	1 780	219	522	3
1979	1 800	209	535	3
1980	1 780	211	548	3
1981	1 710	204	559	2
1982	1 790	229	582	2
1983	1 700	252	594	1
1984	1 690	285	636	1
1985	1 630	271	667	1
1986	1 630	256	681	1
1987	1 610	237	681	1
1988	1 620	225	663	1
1989	1 570	224	660	2
1990	1 510	225	659	2
1991	1 490	219	685	3
1992	1 550	230	708	4
1993	1 230	204	709	6
1994	1 220	203	734	5
1995	1 130	197	755	6
1996	1 150	197	785	17
1997	830	191	741	39
1998	800	168	743	46
1999	960	143	789	32
2000	980	139	861	45
2001	1 000	134	889	48
2002	1 030	130	924	27
2003	980	120	920	74
2004	930	129	908	23
2005	930	136	880	17

Källor: Swedish Match, Statistikbyrån VECA och Tullverket.

Tabell 94. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2006. (Diagram 40)

År	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	41	47	.	.	.	.
1972	6 085	.	.	.	.	.	.
1973	5 594	.	.	.	.	.	.
1974	4 634	31	45	.	.	25	4
1975	4 217	32	45	.	.	26	5
1976	4 136	27	40	.	.	29	5
1977	6 034	25	40	.	.	30	8
1978	9 543	25	38	.	.	29	7
1979	9 359	21	34	.	.	29	6
1980	9 941	21	33	.	.	30	8
1981	9 496	23	35	.	.	30	7
1982	5 146	25	32	.	.	30	7
1983 ^{a)}	3 262	19 15	30 22	11	18	29 21	7 2
1984	32 819	16	22	11	16	24	1
1985	1 502	16	21	11	14	21	2
1986	5 820	17	22	12	15	24	2
1987	5 778	17	24	10	15	25	2
1988	5 430	17	24	10	15	22	2
1989	5 714	23	30	12	17	20	3
1990	5 977	20	31	13	19	20	2
1991	5 883	19	27	13	18	16	1
1992	5 851	22	27	16	18	19	0
1993	5 913	20	26	14	18	17	0
1994	5 868	17	29	12	20	19	1
1995	5 577	19	27	13	17	19	1
1996	6 027	19	25	12	17	17	1
1997 ^{a)}	5 683	17 28	25 37	11	17	17 21	1 3
1998	5 455	28	34	11	14	20	2
1999	5 198	30	36	10	18	23	3
2000	5 290	29	36	10	15	26	4
2001	5 569	30	36	10	16	27	5
2002	5 349	25	34	9	15	25	5
2003	5 226	20	30	7	13	24	6
2004	5 414	18	30	6	13	21	8
2005	5 373	19	30	5	13	20	6
2006	4 890	19	26	6	10	20	7

Källa: CAN.

a) När nya frågor infördes 1983 och 1997 fick hälften av eleverna besvara de gamla och hälften de nya.

Tabell 95. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2005. (Diagram 41)

År	Män						Kvinnor					
	Ålder					Totalt	Ålder					Totalt
	16–24	25–44	45–64	65–74	75–84		16–24	25–44	45–64	65–74	75–84	
1980	28	43	37	32	25	36	37	40	24	14	4	29
1981	25	38	35	33	28	34	36	35	25	12	6	27
1982	24	40	35	30	24	34	32	38	27	12	3	28
1983	22	38	34	25	25	32	29	37	25	10	8	26
1984	22	38	38	28	23	33	31	37	29	14	5	28
1985	23	33	34	25	21	30	30	37	27	13	6	27
1986	17	34	34	22	21	29	26	37	24	16	7	27
1987	17	32	35	28	22	29	27	35	28	13	7	26
1988	17	32	31	27	18	28	28	36	27	13	6	26
1989	16	29	30	20	21	26	26	35	27	16	7	26
1990	14	29	32	25	15	26	22	34	28	17	7	26
1991	17	30	29	25	12	26	23	31	28	14	5	24
1992	14	28	31	23	17	25	21	34	30	18	9	27
1993	14	25	30	19	14	23	19	28	28	18	6	23
1994	15	21	29	16	15	22	20	29	28	13	7	24
1995	14	22	28	21	15	22	21	29	27	15	7	24
1996	16	21	27	18	13	21	23	27	27	17	9	23
1997	12	16	19	16	14	17	19	25	27	16	7	22
1998	10	15	22	18	13	17	18	23	28	14	7	21
1999	14	17	26	15	11	19	18	20	25	14	6	19
2000	13	15	21	16	12	17	19	23	26	15	9	21
2001	14	17	23	19	4	18	19	20	26	13	7	20
2002	10	14	23	14	11	16	18	20	23	16	9	19
2003	10	15	23	18	8	17	16	18	24	13	9	18
2004	11	12	23	10	6	15	14	18	22	14	8	18
2005	8	12	20	13	9	14	12	18	23	17	10	18

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

ICD-koder

Från och med 1997 övergick man inom sjukvården till att klassificera sjukdomar och dödsfall enligt den tionde internationella diagnos- och dödsorsakssklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)*. Även om klassifikation är bättre än de föregående, i så måtto att den bättre beskriver sjukdomar och dödsfall i enlighet med dagens kunskaper, så kan det vara problematiskt med översättningar från tidigare versioner. Detta för med sig att man måste vara försiktig med tolkningar där tidsserierna passerar över årtalen då nya revisioner införts; 1958, 1969, 1987 och 1997, vilket gäller ett antal tabeller i rapporten.

I många fall, där det varit fråga om enstaka koder så redovisas dessa i tabellerna. I andra fall gäller redovisningen ett index som inte på ett enkelt sätt låter sig redovisas i tabellrubriken. I det följande beskrivs därför dessa index enligt ICD-10. För en närmare beskrivning av koderna i den 9:e revisionen hänvisas till *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 99*.

EpCs index över alkoholrelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70	Leversjukdom orsakad av alkohol
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51	Toxisk effekt av alkohol
Y90	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y91	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom intoxikationsgrad
Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk

Källa: Statistik över alkohol- och narkotikadiagnoser i slutenvård – Avslutade vårdtillfällen och patienter utskrivna från slutenvård med alkohol- eller narkotikadiagnoser under perioden 1987–2004. Socialstyrelsen, EpC. http://www.sos.se/epc/par/Alkohol_Narkotika/Html-tabell/frame.html

EpCs index över alkoholrelaterade dödsorsaker

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkohol-kardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70.0–70.9	Leversjukdom orsakad av alkohol
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51.0–51.9	Toxisk effekt av alkohol
Y90.1–Y90.9	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y91.1–Y91.9	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad
Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk

Källa: Dödsorsaker 2003 – Socialstyrelsen, EpC.

EpCs index över narkotikarelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk

Källa: Sjukdomar i slutenvård 1987–2001 – Socialstyrelsen, EpC.

EpCs index över narkotikarelaterade dödsorsaker

ICD-10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40.0–T40.3, T40.5–T40.9	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk

Källa: Dödsorsaker 2003 – Socialstyrelsen, EpC.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2000:7

Utkom från trycket
den 20 november 2000

Omtryck

beslutade den 10 oktober 2000.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika¹ att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika² skall ändras enligt nedanstående.

Föreskrifterna kommer därför att ha följande lydelse från och med den dag då dessa föreskrifter träder i kraft.

1 § Med narkotika förstås

a) ämnen och droger, som är upptagna i förteckningarna I, II och III, förekommande stereoisomerer (med undantag av dextrometorfan, dextrorfan och fenylpropanolamin), estrar och etrar av dessa ämnen, samt förekommande salter av nämnda ämnen, isomerer, estrar och etrar, oavsett om varorna utgör naturprodukter eller är syntetiskt framställda;

b) ämnen som är upptagna i förteckningarna IV och V, samt förekommande salter av dessa ämnen;

c) beredningar, med nedan nämnda undantag, som innehåller eller är framställda av under a) nämnda varor;

d) beredningar som innehåller under b) nämnda ämnen enbart eller i blandning med varandra;

e) läkemedel godkända för försäljning, som innehåller under b) nämnda ämnen, klassificeras som narkotika endast i den mån Läkemedelsverket så beslutat.

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

¹ Förordningen senast ändrad 2000:694.

² Ändrad genom LVFS 1997:15, 1998:3, 1998:12, 1999:6.

- c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;
- d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;
- e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;
- f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention³ ingår i beredningarna.

3 § De svenska förteckningarna inbegriper fem förteckningar med följande principiella innebörd:

- Förteckning I, narkotika som normalt inte har medicinsk användning.
- Förteckning II–IV, narkotika med medicinsk användning och som vid varje införsel eller utförsel kräver ett import/exportcertifikat.
- Förteckning V, narkotika enligt svensk lag men som inte omfattas av internationella konventioner. Narkotika enligt förteckning V kräver inte import/exportcertifikat.
- Den internationella förteckningen hänvisar till att ämnet finns upptaget i 1961 års allmänna narkotikakonvention (N I–IV)⁴ respektive 1971 års psykotropkonvention (P I–IV) inklusive tillägg.

NARKOTIKAFÖRTECKNINGAR

Under rubriken certifikat anges om införsel/utförsel kräver tillstånd i varje enskilt fall, J, eller att tillstånd i varje enskilt fall inte krävs, N.
Nomenklaturen i förteckningarna är i huvudsak INN-namn, men med svensk språkform.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Acetorfin	II	N I+IV	J
Acetyl-alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Acetyldihydrokodein	II	N II	J
Acetylmotadol	II	N I	J
Alfaacetylmotadol	II	N I	J
Alfameprodin	II	N I	J
Alfamotadol	II	N I	J
Alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Alfa-metyltiofentanyl	II	N I+IV	J

³ Convention on Psychotropic Substances, 1971.

⁴ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Alfaprodin	II	N I	J
Alfentanil	II	N I	J
Allobarbitol	IV	P IV	J
Allylprodin	II	N I	J
Alprazolam	IV	P IV	J
Amfepramon	II	P IV	J
Amfetamin	II	P II	J
Aminorex	IV	P IV	J
Amobarbital	IV	P III	J
Anileridin	II	N I	J
Aprobarbital	V	–	N
Barbital	IV	P IV	J
Bensetidin	II	N I	J
Bensfetamin	II	P IV	J
Bensylmorfin	II	N I	J
Besitramid	II	N I	J
Betacetylmadol	II	N I	J
Beta-hydroxifentanyl	II	N I+IV	J
Beta-hydroxi-3-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Betameprodin	II	N I	J
Betametadol	II	N I	J
Betaprodin	II	N I	J
Brallobarbitol	V	–	N
Brolamfetamin DOB, brom-STP	I	P I	J
Bromazepam	IV	P IV	J
Brotizolam	IV	P IV	J
Buprenorfin	IV	P III	J
Butalbital (butalbarbital)	IV	P III	J
Butobarbital	IV	P IV	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Cyklobarbitol	IV	P III	J
Delorazepam	IV	P IV	J
Desomorfin	II	N I+IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
DET, <i>N,N</i> -dietyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
Dexamfetamin	II	P II	J
Dextromoramid	II	N I	J
Dextropropoxifen	III	N II	J
Diampromid	II	N I	J
Diazepam	IV	P IV	J
Dietyltiambuten	II	N I	J
Difenoxin	II	N I	J
Difenoxylat	II	N I	J
Dihydroetorfin	II	N I	J
Dihydrokodein	II	N II	J
Dihydromorfin	II	N I	J
Dikaliumklorazepat	V	–	N
Dimenoxadol	II	N I	J
Dimefeptanol	II	N I	J
Dimetyltiambuten	II	N I	J
Dioxafetylbutyrat	II	N I	J
Dipipanon	II	N I	J
DMA, 2,5-dimetoxiamfetamin	I	P I	J
DMHP, 3-(1,2-dimetylheptyl)-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6 <i>H</i> -dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	P I	J
DMT, <i>N,N</i> -dimetyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
DOET, 2,5-dimetoxi-4-etylamfetamin	I	P I	J
DOM, STP, 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metyl-fenyl)-propan	I	P I	J
Drotebanol	II	N I	J
Ekgonin, samt dess estrar och derivat som kan omvandlas till ekgonin eller kokain	II	N I	J
Estazolam	IV	P IV	J
Eticyklidin, PCE	I	P I	J
Etilamfetamin, etylamfetamin	II	P IV	J
Etinamat	IV	P IV	J
Etklorvynol	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Etonitazen	II	N I	J
Etorfin	II	N I+IV	J
Etoxidrin	II	N I	J
Etryptamin	I	P I	J
Etylloflazepat	IV	P IV	J
Etylmetyltiambuten	II	N I	J
Etylmorfin	III	N II	J
Fenadoxon	II	N I	J
Fenamprolidin	II	N I	J
Fenazocin	II	N I	J
Fencyklidin, PCP	II	P II	J
Fendimetrazin	II	P IV	J
Fenetyllin	II	P II	J
Fenkamfamin	II	P IV	J
Fenmetrazin	II	P II	J
Fenobarbital	IV	P IV	J
Fenomorfan	II	N I	J
Fenoperidin	II	N I	J
Fenproporex	II	P IV	J
Fentanyl	II	N I	J
Fentermin	II	P IV	J
1-Fenyl-2-butylamin	II	–	J
[1-fenyl-1-piperidyl-(2)-metyl]acetat	II	–	J
Fludiazepam	IV	P IV	J
Flunitrazepam	IV	P III	J
Flurazepam	IV	P IV	J
Folkodin	III	N II	J
Furetidin	II	N I	J
Gammahydroxybutyrat, GHB	II	–	J
Glutetimid	IV	P III	J
Halazepam	IV	P IV	J
Haloxazolam	IV	P IV	J
Heptabarbital	V	–	N
Heroin	I	N I+IV	J
Hexapropymat	V	–	N
Hexobarbital	V	–	N
Hydrokodon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Hydromorfinol	II	N I	J
Hydromorfon	II	N I	J
Hydroxipetidin	II	N I	J
Hydroxitetrahydrocannabinoler	I	PI	J
Ibogain	I	–	J
Isometadon	II	N I	J
Kamazepam	IV	P IV	J
Karfentanil	II	–	J
Karisoprodol	IV	–	J
Kat (de ovanjordiska delarna av Catha edulis)	I	–	J
Katin	II	P III	J
Katinon	I	P I	J
Ketazolam	IV	P IV	J
Ketobemidon	II	N I+IV	J
Klobazam	IV	P IV	J
Klometiazol	V	–	N
Klonazepam	IV	P IV	J
Klonitazen	II	N I	J
Kloralhydrat	V	–	N
Kloralodol	V	–	N
Klorazepat	IV	P IV	J
Klordiazepoxid	IV	P IV	J
Klotiazepam	IV	P IV	J
Kloxazolam	IV	P IV	J
Kodein	III	N II	J
Kodoxim	II	N I	J
Kokablad	II	N I	J
Kokain	II	N I	J
Lefetamin, SPA	II	P IV	J
Levamfetamin	II	P II	J
Levofenacylmorfan	II	N I	J
Levometamfetamin	II	P II	J
Levometorfan	II	N I	J
Levomoramid	II	N I	J
Levonantradol	II	–	J
Levorfanol	II	N I	J
Loprazolam	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Lorazepam	IV	P IV	J
Lormetazepam	IV	P IV	J
Lysergid, LSD, LSD-25	I	P I	J
Mazindol	II	P IV	J
MDA, 2-amino-1-(3,4-metylendioxifenyl)-propan	I	P I	J
MDMA, 3,4-metylendioximetamfetamin	I	P I	J
Medazepam	IV	P IV	J
Mefenorex	II	P IV	J
Meklokalon	II	P II	J
Meprobamat	IV	P IV	J
Meskalin	I	P I	J
Mesokarb	IV	P IV	J
Metamfetamin	II	P II	J
Metamfetamin racemat	II	P II	J
Metazocin	II	N I	J
Metadon	II	N I	J
Metadonintermediat	II	N I	J
Metakvalon	II	P II	J
Metkatinon	I	P I	J
Metoheital	V	–	N
Metopon	II	N I	J
4-Metylaminorex	I	P I	J
Metyldesorfin	II	N I	J
Metyldihydromorfin	II	N I	J
Metylfenidat	II	P II	J
Metylfenobarbital	IV	P IV	J
3-Metylfentanyl	II	N I+IV	J
4-Metyltioamfetamin (4-MTA)	I	–	J
3-Metyltiofentanyl	II	N I+IV	J
Metylpentynol	V	–	N
Metypolon	IV	P IV	J
Midazolam	IV	P IV	J
MMDA, 5-metoxi-3,4-metylendioxiamfetamin	I	PI	J
Modafinil	IV	–	J
Moramidintermediat	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Morferidin	II	N I	J
Morfin	II	N I	J
Morfinmetylbromid och andra femvärda kväve-morfinderivat, speciellt inkluderande morfin-N-oxiderivat, däribland Kodein-N-oxid	II	N I	J
Morfin-N-oxid	II	N I	J
MPPP, 1-metyl-4-fenyl-4-piperidinolpropionat	I	N I+IV	J
Myrofin	II	N I	J
N-(1-fenetyl-4-(3-metylpiperidyl))propionanilid	I	–	J
N-etyl MDA	I	P I	J
N-hydroxiamfetamin	I	–	J
N-hydroxi MDA	I	P I	J
Nabilon	II	–	J
Nikokodin	III	N II	J
Nikodikodin	III	N II	J
Nikomorfin	II	N I	J
Nimetazepam	IV	P IV	J
Nitrazepam	IV	P IV	J
Noracymetadol	II	N I	J
Nordazepam	IV	P IV	J
Norkodein	III	N II	J
Norlevorfanol	II	N I	J
Normetadon	II	N I	J
Normorfin	II	N I	J
Norpipanon	II	N I	J
Opium	II	N I	J
Oxazepam	IV	P IV	J
Oxazolam	IV	P IV	J
Oxykodon	II	N I	J
Oximorfon	II	N I	J
Para-fluorfentanyl	I	N I+IV	J
Parahexyl, 3-hexyl-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6H-dibenso[<i>b,d</i>]pyranol-(1)	I	PI	J
Pentobarbital	IV	P III	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Pemolin	II	P I	J
Pentazocin	III	P III	J
PEPAP	I	N I+IV	J
Petidin	II	N I	J
Petidinintermediat A	II	N I	J
Petidinintermediat B	II	N I	J
Petidinintermediat C	II	N I	J
Piminodin	II	N I	J
Pinazepam	IV	P IV	J
Pipradol	II	P IV	J
Piritramid	II	N I	J
PMA, parametoxiamfetamin	I	PI	J
Prazepam	IV	P IV	J
Proheptazin	II	N I	J
Properidin	II	N I	J
Propiram	III	N II	J
Propylhexedrin	II	–	J
Psilocin, 3-[2-(Dimetylamino)etyl]indol-(4)-ol	I	P I	J
Psilocybe cubensis	I	–	J
Psilocybe semilanceata (toppslätskivling)	I	–	J
Psilocybin	I	P I	J
Pyrityldion	V	–	N
Pyrovaleron	II	P IV	J
Racemetorfan	II	N I	J
Racemoramid	II	N I	J
Racemorfan	II	N I	J
Remifentanil	II	–	J
Rolicyklidin, PHP, PCPY	I	P I	J
Sekbutabarital	IV	P IV	J
Sekobarbital	II	P II	J
Sufentanil	II	N I	J
Svampar som innehåller ämnena psilocybin eller psilocin, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts	I	–	J
Tebakon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Tebain	II	N I	J
Temazepam	IV	P IV	J
Tenamfetamin, MDA	I	P I	J
Tenocyklidin, TCP 1-(1-(2-tienyl)cyklohexyl)-piperidin	I	P I	J
Tetrahydrocannabinoler ⁶	I	P I	J
Tetrazepam	IV	P IV	J
Tilidin	II	N I	J
Tiofentanyl	I	N I+IV	J
TMA, 3,4,5-trimetoxiamfetamin	I	P I	J
Triazolam	IV	P IV	J
Trimeperidin	II	N I	J
Tybamat	V	–	N
Vallmohalm, koncentrat av	II	N I	J
Vinbarbital	V	–	N
Vinylbital	IV	P IV	J
Zipeprol	IV	P II	J
Zolpidem	V	–	N
Zopiklon	V	–	N

Denna författning träder i kraft omedelbart.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

⁶ Med tetrahydrocannabinoler avses i ”List of Psychotropic substances under international control” (utgiven av International Narcotics Control Board) upptagna isomerer och stereo-kemiska varianter.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2001:4

Utkom från trycket
den 25 april 2001

beslutade den 23 mars 2001

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ skall ändras enligt nedanstående:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Flunitrazepam	II	P III	J

Denna författning träder i kraft den 1 maj 2001.

Övergångsbestämmelser

För recept och rekvisitioner förordnade före den 1 maj 2001 gäller tidigare bestämmelser för upprepade uttag. Förordnade recept och rekvisitioner efter denna tidpunkt, dock senast den 1 augusti 2001, är giltiga utan de nya kraven under den tid som angivits på receptet/rekvisitionen, dock längst till den 1 augusti 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2000:7



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2002:4

Utkom från trycket
den 26 juni 2002

beslutade den 13 juni 2002.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen om kontroll av narkotika i fråga om 3 §¹ verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika att substanserna 2-CB och PMMA skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2-CB, 4-bromo-2,5-dimetoxifenetylamin	I	P II	J
PMMA, 4-metoxi-N-metylamfetamin	I	-	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2001:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:2

Utkom från trycket
den 13 januari 2004

beslutade den 17 december 2003.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen amineptin skall tas upp i förteckningarna och att förteckningarna för substansen zolpidem samt not 5 ändras enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Amineptin	II	P II	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Zolpidem	IV	P IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats och oavsett under vilka benämningar de förekommer. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat. Med cannabis skall dock inte förstås hampa som 1. är av sort som kan berättiga till stöd enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 av den 17 maj 1999 om upprättandet av ett stödssystem för producenter av vissa jordbruksgrödor och rådets förordning (EG) nr 1673/2000 av den 27 juli 2000 om den gemensamma organisationen av marknaderna för lin och hampa som odlas för fiberproduktion och 2. odlas efter det att ansökan om arealstöd för sådan odling enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 givits in till behörig myndighet.

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2002:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:3

Utkom från trycket
den 16 mars 2004

beslutade den 24 februari 2004.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substanserna 2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2), 2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7), 4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I) och 2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2) skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2)	I	–	J
2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7)	I	–	J
4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I)	I	–	J
2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2)	I	–	J

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Pernilla Lötberg

¹ Senast ändrad LVFS 2004:2.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2005:5

Utkom från trycket
den 30 juni 2005

beslutade den 22 juni 2005.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen ketamin skall tas upp i förteckningarna.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Ketamin	IV	—	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2005.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2004:3.

