

Drogutvecklingen i Sverige

Rapport 2003



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 71

Stockholm 2003

Förord

Under en lång rad av år producerades årliga rapporter om drogutvecklingen i Sverige av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). När Folkhälsoinstitutet startade sin verksamhet 1992 gavs den årliga rapporten ut i samarbete mellan CAN och institutet.

Folkhälsoinstitutet ombildades 2001 till Statens folkhälsoinstitut. I anslutning till detta beslutades att CAN ensamt skall utge de årliga rapporterna om drogutvecklingen i Sverige.

Arbetet med Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2003 har utförts med Ulf Guttormsson som redaktör. Britta Grönlund har stått för korrekturläsning och bidragit med kommentarer och Siv Byqvist har medverkat i datainsamlingen. Tack till Håkan Leifman (SoRAD) som bidragit med synpunkter men även med vissa textavsnitt i alkoholkapitlet. Per-Erik Engström har gjort diagrammen och Britta Grönlund har svarat för övrig layout och sättning.

I arbetet med Rapport 2003 har uppgifter inhämtats från bl a Alkoholinspektionen, Apoteket AB, Brottsförebyggande rådet, Generaltullstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Swedish Match, Systembolaget och Vägverket.

Stockholm i juni 2003

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

1. Sammanfattning	19
Alkoholutvecklingen.....	19
Narkotikautvecklingen.....	23
Psykofarmakautvecklingen.....	27
Sniffningsutvecklingen.....	27
Dopningsutvecklingen.....	28
Tobaksutvecklingen.....	29
2. Metodproblem och tillförlitlighet.....	31
Inledning.....	31
Metodproblem vid frågeundersökningar.....	32
Beskrivning av de redovisade undersökningarna.....	37
Frågeundersökningarnas användbarhet.....	42
Indikatorer på bruk och missbruk.....	44
Metoder och avgränsningar, avslutande kommentarer.....	46
Referenser.....	48
3. Alkoholutvecklingen.....	49
Inledning.....	49
Alkoholpolitik.....	49
Konsumtionsutvecklingen.....	52
Skadeutvecklingen.....	69
En sammanställning av några indikatorer.....	78
Internationella aspekter.....	80
Referenser.....	90
4. Narkotikautvecklingen.....	93
Inledning.....	93
Narkotikapolitik.....	94
Utvecklingen av tillfälligt/experimentellt missbruk.....	97
Utvecklingen av tungt missbruk.....	103
Vård, sjuklighet och dödlighet.....	114
Olika narkotiska preparat.....	121
Narkotikasituationen i några andra länder.....	127
Referenser.....	130

5. Psykofarmakautvecklingen	133
Inledning	133
Försäljning av psykofarmaka	134
Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel	136
Bruk av lugnande medel och sömnmedel	137
Missbruk av lugnande medel och sömnmedel	140
Referenser	141
6. Sniffningsutvecklingen	143
Inledning	143
Missbrukets omfattning	143
Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet	147
Referenser	149
7. Dopningsutvecklingen	151
Inledning	151
Beslags- och kriminalstatistik	151
Resultat från olika frågeundersökningar	152
Internationell jämförelse av dopnings-erfarenheten	155
Referenser	156
8. Tobaksutvecklingen	157
Inledning	157
Konsumtionsutvecklingen	158
Konsekvenser av tobakskonsumtion	164
Internationell jämförelse av rökvanor	166
Referenser	168
Tabeller	169
Bilagor:	
1. ICD-koder	279
2. Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika	283

Diagram

Alkoholutvecklingen

1. Alkohol försäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1861–2000. Femårsmedeltal.	52
2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2002.	53
3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2002.	56
4. Skattning av registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2002.	59
5. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2002.	61
6. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2000.	62
7. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen mänstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2002.	63
8. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2000.	64
9. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter alkohol 100%. 1982–2000.	67
10. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, mätt i centiliter alkohol 100%. 1982–2000.	68
11. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2000.	71
12. Dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Standardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969-2000.....	72
13. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per inv, samt försäljningen av alkoholdrycker per inv 15 år och däröver. 1966-2002.	76

14. Utvecklingen av alkoholrelaterade indikatorer 1969–2002.	79
15. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.	80
16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2001.	83
17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i vissa länder. 1965–2001.	85
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. 1955–1995.	86
19. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955– 1995.	87
20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig minst tre gångar de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.	89

Narkotikautvecklingen

21. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång provat narkotika. 1971–2002.	98
22. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2002.	99
23. Andelen elever i årskurs 9 bland dem som aldrig använt narkotika, som ”haft lust” att pröva, ”haft möjlighet” att pröva samt ”vet någon som kan ge eller sälja narkotika”, respektive andelen mönstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (i mönstringsundersökningen endast cannabis 1976–1988). 1971–2002.	100
24. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000).	105
25. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotika- relaterade dödsfall, per invånare. 1965–2002.	106
26. Fördelningen på olika åldersgrupper av a) narkotikalagförda (NSL och VSL) respektive andelen som dömts för brott mot narkotika- strafflagen (NSL) när brottet gällt b) cannabis, c) centralstimulantia, d) opiater. 1975–2001.	109
27. Antal tunga narkotikamissbrukare 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.	111

28. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2001.....	116
29. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per år totalt samt antal intravenösa missbrukare. 1985–2002.	118
30. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2000.	120
31. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2002.	122
32. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av a) cannabis, b) amfetamin, c) kokain och d) heroin. 1971–2002.	123
33. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång provat narkotika. 1995 och 1999.....	128

Psykofarmakautvecklingen

34. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel respektive antidepressiva medel till apoteken. Antal dygnsdoser per 1000 invånare och dag. 1972–2002.	135
35. Inleveranser av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002.	136
36. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön, 2002.	138
37. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag år 2002 i län med låg respektive hög försäljning.	139

Snifningsutvecklingen

38. Andelen elever i årskurs 9 respektive månstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2002.	144
39. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999.....	148

Tobaksutvecklingen

40. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och rökto bak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2002. 159
41. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2002. 161
42. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2001. 162
43. Antalet rökningrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995. 165
44. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999..... 167

Tabeller

Alkoholutvecklingen

Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion

1.	Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och dryckernas andel av totala försäljningen. Femårsmedeltal. 1861–2000.	171
2.	Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och år samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1957–2002.	172
3.	Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1986–2002.	174
4.	Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1992–2002.	175
5.	Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2002.....	177
6.	Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera sprit, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd för klubbar och slutna sällskap. 1977–2002.....	178
7.	Konsumentuppgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker och på restauranger räknat i miljoner kronor. 1985–2000.	179
8.	Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. Dec 1984–dec 2002.	180
9a.	Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 1996, 1998, 2000, 2001 och 2002, uppdelad på dryckesslag och anskaffningssätt, i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre.	181
9b.	Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2002, uppdelad på dryckestyp och ursprung.	182

Konsumtionsvaneundersökningar

10.	Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2002.	184
-----	---	-----

11. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2002.	185
12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2002.	186
13. Berusningsbenägenhet. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2002.	187
14. Alkohol, rökning, sniffning, narkotika och anabola steroider efter befolkningstäthet och kön. Årskurs 9. Procent. 1999 och 2000.	188
15. ”Hur ofta dricker Du alkohol så att Du känner Dig berusad?” Procentuell fördelning bland män. 1973–2002.	189
16. ”Brukar Du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?” Procentuell fördelning bland män. 1981–2002.	190
17. Mänstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2002.	191
18. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2000.	192
19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och cider i liter alkohol 100%. 1979/80–2000.	193
20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av starksprit resp den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2000.	194
21. Inställningen till alkohol bland ungdomar 16–24 år 1996–2000. Procent.	195
22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–70 år. 1982–2000.	196
23. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000.	196
24. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000.	197
25. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–29 år. 1982–2000.	197
26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 30–49 år. 1982–2000.	198
27. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 50–70 år. 1982–2000.	198

Skadeutvecklingen

28. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6§ Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983-2001.....	200
29. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983-2001.....	201
30. Antal utskrivningar med alkoholrelaterade huvuddiagnoser inom den totala slutenvården samt deras andel av totala antalet utskrivningar. 1987-2001.	202
31. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och standardiserade dödstal. 1969-2000.....	203
32. Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal. 1988-2000.	204
33. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3-F10.9). 1956-2000.	205
34. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1956-2000.	206
35. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1956-2000.	207
36. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0-T51.9). 1956-2000.	208
37. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956-2000.	209
38. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963-2002.	210
39. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter ålder och kön. 1963-2002.	211
40. Antalet ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter län. 1986-2002.	212
41. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950-2002	213
42. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975-2002.	214

43. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2001	215
44. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2001.	216
45. Antal lagföringar för sjöfylleri. 1974–2001.	216
46. Alkoholförekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2002.	217

Internationella aspekter

47. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950–2000.	219
48. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2001.	220
49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2001.	221
50. 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. 1955–1995.	223
51. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.	224
52. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.	225

Narkotikautvecklingen

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

53. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2002.	227
54. Andelen mänstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2002.	228
55. Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination? Procentuell fördelning bland mänstrande. 1976–2002.	229

56. Inställning till narkotika bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. Procent.	230
57. Andel personer som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.....	231
58. Andel personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.	231
59. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998.	232

Beslagsstatistik

60. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1965–2002.	234
61. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2002.	235
62. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2002.	236
63. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2002.	237
64. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2002.	238

Kriminalstatistik

65. Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2002.	240
66. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2002.....	241
67. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2002.....	242
68. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2002.	243
69. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2001.	244
70. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2001.	245

71. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2001.	246
72. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2001.	247
73. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2001.	248
74. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2001.	249

Missbrukare inom kriminalvården

75. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2002.	251
76. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2002.	252
77. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2001.	253

Sjuklighet och dödlighet

78. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2001.	255
79. Antal narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvård i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2001.	256
80. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2002.	257
81. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2002.	258
82. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2002.	259
83. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal. 1969–2000.	260
84. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.0), fördelat på län. 1987–2000.	261

Psykofarmakautvecklingen

85. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002.	263
86. Inleveranser till apoteken av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002.	264
87. Andel personer som använt sömnmedel och/eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna, efter kön och efter ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.	265
88. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2002.	266
89. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag 2002 i respektive län.	266

Snifningsutvecklingen

90. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2002.	268
91. Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2002.	269

Dopningsutvecklingen

92. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat 1990–2002.	271
93. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2002.	272
94. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2002.	272
95. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2002.	273
96. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2002.	273

97. Andelen i ungdomsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.....	274
98. Andelen i befolkningsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.....	274

Tobaksutvecklingen

99. 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. 1970–2002.	276
100. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2002.	277
101. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2001.	278

1. Sammanfattning

Det finns idag en mängd olika data som kan användas för att beskriva bruk och missbruk av alkohol, narkotika och andra droger. På många områden ger dessa uppgifter en god uppfattning om drogproblemens omfattning och utveckling. Inom andra ger de däremot en sämre bild, beroende på brister i tillgängliga data.

Alkoholutvecklingen

Alkoholkonsumtionen

Den registrerade alkoholförsäljningen, eller den statistikförda konsumtionen, omfattar Systembolagets försäljning och bryggeriernas leveranser av starköl och folköl samt olika distributörers leverans av alkohol till restaurangerna. Den omfattar t ex inte resandeförsel, legalt eller illegalt tillverkad alkohol, smuggling eller konsumtion i anslutning till utlandsresor.

De typer av uppgifter som brukar användas för att beskriva alkoholkonsumtionen utgörs dels av data över försäljningen och dels av information från olika frågeundersökningar. Till stor del saknas mått på den totala alkoholkonsumtionens omfattning över tid, men under 1990-talet har metoder utvecklats för att bättre uppskatta omfattningen av den oregistrerade konsumtionen, och då kombineras bl a den kända försäljningen med uppgifter från intervjuundersökningar.

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. Mycket pekar dock på att denna ökat under de senaste 10-15 åren, i synnerhet efter 1995.

En övergripande beskrivning av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden är att denna ligger på en högre nivå nu än för dryga 50 år sedan, relaterat till invånarantalet. År 1946 uppgick den till ca 4 liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. År 1954, d v s det sista helåret med motbok, var den ca 5 liter. Efter en mer eller mindre successiv ökning kulminerade försäljningen 1976, då den uppgick till närmare 8 liter. Därefter inträdde en minskning till 6 liter 1984. De senaste fem åren har den registrerade försäljningen ökat med

Sammanfattning

19%, från 5,8 liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver 1998 till 6,9 liter 2002.

Om även den oregistrerade konsumtionen beaktas blir ökningen den senaste femårsperioden något högre (21%). År 2002 beräknades den totala konsumtionen till 9,9 liter ren alkohol, d v s en uppräknings av försäljningen med 3 liter. Ungefär 30% av all alkohol som konsumerades detta år var således oregistrerad.

Utvecklingen av andelen oregistrerad konsumtion förefaller med utgångspunkt från tillgängliga studier ha varit ökande under 1990-talet, och har angetts till ca 20% i början av årtiondet och ca 25% vid dess mitt. Andelen oregistrerad konsumtion kan således ha ökat med bortåt 10 procentenheter de senaste 10 åren, samtidigt som motsvarande nivåer och trender föregående perioder är mindre väl kända.

Grovt sett har spritförsäljningen minskat alltsedan 1980-talets början, från 3,8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre 1979 till 1,4 liter 2002. Perioden efter andra världskriget karakteriseras främst av en kontinuerligt ökande vin och starkölsförsäljning. År 2002 uppgick vinförsäljningen till 2,8 liter och starkölsförsäljningen till 1,9 liter. Således har båda dessa alkoholsorter passerat spriten i försäljningsstatistiken, och detta skedde i mitten av 1990-talet.

Av den registrerade konsumtionen 2002 utgjorde, räknat i ren alkohol, öl (starköl och folköl) 39%, vin 41% och sprit 20%. Om uppskattningar av den oregistrerade konsumtionen beaktas ökar spritandelen till 26%, medan ölandelen minskar till 35%.

Av undersökningarna om oregistrerad konsumtion framkom att den största enskilda källan för alkoholanskaffning 2002 utgjordes av Systembolaget, då 50% av all konsumerad alkohol härrörde därifrån. Därefter kom resandeinförsel (19%), restaurangkonsumtion (11%) och folkölsförsäljning i livsmedelsbutiker (8%), sedan smugglad alkohol (6%) och sist hemtillverkad alkohol (5%).

En samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor, utifrån olika frågeundersökningar, är att de under 1990-talet ökade i omfattning, men att ökningen förefaller ha planat ut de allra senaste åren.

Den beräknade totalkonsumtionen bland ungdomar ökade under 1990-talet och är åter i nivå med den som gällde under slutet av 1970-talet, efter att ha uppvisat en lägre nivå under 1980-talet. Såväl bland yngre som äldre ungdomar uppger pojkarna att de dricker ungefär dubbelt så mycket alkohol som flickorna gör, och könsskillnaderna har varit relativt likartade alltsedan 1980-talet, med en tendens till ett ökat gap mellan könen under de senaste åren. Konsumtionen är också klart högre bland äldre än bland yngre ungdomar.

Utvecklingen av berusningskonsumtionen är i viss mån likartad konsumtionsutvecklingen. Efter en topp omkring 1977 minskade berusningsbenägenheten fram till 1980-talets mitt. Under 1990-talet har dock berusningsbenägenheten ökat något i omfattning, även om nivåerna var högre under 1970-talet. I skolundersökningarna noterades också en ökning av andelen högkonsumenter under 1990-talet.

Valet av dryckestyper skiljer sig mellan pojkar och flickor såtillvida att pojkarna dricker mera öl och sprit medan flickorna dricker mera vin, samtidigt som deras dryckesmönster också är mera spritt över olika alkoholtyper. Bland äldre ungdomar ökar i synnerhet inslaget av vin, medan folköl och blanddrycker minskar.

Det begränsade antalet undersökningar på vuxensidan pekar på en klar tendens under efterkrigstiden till en ökad alkoholkonsumtion bland kvinnor. Sedan 1980-talet har dock inte könen närmast sig ytterligare enligt intervjuundersökningar bland personer 18–70 år. Männerna uppger en mer än dubbelt så hög konsumtion som kvinnorna. För männen dominerar konsumtionen av starköl och för kvinnorna dominerar den av vin. Personer 18–29 år har den högsta alkoholkonsumtionen medan åldersgruppen 50–75 år har den lägsta.

Vissa alkoholfrågeundersökningar pekar på en ökning av konsumtionen och andelen storkonsumenter 1990-2002. 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. För kvinnornas del bestod ökningen främst i en ökad vinkonsumtion, och för männens del svarade starkölet för den största delen av konsumtionsökningen.

En jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen i Sverige och flera andra länder visar på betydande likheter. Sålunda karakteriserades efterkrigsåren av en tilltagande konsumtion i stora 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 rentav minska i vissa. Detta gäller bl a några traditionella högkonsumtionsländer, som t ex Frankrike, Italien och Spanien där minskningen framförallt kan konstateras på vinsidan. I samtliga dessa tre länder har spriten ökat sin andel av den totala alkoholförsäljningen medan vinet minskat. I Sverige är det tvärtom.

Vad gäller EU-länderna och Norge kan konstateras att utvecklingen av konsumtionen av olika drycker går åt olika håll i olika länder 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 har varit den motsatta i typiska spritländer. Utjämnningen av konsumtionsnivåerna länderna emellan innebär också en utjämnning av den alkoholrelaterade dödligheten och framförallt då dödligheten i levercirrhos

Sammanfattning

där EUs vinländer minskat sin dödlighet, de skölländerna ökat sin, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna visar en ganska konstant nivå.

Även i andra europeiska länder än Sverige förekommer konsumtion av oregistrerad alkohol vilket försvårar jämförelser mellan olika nationer, inte minst över tid.

När det gäller alkoholpolitiken tycks det som länderna inom EU närmar sig varandra. Medan Finland och Sverige gett upp en del av sina monopol och därmed försvagat sin alkoholpolitik något, har flera andra länder, bl a i Syd-europa, förstärkt alkoholpolitiken genom att t ex minska nivåerna för tillåten blodalkoholhalt vid bilkörning och skärpa åldersbestämmelserna för inköp av alkohol såväl i butiker som på restauranger.

Skadeutvecklingen

Alkoholen ger upphov till olika skador. Några av dessa går att beskriva med statistiska uppgifter. Det saknas emellertid data som entydigt visar omfattningen av alkoholskadorna. Detta gäller speciellt sociala skador, t ex miss-handel eller konsekvenser för barn som växer upp i hem där missbruk förekommer. Uppgifterna som redovisas i föreliggande rapport ger således ingen fullständig bild av alkoholskadornas totala omfattning.

Det bör påminnas om att det finns mer eller mindre stora brister hos alla uppgifter som används som mått på alkoholskadenivån i samhället. Faktorer som påverkar är bl a förändringar i lagstiftning, praxis, ekonomiska och personella resurser, diagnosmetoder, kunskaper och attityder.

Som nämnts tidigare steg alkoholkonsumtionen under efterkrigstiden för att nå en topp 1976. Under 1970-talet ökade fylleriomhändertagandena fram till 1975. Utskrivningarna med diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos från slutna psykiatrisk vård ökade markant. Den alkoholrelaterade dödligheten ökade kraftigt fram till och med 1979.

Efter 1976 minskade alkoholförsäljningen. Fylleriets avkriminalisering 1977 påverkade antalet omhändertaganden som minskade just det året för att nå en topp 1980. Därefter har en successiv nedgång skett och år 2002 gjordes ca 44 000 omhändertaganden. Nedgången har varit tydligast bland dem 20 år och äldre. Sedan 1970-talet har andelen omhändertagna kvinnor ökat från 3 till 11%. För de 10–15 senaste åren finns en betydande osäkerhet när det gäller antalet fylleriomhändertaganden som indikator på alkoholskadeutvecklingen. Sannolikt speglar utvecklingen i hög grad myndigheternas inställning och agerande, snarare än fylleriets förändring över tiden.

Mellan 1979 och 2000 har den alkoholrelaterade dödligheten, som den mäts enligt Socialstyrelsens diagnosurval, sjunkit från 25 till 19 dödsfall per 100 000 invånare och det senaste året registrerades i absoluta tal ca 1 700 sådana

dödsfall. När det gäller dödsorsaksstatistiken används från 1997 en ny dödsorsaksklassifikation, vilket gör det vanskligt att jämföra antalet dödsfall med tidigare år.

Om man betraktar utvecklingen för könen så framgår att det enbart är männen som står för nedgången i alkoholdödligheten. Dödligheten för kvinnorna har i det närmaste varit oförändrad, eller möjligen något uppåtgående. År 2001 var 21% av de avlidna kvinnor.

Nedgången har heller inte varit jämnt sett till åldersgrupper. Störst nedgång i alkoholrelaterad dödlighet uppvisar de under 50 år, medan gruppen 70 år och däröver faktiskt ökat något, även sedan den totala nedgången startade 1979.

Man kan konstatera att männens betydligt större alkoholkonsumtion ger utslag i dödlighetsstatistiken, då männen har fem gånger så hög alkoholrelaterad dödlighet som kvinnorna. På det hela taget finns det en viss överensstämmelse mellan försäljningsutvecklingen och utvecklingen av de alkoholrelaterade dödsorsakerna – ett samband som dock tenderat att försvagas under senare tid.

De alkoholrelaterade trafikolyckorna med dödlig utgång har minskat mer eller mindre stadigt och uppgick år 2001 till 51 stycken, eller 7% av alla delaktiga förare i dödsolyckor. Enligt frågeundersökningar ökade andelen som de senaste 12 månaderna druckit alkohol och kört bil från 9% 1981 till 14% 1989. Därefter har det skett en nedgång och år 2001 svarade 7% att de gjort detta.

Narkotikautvecklingen

Narkotikaanvändning kan innefatta allt ifrån konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbundet, långvarigt och dagligt missbruk. Olika användningsformer har olika konsekvenser för individ och samhälle. Vid en redovisning och diskussion av utvecklingen bör därför olika konsumtionsmönster särredovisas och en uppdelning i tillfällig/experimentell användning och i tungt missbruk har därför gjorts. Med det förstnämnda avses konsumtion vid ett begränsat antal tillfällen, eller mindre regelbunden användning. Någon enkel och entydig definition för tungt narkotikamissbruk är svår att fastställa. En vanlig definition är den från de tre stora nationella kartläggningarna, d v s allt injektionsmissbruk, oavsett medel, och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt. Omfattningen av det missbruk som inte bara är tillfälligt men som inte kan betecknas som tungt saknas det nästan helt uppgifter om.

Liksom fallet är för uppgifterna om alkoholutvecklingen återspeglar undersökningar och statistik om narkotika inte bara den faktiska situationen utan

Sammanfattning

också andra förhållanden. Dessa utgörs bl a av förändringar i lagstiftning och tillämpning av lagarna samt förändrade resurser för narkotikabekämpning, liksom av rent undersökningsmetodologiska förändringar.

Tillfällig/experimentell användning

Uppgifter om tillfällig/experimentell narkotikaanvändning fås i första hand genom olika frågeundersökningar bland ungdomar och vuxna. Trots de metodproblem som finns vid sådana undersökningar bedöms dessa återspegla utvecklingen relativt väl.

Skolundersökningarna i åk 9 visar att en relativt stor andel av eleverna någon gång prövat narkotika under 1970-talets inledande år (ca 14%). Andelen sjönk därefter och omfattade runt 8% t o m 1982, varefter de sjönk ytterligare och uppgick till 3–4% under 1990-talets början. Efter en kontinuerlig ökning svarade närmare 10% av eleverna att de prövat narkotika 2001. År 2002 hade denna andel sjunkit till 8%, men det är emellertid för tidigt att avgöra om trendbrottet är tillfälligt eller ej.

Utvecklingen bland månstrande 18-åringar är förhållandevis likartad som den bland skoleleverna, med högre nivåer som prövat narkotika på 1970-talet (runt 17%), och en nedgång under 1980-talet (6% 1988). Sedan 1992 har dock andelen tredubblats och uppgick till 18% 2002, även om ökningstakten avmattats de senaste åren.

Normalt visar ungdomsundersökningar att ca 60% av dem som prövat narkotika enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart använt annan narkotika än cannabis. Näst vanligast är (numera) ecstasy och amfetamin. Om illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel) tas med i bilden är de emellertid lika vanligt förekommande som ecstasy och amfetamin.

I de båda ovan nämnda studierna har den regelbundna användningen i stort sett följt samma trender som livstidsprevalensen. I början av 2000-talet hade 3% av såväl niondeklassarna som de månstrande använt narkotika under den senaste månaden. Bland ungdomar i åldern 16–24 år uppgav år 2000 ca 5% att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna.

Enligt intervjuundersökningar bland vuxna (15–75 år) har ca 12% prövat narkotika någon gång, vilket motsvarar uppåt 800 000 personer i det aktuella åldersintervallet. Narkotikaerfarenhet är nästan dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor, och det kan konstateras att könsskillnaderna tycks uppkomma först i gymnasieåldern.

Tydliga regionala skillnader framkommer i så gott som alla undersökningar. 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 tunga missbrukare ofta visar på en tidig och uttalad social problematik hos dessa, är det självfallet inte så att alla som prövat narkotika har motsvarande 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 sett till aktuell/regelbunden användning. Detta betyder att de som fortsätter använda narkotika 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.

Tungt missbruk

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 visade dock narkotikabrotten narkotikabeslagen på en uppåtgående trend, liksom även narkotikarelaterade hepatit- och dödsfall gjorde. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i Sverige.

Tre stycken kartläggningar av tungt narkotikamissbruk (injektionsmissbruk eller annan daglig/så gott som daglig användning) har genomförts i Sverige åren 1979, 1992 respektive 1998. Undersökningarna bygger på uppgifter från bl a polis, socialtjänst, behandlingssektor och kriminalvård. Med en särskild statistisk metod uppräknas antalet inrapporterade missbrukare för att kompensera för av myndigheterna okända missbrukare. I den senaste kartläggningen har de tidigare resultaten reviderats något med avseende på mörkertalet, eftersom vissa antaganden modifierats samtidigt som mera förfinade statistiska metoder har tillämpats.

Undersökningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner. Även om undersökningen 1998 baserades på ett ännu mindre urval än den från 1992, och därmed kan betraktas som den osäkraste ur antalsskattningssynpunkt, har det bedömts vara möjligt att ge en skattning även utifrån denna. Antalet tunga missbrukare uppskattades uppgå till 15 000 1979, 17 000 1992 och 26 000 1998.

Utifrån de ovan presenterade uppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998. Med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen uppskattades den totala årliga ökningen av nytillkomna missbrukare till 800 under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Det betyder att nyrekryteringen har varit förhållandevis stor under 1990-talet. Samtidigt är det många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års kartläggning hade 19% en missbruks-

Sammanfattning

tid på 10 år eller längre. Åren 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%.

Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och har legat runt en knapp fjärdedel vid alla tre undersökningstillfällena. Detta är högre än andelen narkotikabrottslagförda kvinnor (14%) men lägre än andelen kvinnor som sjukhusvårdats eller rapporterats hiv-smittade p g a narkotikamissbruk (ca 30%).

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.

De allra flesta 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 hade 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. Heroinet uppgång kan även spåras t ex vad gäller beslag och lagföringar.

Andelen som använt cannabis senaste 12 månaderna var 61, 66 respektive 54% och i senaste kartläggningen angavs 8% ha detta som dominerande drog. Majoriteten uppgavs även vara alkoholmissbrukare. Det har med åren blivit färre uppgiftslämnare som kunnat ange något 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 narkotikarelaterade indikatorer, är koncentrationen till storstadsregionerna av framförallt det tyngre narkotikamissbruket. 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 den region där missbruket är vanligast och har så varit sen 1970-talet. Göteborg kännetecknas av att heroin blivit vanligare och missbruksmönstret i regionen nu i högre grad liknar de båda andra storstadsområdena. Takten med vilket missbruket ökat synes dock varit lägre än vad som gällde de båda andra storstadsregionerna.

Om man jämför de tillgängliga indikatorerna, d v s främst beslagsuppgifter, kriminalstatistik samt vård- respektive dödsorsaksstatistik, med de genomförda kartläggningarna så ger de en någorlunda likartad bild av utvecklingen av det tunga narkotikamissbruket, med ökande nivåer särskilt under 1990-talet.

Indikatorerna pekar dock på att ökningarna fortsatt efter 1998 och under 2000-talets första år. Även om en del av de statistiska uppgångarna kan förklaras av andra orsaker än omfattningen på missbruket, är det ändå inte orimligt att dra slutsatsen att dessa uppgifter också speglar en faktisk uppgång.

Psykofarmakautvecklingen

Förbrukningen av lugnande medel och sömnmedel av bensodiazepintyp nådde en hög nivå 1972, enligt Apoteket ABs leveransstatistik. Sedan minskade förbrukningen med 22% fram till början av 1990-talet. Därefter har en uppgång skett och jämfört med 1991 hade inleveranserna av sådana medel till apoteken ökat med 22% år 2002. Uttryckt i dygnsdoser levererades 66 sådana per 1 000 invånare och dag detta år.

Förbrukningen av antidepressiva medel låg tämligen konstant under 1970- och 1980-talen. Under 1990-talet har dock skett en mycket kraftig uppgång, vilken beror på introduktionen av nya läkemedel, de s k selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI). Mellan 1990 och 2002 sjudubblades apotekens försäljning.

Det finns tydliga skillnader i bruksmönstret av psykofarmaka. Kvinnor använder lugnande medel och sömnmedel i betydligt större utsträckning än män. Förskrivningen av dessa medel ökar dessutom med stigande ålder. Användarna är även överrepresenterade bland arbetslösa, lågutbildade, förtidspensionerade och storkonsumenter av alkohol. Personer med en multipel sjukdomsbild och änkor tillhörde också denna kategori.

Leveransstatistiken uppenbarar regionala skillnader i konsumtionen av lugnande medel och sömnmedel. Liksom tidigare år förekom den lägsta försäljningen per invånare år 2002 i Norrbottens län, medan Uppsala övertagit Jönköpings position som det län med högsta försäljningen per invånare.

Snifningsutvecklingen

I början av 1970-talet, när regelbundna drogvaneundersökningar började genomföras i skolan och bland mönstrandande, uppmättes relativt höga andelar som sniffat någon gång. Under 1970-talet minskade emellertid sniffningen

Sammanfattning

både bland eleverna i årskurs 9 och bland mänstrande. Utvecklingen bland pojkarna i årskurs 9 och bland mänstrande visar en relativt god överensstämmelse under årtiondet.

Livstidsprevalensfrågan bland mänstrande utgick 1981 och återinfördes 1998. Sedan dess har andelen som sniffat sjunkit något, från 8 till 6%, och beteendet är definitivt mindre vanligt än på 1970-talet.

Andelen elever i årskurs 9 som sniffat befann sig på en låg och oförändrad nivå under hela 1980-talet. Runt 1990 var nivåerna särskilt låga (ca 5%), därefter ökade åter sniffningserfarenheten och har, med vissa fluktuationer, legat runt 9% sedan 1995. Alltsedan tidigt 1970-tal har pojkarna i regel redovisat högre värden än flickorna, och på den tiden var sniffningen överlag mera utbredd även bland skoleleverna.

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

Dopningsutvecklingen

Under 1990-talet har det blivit uppenbart att användningen av hormondopningsmedel inte längre är begränsad till idrottsrörelsen utan även är spridd 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.

Omkring 1% av de manliga ungdomarna i olika riksrepresentativa frågeundersökningar har svarat att de någon gång provat AAS. Denna storleksordning har i stort sett varit likartad sedan 1993, då man började ställa frågor om dopningsmedel i sådana undersökningar. Storleksordningen är i linje med flera europeiska länder, men lägre jämfört med USA.

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

Beslags- och kriminalstatistik pekar på en ökad aktivitet vad det gäller dopningsrelaterad brottslighet. Samtidigt är det svårt att dra några slutsatser utifrån detta eftersom denna statistik är beroende av myndigheternas olika prio-

riteringar och insatser på området. Av kriminalstatistiken framgår att den typiska dopningsbrottslingen är en man i tjugoårsåldern.

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. Dock ökade försäljningen därefter och nådde en topp 1976 då motsvarande siffra var 1 840. Därefter har en nedgång inträffat, i synnerhet under 1990-talet. Detta kan förklaras med att rökningen minskat i befolkningen, samtidigt som smuggling och privatinförsel ökat.

Efter den temporärt stora försäljningsnedgången 1997–1998, vilken sammanföll med de höga cigarettpriserna dessa år, har försäljningssiffrorna dock åter ökat något. Uppgången mellan 1999 och 2002, från 960 till 1030 sålda cigaretter, innebär dock inte att försäljningen återtagit samma nivå som före skatteförändringarna. Annan rökto bak har minskat konstant i försäljning sedan 1970.

Rökningen bland niondeklassare var utbredd i början av 1970-talet. Den minskade sedan fram till mitten av 1980-talet, för att åter öka under slutet av årtiondet. Därefter har nivåerna varit relativt oförändrade. År 2002 rökte 25% av pojkarna och 34% av flickorna. Motsvarande värden för dagligrökning var 9 respektive 15%, andelar som varierat relativt lite alltsedan 1980-talets början.

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 var andelarna 49 respektive 23% och 1980 rökte 36 respektive 29% av 16–84-åringarna. Därefter har det skett en nedgång, i synnerhet hos männen. Detta har lett till att dagligrökningen nu är mer utbredd bland kvinnor än bland män (20 respektive 18% år 2001). Nedgången har skett i alla åldersgrupper, men den har varit störst i de yngsta.

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

Sammanfattning

Det är svårt att hitta någon ökning av andelen snusare i befolkningen som motsvarar försäljningsökningen av snus under de två senaste decennierna (en uppgång med 69% perioden 1980–2002). Enligt tillgängliga undersökningar har andelen dagligsnusare bland vuxna män varit relativt konstant under perioden (ca 20%). Försäljningsökningen kan bero på att de enskilda snusarna har ökat sin konsumtion men det kan även vara så att de som tidigare både snusade och rökte idag främst snusar. Bland kvinnorna är dagligsnusandet så gott som obefintligt, vilket även gäller för flickorna i årskurs 9. Ser man till den totala andelen tobakskonsumenter i årskurs 9 var det 34% av eleverna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning år 2002.

2. Metodproblem och tillförlitlighet

Inledning

Till grund för bedömningar av omfattningen och utvecklingen av användningen av de i rapporten ingående drogerna 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 bruk eller missbruk. Detta gäller t ex konsumtionsvaneundersökningar av olika slag. I andra fall kan uppgifterna gälla konsekvenser av användningen; t ex uppgifter om antalet alkoholförgiftningar, antalet omhändertaganden av berusade, antalet hepatitfall eller antalet personer som dömts för narkotikabrott.

De kanske oftast använda uppgifterna gäller själva preparaten, t ex försäljningen av alkoholdrycker eller antalet beslagtagna kvantiteter av olika narkotiska preparat. 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 frågan om 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 och klara gränser mellan socialt dryckesmönster, storkonsumtion och alkoholmissbruk finns inte (för en närmare diskussion se Alkoholpolitiska kommissionens betänkande, SOU 1994:28 s 25–26).

Förhållandet är likartat i fråga om narkotika. Olika kategorier av narkotikaanvändning går gradvis över i varandra utan klara skiljelinjer. Vad som ytterligare komplicerar bilden inom detta område är att missbruksbegreppet här har en annan innebörd. All icke läkarförskrivna användning av sådana medel som finns upptagna i narkotikaförordningen är i juridisk mening missbruk. I denna mening skall en bedömning av omfattningen av missbruket innefatta alla som under någon tid använt medel som definieras som narkotika.

Metodproblem och tillförlitlighet

Samtidigt används begreppet narkotikamissbruk också med en skadeorienterad innebörd, liknande den som alkoholmissbruk har.

Orsaken till olika bedömningar av alkoholmissbrukets eller narkotikamissbrukets omfattning är ofta att olika definitioner använts. Inom alkoholområdet kan det t ex gälla skillnaden mellan ”alkoholmissbruk”, ”alkoholberoende” och ”storkonsumtion”. Man försöker också hålla isär det ”sociala” bruket och missbruket. Inom narkotikaområdet har det inte varit lika självklart att skilja mellan den legala missbruksdefinitionen och den mera skadeorienterade. Självfallet 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 medlet mer eller mindre regelbundet.

Att man med olika definitioner kommer fram till olika bedömningar av missbrukets omfattning är en självklarhet. Det som komplicerar situationen 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 olika undersökningar och statistiska underlag 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.

Resultat från frågeundersökningar 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. Det är ju inte säkert att personer i ett annat urval skulle ge samma svar som de som ingår i det studerade urvalet, även om de sannolikt skulle hamna relativt nära svaren i det första urvalet.

Ytterligare ett fel – bortfallsfelet – har att göra med att alla personer som ingår 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”.

De datainsamlingsmetoder som förekommer i samband med frågeundersökningar är besöksintervjuer, telefonintervjuer, postenkäter och gruppenkäter. En enkät innebär att uppgiftslämnaren själv fyller i svaren på frågorna, antingen på själva enkätformuläret eller på ett särskilt svarsformulär. De olika datainsamlingsmetoderna har olika användningsområden och olika för- och nackdelar, bl a i fråga om risken för olika slags fel.

Urvalsfel

Frågeundersökningar genomförs sällan som totalundersökningar. Undantag utgörs bl a av undersökningar av mönstrandes drogvanor 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 stora 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 den s k urvalsramen är korrekt. Detta innebär att den förteckning av de individer eller skolklasser som urvalet görs ifrån verkligen representerar populationen som skall undersökas. När man t ex genomför besöksintervjuer för att skatta användningen av alkohol och narkotika bland befolkningen som helhet, utgörs urvalsramen av de hushåll som finns i det s k SPAR-adressregistret hos DAFA. 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, från dem som är registrerade hos DAFA. Liknande selektionseffekter finns även där urvalsramen utgörs av hushållens telefonnummer.

För att resultaten från en urvalsundersökning (stickprovsundersökning) skall gå att generalisera till hela populationen, d v s vara giltiga för hela 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

Metodproblem och tillförlitlighet

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 klart 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 enstaka frågor (internbortfall). Man har i en rad undersökningar från olika forskningsområden visat att personer som ingår 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. Gjorda bortfallsundersökningar visar att andelen som "använt alkohol" eller som "använt narkotika" eller som "fortfarande använder" vanligtvis är högre i bortfallet än i den grupp som deltagit i intervjun eller som besvarat enkäten. Ju större bortfallet är, desto allvarligare blir i regel konsekvenserna för undersökningsresultatens 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 SCBs stora undersökningar, t ex ULF-undersökningen, dessutom notera en ökning av bortfallet över tiden. En bortfallskategori som ökat påtagligt, speciellt i Stockholmsområdet är "ej anträffade" (Nilsson et al,

2000). Sannolikt är detta ett generellt mönster när det gäller flera typer av frågeundersökningar – bortfallet tenderar att öka – något som givetvis påverkar tillförlitligheten i resultaten.

Det kan finnas många orsaker till att en person inte deltar i en undersökning. I skolundersökningarna beror det som regel på att en del elever inte är i skolan den dag som undersökningen genomförs, antingen på grund av sjukdom eller på grund av skolk. 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.

I undersökningar av bruk och missbruk av alkohol och narkotika är andelen brukare eller missbrukare större i bortfallet än bland dem som deltagit. Även om bortfallet är litet uppkommer stora problem vid urvalsundersökningar om den företeelse man undersöker är ovanlig. Exempel på detta är gravt alkoholmissbruk eller tungt narkotikamissbruk. 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.

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 förhöll sig.

Mätfelen varierar beroende på vilket område frågorna gäller. Allmänt kan man anta att den tillfrågade medvetet eller omedvetet försöker beskriva sina vanor, handlingar och åsikter på ett sådant sätt att han framstår som en ”normal” person, ett fenomen som kallats social önskvärdhet (Björkman 1979). När frågorna gäller känsliga områden kan risken för mätfel antas vara särskilt stor. Det kan t ex gälla frågor om begångna brott, sexuella vanor, psykiska sjukdomar eller åsikter som av det omgivande samhället betraktas som fördomar.

Som känsliga områden räknas också alkohol- och narkotikavanor. Trots detta har frågeundersökningar i stor utsträckning använts inom detta område med syfte att belysa såväl omfattningen av bruk och missbruk som olika personliga, sociala och demografiska förhållanden. Resultaten som framkommer i sådana undersökningar måste därför, bland annat på grund av områdets känslighet, 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

Metodproblem och tillförlitlighet

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.

Förekomsten av mätfel gör det svårt att med säkerhet bedöma t ex hur många ”högkonsumenter” av alkohol det finns eller hur många som använder narkotika regelbundet. 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 över tid och därmed påverka sannolikheten för underskattningar respektive överskattningar. Ett exempel är inställningen till användningen av droger, som kan vara mer eller mindre tillåtande. Ibland är det inne att använda alkohol eller andra droger. Det är i en sådan situation möjligt att en del personer säger att de har gjort detta utan att så är fallet. Under perioder då inställningen är mindre tillåtande kanske några säger att de inte har använt, trots att de har det.

Det är alltså möjligt att förändringar mot t ex en mer restriktiv hållning kan leda till en ökning av antalet personer som underrapporterar sin droganvändning. Man kan emellertid också anta att förändringar som har sådan effekt även påverkar andra på så sätt att sannolikheten för att de skall använda droger minskar. En nedgång i den rapporterade droganvändningen skulle i enlighet härmed vara resultat av dels en ökande underrapportering och dels en minskning av den faktiska droganvändningen.

Man kan å andra sidan tänka sig en rakt motsatt effekt. Att en del ungdomar använder t ex narkotika kan ibland uppfattas som en protest mot rådande värderingar. Från denna utgångspunkt blir en ”verbal” protest eller en protest i form av användning mest sannolik när ”vuxenvärldens” inställning är mindre tillåtande. Detta skulle i en situation när utvecklingen går mot en mer restriktiv hållning leda till en ökande överrapportering och en ökande användning. Vad som främst talar emot en sådan effekt är att förändringarna i inställningen inte varit så radikala. Den allmänna inställningen till narkotika har alltid i grunden varit negativ och därmed ”protesterbar”.

Beskrivning av de redovisade undersökningarna

Skolundersökningen

Skolundersökningarna genomförs regelbundet varje år sedan 1971. En enkät med frågor om elevernas drogvanor distribueras till riksrepresentativa urval av klasser. Storleken på urvalet har tidigare varierat något. Under senaste tioårsperioden har ca 6 000 elever i årskurs 9 medverkat årligen och bortfallet har uppgått till ca 10–15 procent (Hvitfeldt 2003).

Eleverna besvarar enkäten anonymt under skrivningsliknande former. 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 samband med en revision av formuläret 1983 gjordes en del av undersökningen med det gamla formuläret (s k länkundersökning). Data som samlades in med det nya frågeinstrumentet kunde på så vis länkas samman med tidigare års resultat. Även senare har smärre förändringar gjorts som bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

I en del fall redovisas data efter regioner. Dessa regioner är en indelning av landet beroende på befolkningstäthet. Storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö utgör egna regioner, medan de övriga är orter med varierande befolkningstäthet, d v s tätorter, mindre tätorter och glesbygd. Indelningen bygger på de s k H-regionerna.

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. ESPAD-projektet startades och leds av CAN, i samarbete med Europarådets Pompidougrupp, vilken också gett visst ekonomiskt stöd, främst åt länder från Östeuropa.

Ett annat viktigt mål var att upprepa datainsamlingen med några års mellanrum för att på så vis kunna följa utvecklingen över tid, såväl inom som mellan länderna och våren 1999 genomfördes den andra datainsamlingen inom ramen för projektet. Antalet deltagande länder hade nu ökat till 30. Våren 2003 gjordes ytterligare en datainsamling och slutrapporten publiceras under hösten 2004.

Metodproblem och tillförlitlighet

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolungdomar som fyller 16 år det år de besvarar enkäten. Urvalen har gjorts slumpmässigt i varje land (oftast klasser, i något enstaka fall utgjorde skolor urvalsenheter) inom de årskurser som hade elever i den aktuella åldersgruppen. Totalt besvarade nästan 100 000 elever anonymt samma frågeformulär översatt till respektive språk. Resultatredovisningen skedde i standardiserad form och skickades till CAN för att sammanställas i en övergripande rapport (Hibell, Andersson et al, 2000).

ECAS – European Comparative Alcohol Study

I föreliggande rapport hämtas en del internationella data från den sk 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.

Mönstringsundersökningen

Mönstringsundersökningen består av årliga undersökningar av alla som inleder 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 2002). Ett litet antal frivilliga kvinnor mönstrar också. Sedan 2000 ingår inte deras svar i redovisningarna.

Studien genomförs sedan 1970 med anonyma gruppenkäter vilka besvaras enskilt och därefter läggs i svarsådor av respondenterna. Numera mönstrar årligen 40–50 000 personer och hittills har 1,3 miljoner personer besvarat enkäten.

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.

Under senare år har bortfallet närmare 15%. Detta är en något högre nivå jämfört med tidigare och ökningen 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. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningen

Ungdomsundersökningarna har genomförts mer eller mindre kontinuerligt sedan slutet av 1970-talet. Fram till och med 1994 genomförde SIFO undersökningarna. Detta år gjorde även TEMO en del av undersökningen. Undersökningarna 1996 och 1998 genomfördes av TEMO medan undersökningen 2000 genomfördes av Intervjubolaget. Undersökningen görs på ett urval i åldern 16–24 år, tidigare var målgruppen 12–24 år. Urvalets storlek har varierat något under åren. De av SIFO genomförda undersökningarna grundar sig i flertalet fall på ett urval av 1 500 ungdomar. I 1996 och 1998 års undersökningar intervjuades 2 350 ungdomar, varav 2 000 representerade hela riket och 350 Sydsverige. Vid undersökningen år 2000 intervjuades 2 800 ungdomar, inklusive Sydsverige.

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a byte av opinionsinstitut och en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1996 års undersökning, och en del frågeförändringar år 2000, försvåras möjligheten att göra jämförelser över tid. En ytterligare reservation är det ringa antalet intervjuade i TEMOs del av 1994 års undersökning (n=500 i hela landet och 300 i södra Sverige) vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet det året. En utförligare presentation av ungdomsundersökningarna återfinns i en särskild

Metodproblem och tillförlitlighet

rapport ”Ungdomars alkohol- och narkotikavanor 1998” (Andersson och Lindén-Boström 2000). År 2002 genomfördes ingen ungdomsundersökning.

Vuxenundersökningen

Allmänhetens (15/16–75 år) drogvanor är en undersökning som har genomförts sedan början av 1980-talet. Till och med 1990 genomfördes undersökningen av SIFO, från och med 1992 av TEMO. Personerna i urvalet intervjuas vid personliga besök i hemmen.

Under perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då 500 personer intervjuades. 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 vad gäller hela åldersintervallet. 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.

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; sociala relationer, arbetsliv, hälsa och omsorg, och fysisk miljö. Åren 1980–1981, 1988–1989 och 1996–1997 gjordes fördjupade studier på hälsoområdet.

Undersökningarna genomförs som besöksintervjuer i ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Nettourvalet uppgår till runt 8 000 personer årligen. I urvalet ingår även en panel av individer vilka ingick i urvalet vid föregående fördjupningsomgång. Bortfallet varierar men har sedan mitten på 1980-talet legat kring 20% (SCB 1995).

UNO- och MAX-undersökningarna

Vid tre tillfällen har det genomförts nationella 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 de myndigheter och organisationer som har kontakt med missbrukarna, t ex socialtjänst, vårdinrättningar, polis och kriminalvård. I många fall samlas 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

$$\hat{p} = s/n_2 \quad (2)$$

d v 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 i denna form 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. Insamlingssystemen representerar här olika fångstillfällen. Detta leder troligen till en underskattning av antalet

missbrukare. 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 (se kapitel 4 för beskrivning av resultaten) (Olsson 2000).

Frågeundersökningarnas användbarhet

Sammantaget förmedlar de ovan nämnda frågeundersökningarna en bild av hur bruk respektive missbruk fördelar sig i befolkningen. Denna information är central för förståelsen av t ex alkoholförsäljningsstatistik å ena sidan och alkoholkonsumtionens effekter å den andra. När det gäller narkotika, dopning och sniffning är dessa uppgifter, på grund av hanteringens speciella natur, än mer betydelsefulla. Som framgått kan resultaten av frågeundersökningarna ifrågasättas av framförallt två skäl. Det ena har att göra med bortfallet och misstanken att detta innehåller en större andel av brukare, storkonsumenter och missbrukare än vad urvalet i sin helhet gör. Det andra skälet till att resultaten kan ifrågasättas är en misstanke om att svaren – på grund av t ex glömska eller ovillighet att säga som det är – inte ger en sann bild av respondentens drogvanor. I det följande avsnittet diskuteras undersökningarnas användbarhet närmare.

Att den andel som använt narkotika någon gång är större i bortfallet än i urvalet i övrigt framgår av en bortfallsundersökning som genomfördes i samband med den sk Stockholmsundersökningen 1993. Denna studie var en totalundersökning i årskurs 9, där man gjorde en uppföljning av bortfallet. Den andel som använt narkotika någon gång uppgick i bortfallet till 21% bland pojkar och 17% bland flickor. Bland de elever som deltog vid det ordinarie datainsamlingstillfället hade 9% bland pojkarna och 8% bland flickorna någon gång använt narkotika.

Vilken betydelse den högre andelen som använt narkotika i bortfallet har bestämts av bortfallets storlek. I skolundersökningen år 1979 uppgick det till 14%. Beroende på att bortfallet i detta fall är så lågt blir inte skillnaden så stor. Den totala andelen som använt narkotika kommer, när hänsyn tas till bortfallsandelen, att öka med omkring en kvarts procentenhet. I jämförelse

med mätfelet och det av urvalsförfarandet bestämda konfidensintervallet är effekten av bortfallet vid detta undersökningstillfälle helt marginell.

Bortfallet i skolundersökningarna har varit av ungefär samma omfattning under de år som undersökningarna genomförts. I vad mån bortfallets sammansättning förändrats låter sig inte bedömas. Om omfattningen av skolk och liknande frånvaro förändras så förändras sannolikt också bortfallets sammansättning och därmed andelen missbrukare i bortfallet. Det framgår dock av resultaten från den nyss nämnda bortfallsundersökningen att andelen missbrukare i bortfallet måste ligga på en betydligt högre nivå än i urvalet i sin helhet för att det ska få någon beaktansvärd effekt. Detta kan lätt illustreras genom två fingerade exempel. Om andelen användare bland dem som svarar är 6% och andelen i ett tioprocentigt bortfall är dubbelt så hög blir andelen i hela urvalet 6,6%. Också om bortfallet istället är 20% blir effekten måttlig. Med i övrigt samma förutsättningar som i exemplet ovan ökar andelen från 6 till 7,2%.

Problemet med mätfel har man försökt angripa genom att använda speciella tekniker i samband med att frågorna ställs. En teknik som ursprungligen utvecklades av Warner (1965) förekommer i dag i olika varianter. Den gemensamma svenska beteckningen är randomiserade intervjuer. Amerikanska undersökningar av narkotikamissbruk bland highschoolstuderande visar att denna teknik ger färre som vägrar att svara och en högre andel som har använt narkotika jämfört med traditionell intervjuteknik (Goodstadt och Gruson 1975). I fråga om narkotikavanor har metoden i Sverige prövats av Danermark och Vintherheimer (1984). I deras undersökning gav randomiserade intervjuer något högre skattningar än direkta frågor i en anonym gruppenkät. Skillnaden – 8,0 mot 5,3% – var emellertid inte statistiskt signifikant vid denna undersökning.

De redovisade undersökningarna belyser tillförlitligheten i svaren vid ett givet tillfälle och i en given population. Det är inte säkert att den relativt måttliga underrapporteringen dessa visar kan generaliseras till andra tidpunkter eller andra grupper. Som nämnts kan t ex den allmänna inställningen till narkotika förändras i tillåtande eller restriktiv riktning och detta i sin tur påverkar benägenheten att avge sanningsenliga svar.

Eventuella förändringar i svarens sanningshalt över tid kan man få en viss uppfattning om genom jämförelse med andra data. Om det sker några faktiska förändringar i antalet personer som använder narkotika bör detta leda till förändringar också i fråga om t ex antalet personer som misstänks för narkotikabrott, givet en viss aktivitetsnivå hos polis och tull. Enligt undersökningarna bland eleverna i årskurs 9 i grundskolan skedde det en påtaglig minskning mellan åren 1971 och 1975 samt mellan 1982 och 1983 av andelen som uppgett att de någon gång respektive under senaste månaden använt narkotika. En jämförelse mellan dessa andelar och antalet personer i motsvarande

ålder som misstänkts för narkotikabrott visar på en relativt god överensstämmelse år från år (Olsson 1992). Likartade resultat fås när jämförelsen görs mellan svaren från mönstringsundersökningen och antalet misstänkta för narkotikabrott i motsvarande åldersgrupp. Vissa avvikelser förekommer dock i båda fallen. Resultaten sammantagna talar ändå snarare för än emot att enkätdata relativt väl speglar en faktisk förändring i svarsfördelningen från ett år till ett annat.

Indikatorer på bruk och missbruk

Missbruk av alkohol och 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. 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 polisen 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 kan ha betydelse.

Indikatorernas användbarhet

När det gäller användning av indikatorer, vilka i första hand antas spegla det ”tunga” 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 måste den totala alkoholförsäljningen tillmätas stor vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholförsäljningen 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.

Olika indikatorer kan 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.

Metoder och avgränsningar, avslutande kommentarer

Det har tidigare framhållits att resultaten från olika undersökningsmetoder speglar olika delar av det totala komplex som bruk och missbruk utgör. Den använda metoden bestämmer vilken typ av missbruk som resultaten i bästa fall ger en uppskattning av. Dessa förhållanden diskuteras något utförligare i det följande.

En rad undersökningar visar att alkoholkonsumtionen är mycket snedfördelad i en befolkning. Detta innebär att ett stort antal personer använder en mindre mängd alkohol (eller använder alkohol vid ett begränsat antal tillfällen), att ett något mindre antal personer använder en något större mängd alkohol och att ett litet antal personer använder en stor mängd. I runda tal svarar mellan 10% och 15% av alkoholkonsumenterna för ca 50% av den i samband med frågeundersökningar redovisade totala alkoholkonsumtionen.

Av skäl som redovisats tidigare är dock den totala alkoholkonsumtionen högre än vad en frågeundersökning visar. Många underskattar sin konsumtion, eller lämnar medvetet en felaktig bild.

Framför allt kommer inte personer med en mycket hög konsumtion med i denna typ av undersökning. Den ”sanna” konsumtionsfördelningen ser med andra ord annorlunda ut än den som svaren i en frågeundersökning ger. I bästa fall ger den en någorlunda korrekt bild av normalkonsumtionens omfattning, en ofullständig bild av antalet storkonsumenter och – i det närmaste – ingen bild alls av antalet alkoholmissbrukare.

Om man istället använder antalet personer som till följd av alkoholkonsumtionens konsekvenser registreras i samband med t ex sjukhusvård får man en bild av en del av det ”tungta” alkoholmissbruket – men det är långtifrån någon fullständig bild.

Förhållandena är i stora drag desamma inom narkotikaområdet, även om konsumtionsfördelningen kan antas se delvis annorlunda ut. De undersökningar som gjorts tyder dock på att den i stora drag har ungefär samma form. Det finns ett förhållandevis stort antal personer som använt t ex cannabis någon eller några enstaka gånger, ett något mindre antal som använt det något fler gånger och ett litet antal som använt det ofta. Intervju- och enkätundersökningar ger i bästa fall en relativt fullständig bild av antalet personer som använt cannabis en eller ett fåtal gånger. Men ju mer frekvent missbruket är, desto större blir skillnaden mellan undersökningsresultatet och verkligheten.

Om man istället i en undersökning utgår från av polisen kända missbrukare får man i bästa fall en relativt hygglig bild av det mest frekventa missbruket eftersom många av dem som ofta använder narkotika förr eller senare blir

kända av polisen. Personer som använder narkotika mera sällan blir kända i betydligt mindre utsträckning. Men på grund av att det finns så många fler personer som använder sällan än som använder ofta kommer flertalet av dem som är kända av polisen ändå att tillhöra gruppen med ett mindre frekvent missbruk. För att resultatet av en sådan undersökning skall bli användbart måste man därför försöka avgöra om de personer som ingår tillhör den grupp som bara är ofullständigt känd, eller den grupp som har ett högfrekvent missbruk och som det är möjligt att fånga upp med denna undersökningsmetod.

Avslutningsvis kan här nämnas att det ibland sker metodförändringar på detaljnivå. Det kan exempelvis vara enskilda frågor i en enkätundersökning som uppdateras eller beräkningsgrunder som förändras, vilket kan påverka de statistiska tidsserierna. Sådana förhållanden beskrivs närmare i de tabellkommentarer som inleder de olika tabellavsnitten.

Referenser

- Andersson B, Lindén-Boström M (2000). *Ungdomars alkohol- och narkotikavanor 1998*. Folkhälsoinstitutet, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.
- Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Danermark B & Vintherheimer S (1984). *Att mäta cannabiserökning bland skolungdomar. En experimentell jämförelse av två mätmetoder: anonyma gruppenkäter och intervjuer baserade på randomiserade svar*. Örebro: Högskolan i Örebro.
- Goodstadt M S, Gruson V (1975). *The randomized response technique: A test on drug use*. JASA, 70 (352), 814–818.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. 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, Andersson B, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Nilsson P, Engstrand A-L, Tångdal S, Berg S, Garås T, Holmquist A (2000). *Bortfallsbarometer nr 15*. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Olsson O (1992). *Tillförlitligheten i frågeundersökningar av skolelevers och värnpliktigas drogvanor. Ett valideringsförsök med hjälp av registerdata*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- 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 1994:28 (1994). *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.
- Statistiska centralbyrån (1995). *Levnadsförhållanden. Appendix 15. Teknisk rapport avseende 1990–91 års och 1992–93 års undersökningar av levnadsförhållanden*. Örebro: SCB
- Warner S L (1965). *Randomized response: A Survey technique for eliminating evasive answer bias*. JASA, 60 (309–312), 63–69.

3. Alkoholutvecklingen

Inledning

Alkoholpolitiken har betydelse för alkoholkonsumtionen i ett land. En översikt över alkoholpolitiken och dess inverkan på konsumtion och skador (Edwards 1996) pekar på hur de alkoholpolitiska instrumenten, framförallt priset, på ett ibland mycket direkt sätt inverkar på den totala konsumtionen. Det är därför rimligt att inleda detta kapitel med en översikt över alkoholpolitiska beslut och händelser i Sverige.

Beskrivningen av alkoholkonsumtionen och bedömningen av dess utveckling bygger dels på uppgifter om hur mycket alkohol som säljs, dels på data från olika riksrepresentativa alkoholfrågeundersökningar. Sådana undersökningar kan också ge en uppfattning om konsumtionen av oregistrerad alkohol.

Några data som visar utvecklingen av det totala alkoholmissbruket finns inte tillgängliga. Vad som finns är uppgifter om vård av alkoholmissbrukare och om vissa alkoholrelaterade skador och problem. Uppgifter om de alkoholrelaterade skadornas utveckling har dels ett värde i sig, som en beskrivning av omfattningen av alkoholens negativa konsekvenser, dels som indikatorer på alkoholkonsumtionens utveckling.

Inledningsvis bör det påpekas att insamling och registrering av uppgifter om alkoholutvecklingen påverkas av en mängd olika faktorer som kan ge upphov till förändringar i statistiken och därigenom försvåra möjligheterna att dra säkra slutsatser om utvecklingen.

Alkoholpolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

I detta avsnitt redovisas kortfattat viktiga historiska alkoholpolitiska händelser och beslut, med en något fylligare beskrivning av de senaste åren. De flesta årtalen och uppgifterna i det historiska avsnittet är hämtade från Svensk alkoholhistoria (Systembolaget 2001).

Alkoholutvecklingen

- 1850 Några bergsmän i Falun bildar det första systembolaget ”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 stoppas med en ny tillverkningsförordning.
- 1905 Beslut tas att all brännvinsförsäljning i landet ska handhas av särskilda bolag under viss statlig kontroll.
- 1914 AB Stockholmssystemet börjar sin verksamhet med att införa motbokstvång och individuell ransonering.
- 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. Systembolaget får monopol också på vinförsäljningen.
- 1922 Folkomröstning om ett totalförbud. 889 000 röstade för och 925 000 mot förbud.
- 1923 Förbudet mot starkölsförsäljning permanentas (infört 1917).
- 1944 Den nykterhetskommitté tillsätts som 1953 föreslår att restriktionssystemet skall avskaffas.
- 1955 Motboken slopas. Systembolagen slås samman till ett riksbolag. Starkölsförbudet upphävs.
- 1957 Riksdagen beslutar om spärrlistor och legitimationsskyldighet. Systembolaget börjar sin propaganda för mildare dryckesvanor.
- 1965 Alkoholpolitiska utredningen (APU) tillsätts. Mellanölet, klass IIB, införs.
- 1969 Inköpsåldern sänks till 20 år (den 1 juli).
- 1977 Mellanölet och spärrlistorna avskaffas den 1 juli.
- 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. Ansvaret 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 monopol. Ny alkoholskatt på öl innebärande att för varje volymprocent alkohol är skatten 1,45 kr per liter (öl med en volymalkoholhalt om 2,8% och därunder är dock befriat från alkoholskatt).
- 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 skvartsprit förbjöds.
- 2000 Systembolaget införde efter riksdagsbeslut försök med lördagsöppet i ett antal län. Sveriges undantag från EUs införselbestämmelser förlängdes till utgången av år 2003, varpå alkoholinförselvolymerna skall vara fullt ut harmonierade.
- 2001 En alkoholpolitisk handlingsplan antogs våren 2001. Denna medförde bl a att en särskild kommitté, Alkoholkommittén, bildades under den nationella ledningsgruppen med uppgift att implementera handlingsplanens förslag.
- Sedan 1 juli 2001 håller systembutikerna öppet på lördagar i hela Sverige. Statens folkhälsoinstitut ska löpande följa upp konsekvenserna av lördagsöppet.
- Den 1 december 2001 sänktes vinskatten med ca 5 kronor per liter, i linje med EU-kommissionens önskemål om att öl och vin skulle beskattas mera jämlikt.

Alkoholpolitiska händelser 2002–2003

Konsumentombudsmannen stämde 1997 en svensk tidskrift för brott mot förbudet mot alkoholreklam. Våren 2002 avkunnade tingsrätten dom, efter vägledning från EG-domstolen, som öppnade för alkoholreklam i svenska tidningar. KO överklagade målet till Marknadsdomstolen. Marknadsdomstolens dom, som avkunnades i februari 2003, gick på samma linje som Stockholms tingsrätt. Domen är prejudicerande och innebär att det blir tillåtet för tryckta medier att ta in annonser som gör reklam för alkoholhaltiga drycker.

Den 15 maj infördes i linje med ovanstående en ändring i alkohollagen som gör det tillåtet med reklam för alkoholdrycker svagare än 15 volymprocent (SFS 2003:166).

Konsumtionsutvecklingen

Alkoholförsäljningen

Alkoholförsäljningen används ofta som en indikator på den totala alkoholkonsumtionens storlek och på förändringar i denna. Statens folkhälsoinstitut har till ansvar att sammanställa och redovisa statistik över Systembolagets och restaurangernas alkoholförsäljning, liksom folkölsförsäljning i livsmedelsaffärer.

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 (även kallat privatinförsel) som smuggling, hemtillverkning av alkoholdrycker samt utomlandskonsumtion. Hur omfattande den oregistrerade alkoholkonsumtionen är belyses av olika undersökningar och diskuteras i ett särskilt avsnitt. Det bör dock framhållas att den oregistrerade konsumtionens andel av den totala alkoholkonsumtionen bedömts ha ökat de senaste 10–15 åren, vilket betyder att den registrerade försäljningens betydelse som indikator på konsumtionsutvecklingen har kommit att försvagas.

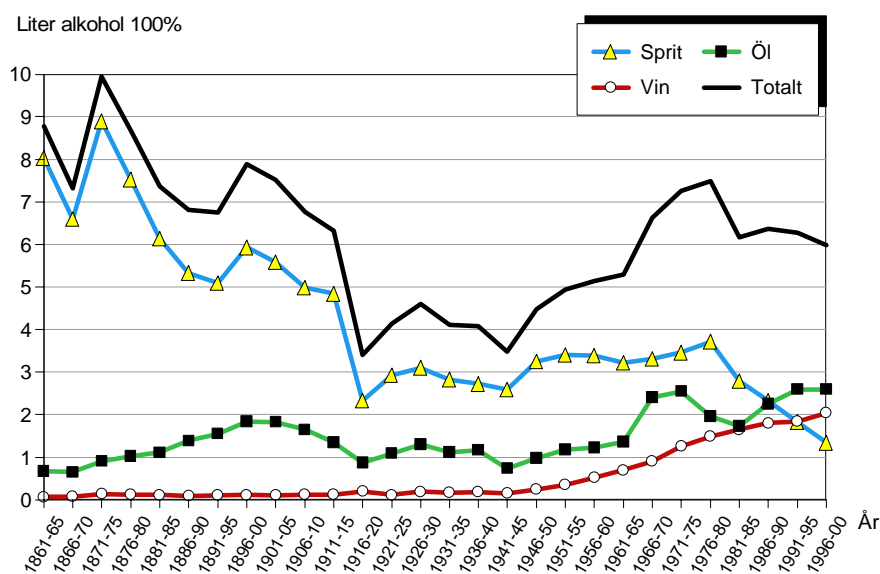


Diagram 1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, 1861–2000. Femårsmedeltal. (Tabell 1)

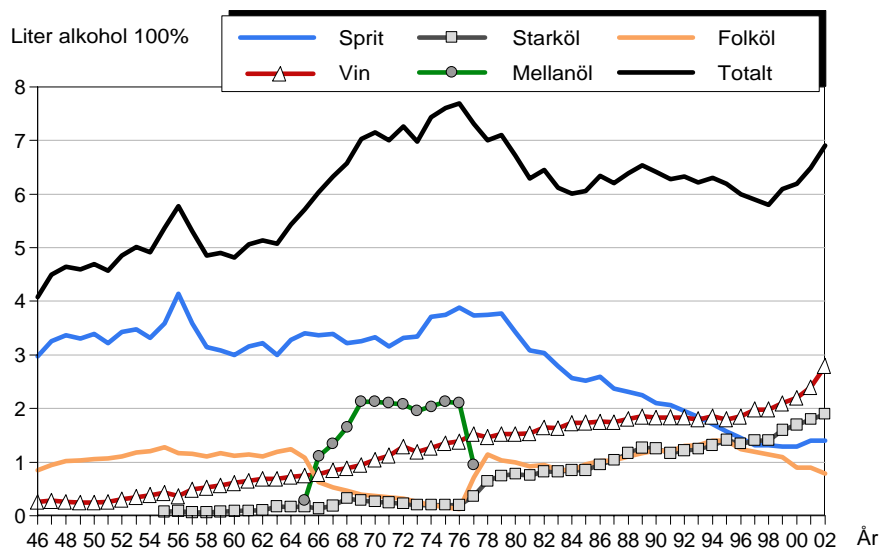


Diagram 2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2002. (Tabell 2)

Alkoholförsäljningens utveckling sedan mitten av 1800-talet redovisas med femårsmedelvärden i diagram 1 och tabell 1. Från en mycket hög nivå under 1800-talet skedde en betydande nedgång, som var särskilt markant under första världskriget. Därefter låg försäljningsnivån relativt lågt, även om andra världskriget medförde ytterligare en minskning. Därpå ökade den registrerade försäljningen och nådde perioden 1976–80 samma nivå som under 1900-talets början. Efter denna topp har försäljningen legat något lägre senaste tjuugoårsperioden.

I diagram 2 och tabell 2 ges en mer detaljerad bild av utvecklingen. År 1954, d v s sista motboksåret, uppgick försäljningen till 4,9 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver, men steg därefter till 5,8 liter 1956. En kraftig prishöjning sänkte försäljningen men 1964 inleddes en ny ökningsperiod. År 1976, d v s sista helåret med mellanölsförsäljning i livsmedelsaffärer, nådde försäljningen en topp om 7,7 liter.

Därefter inträffade en nedgång och 1984 var siffran ner i 6,0 liter alkohol 100%, varefter försäljningsutvecklingen varit mera stabil. Betraktar man enbart de senaste fem åren framgår dock att försäljningen ökat med 1,1 liter ren alkohol sedan 1998 för att uppgå till 6,9 liter 2002. Detta är den högsta försäljningssiffran sedan 1979 och en ökning med 19% jämfört med 1998.

Betydande förändringar har skett när det gäller olika alkoholdryckers del av försäljningen. Under 1800-talet var alkoholförtäring närmast synonymt med spritkonsumtion, men i synnerhet under 1960-talet sjönk spritens andel av

Alkoholutvecklingen

den totala konsumtionen och år 2002 uppgick den till 20%. Jämfört med 2000 har dock spriten ökat något i volym (+6%).

Sedan 1994 är vin den dryckestyp, räknat i ren alkohol, som bidrar mest till alkoholförsäljningen, men även starkölet svarar sedan flera år för en större andel än spriten. År 2002 svarade dessa drycker för 41 respektive 27 % av försäljningen, medan folkölets andel var 12 %. Försäljningsökningen sedan 1998 faller nästan helt på en ökning av vin- och ölförsäljningen.

Mätt i liter ren alkohol har vin ökat mer eller mindre kontinuerligt under efterkrigstiden. Utvecklingen för de olika ölvarianterna kan också sägas ha varit successivt uppåtgående under efterkrigstiden, med undantag för mellanölsperioden som utgjorde en kraftig puckel.

Det är värt att notera att i kategorin vin återfinns även försäljningen av cider och blanddrycker som 2002 uppgick till drygt 0,1 (0,12) liter ren alkohol eller 4,4 procent av totala vinförsäljningen (inkl. cider och blanddrycker). Detta är en ökning med 25 procent på ett år.

Regionala skillnader

Jämförelsen mellan länen bygger på Systembolagets försäljning per bofast invånare 15 år och äldre i respektive län. Siffrorna kan därför bli något missvisande för utpräglade turistlän, i synnerhet de med små folkmängder, liksom i län där handel över nationsgränser förekommer. Inköp över länsgränser kan även göras av bl a arbetspendlare. Detta medför att försäljningen per person i vissa län kommer att ligga för högt och i andra län för lågt.

Till detta kommer den förändring som skedde 1995, med många nya importörer och tillverkare. De alkoholdrycker som dessa förser restaurangerna med redovisas inte länsvis. Länsstatistiken redovisar sedan 1995 således enbart den alkohol som sålts via Systembolaget. (Före 1995 var det bara direktleveranser av starköl från bryggerier i Sverige till restaurangerna som inte redovisades i länsstatistiken.) Resandeförsäljning respektive hemtillverkning ingår heller inte i statistiken och ovanstående beteenden kan skilja sig mellan länen.

Systembolagets försäljning av sprit, vin och starköl, räknat per invånare 15 år och äldre i hela landet, uppgick 2002 till 5,0 liter alkohol 100%. Fyra av länen hade en försäljning över 6 liter per invånare. Dessa var Jämtlands, Värmlands, Gotlands, samt Stockholms län i nämnd ordning och dessa län har legat bland dem med högst försäljning hela 1990-talet (tabell 3). De lägsta försäljningssiffrorna har de senaste fem åren redovisats för Skåne, Jönköping, Kronoberg och Blekinge. Dessa hade en registrerad försäljning omkring 3,5 liter under 2002.

Påtagliga skillnader mellan länen föreligger också mellan olika dryckestyper. Försäljningen av sprit år 2002 (tabell 4) var högst i Jämtlands län (2,1 liter

alkohol 100%) med Värmland på andra plats (2,0 liter) och Gotland på tredje (1,6 liter) och lägst i Jönköpings och Skåne län (0,9 liter). Denna ordning har varit densamma senaste sexårsperioden.

Länsgenomsnittet för vinförsäljningen 2002 uppgick till 2,4 liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre. Stockholms län låg högst med 3,5 liter följt av Gotland (3,2 liter), Värmland och Jämtland (3,0 liter), alltså samma fyra topplän som vad gäller totalförsäljningen men i annan ordning. Lägst låg Jönköpings (1,3 liter), Kronoberg (1,5 liter) och Blekinge län (1,6 liter). Vinförsäljningen har varit lägst i dessa län åtminstone de senaste sex åren.

Sedan 1995 har Gotland, Jämtland, Norrbotten och Värmland tillhört topplänen vad gäller starkölsförsäljningen medan Kronoberg, Blekinge, Halland och i synnerhet i Skåne har legat lägst. År 2002 var försäljningen allra högst i Värmland och Jämtland (2,0 liter) och lägst i Skåne (0,6 liter).

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

Restaurangförsäljning

Det som konsumeras på restaurangerna har kommit att utgöra en växande andel av den totala konsumtionen. Mellan 1977 och 1996 ökade kontinuerligt restaurangserveringens andel av den försålda alkoholen, från 5 till 20% (räknat i 100 % alkohol). Därefter har emellertid andelen legat relativt stilla och 2002 utgjorde restaurangkonsumtionen 18% (tabell 5). Av den totala alkoholkonsumtionen (summan av den registrerade och oregistrerade) svarade restaurangkonsumtionen för ca 11% 2002.

T o m 1994 var det framför allt starköl som alltmer kom att drickas på restaurang, men därefter har starkölsandelen gått tillbaka. I mitten på 1990-talet dracks 46% av all (registrerad) starköl på restaurang, 2002 var motsvarande siffra 34%. Andelen sprit och vin som konsumeras på restauranger har dock fortsatt att öka, även om öl fortfarande behåller sin dominerande position. År 2002 dracks ca 14% av spriten och 13% av vinet (inklusive cider och blanddrycker) på restaurang. Av den totala alkoholförsäljningen på restauranger (i 100% alkohol) 2002 svarade starkölet för 56 procent, vinet för 27 procent och spriten för 17 procent.

Den ökade restaurangförsäljningen har naturligtvis till en del att göra med det ökande antalet serveringstillstånd, en utveckling som redovisas i diagram 3 och tabell 6. Antalet tillstånd var ca 3 000 år 1977 och hade ökat till 12 000 år 2002, en fyrdubbling således. Det kan konstateras att restaurangtillstånden

Alkoholutvecklingen

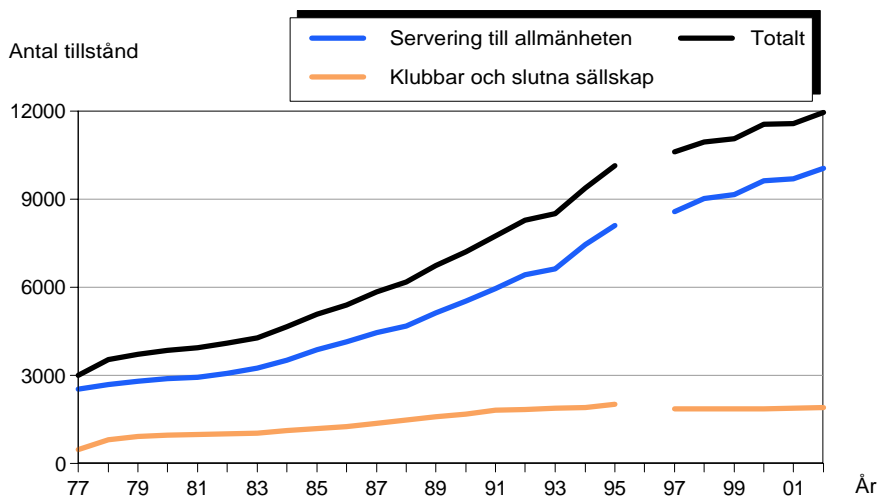


Diagram 3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2002. (Tabell 6)

fortsatt att öka även efter 1996, till skillnad från restaurangernas andel av försäljningen enligt tabell 5.

Alkoholkonsumenternas utgifter

Svenskarnas utgifter för alkoholköp har en viss inverkan på statsinkomsten och merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. Mellan 1985 och 2001 har konsumenternas utgifter för alkoholköp på restauranger och systembolag fördubblats, från 16 till 32 miljarder kronor (tabell 7). Under perioden ökade också restaurangkonsumtionens andel, mätt i kronor, från 20 till 31%. Dessa uppgifter styrker därmed den bild som gavs i det föregående att jämfört med 1980-talet sker en allt större del av alkoholkonsumtionen numera på restauranger.

Spritinköpens andel av den totala alkoholköpskostnaden minskade från 52% 1985 till 32% 2001 och uppgick då till 10 miljarder (tabell 7). Det som framförallt ökat är utgifterna för starköl. År 1985 uppgick dessa till ca 3 miljarder och 2001 till 9,5 miljarder, vilket utgjorde 29% av totalkostnaden för alkoholköp 2000. Samma år stod vinet således för 39% av alkoholutgifterna.

I tabell 8 redovisas en indexerad utveckling av realpriset för alkohol i detaljhandeln perioden 1984–2002 (med 1984 satt till 100). Uppgifterna är hämtade från Systembolaget och visar på att prisutvecklingen för sprit och vin har varit tämligen stabil under hela perioden. Indexet år 2002 var 97 för såväl

sprit som vin, och 88 för starköl. För starkölet har relativt stora förändringar skett, i synnerhet med tanke på att indexet var uppe i 127 år 1990.

Total och oregistrerad alkoholkonsumtion

De av Systembolaget, restaurangerna, bryggerierna och livsmedelshandeln försålda alkoholdryckerna omfattar inte hela den konsumerade mängden alkohol. Tillkommer gör resandeförsel, smuggling, hemtillverkade drycker samt konsumtion under utlandsvistelse, d v s oregistrerad konsumtion.

För att få en bättre bild av den totala alkoholkonsumtionen har flera kartläggningar av den oregistrerade konsumtionen genomförts under senare år. De kunskaper som finns om utvecklingen och omfattningen av den oregistrerade konsumtionen är inte fullständiga, men metoderna för att uppskatta denna har förbättrats väsentligt under de senaste åren. Vanligt är att relatera svaren i frågeundersökningar till den kända konsumtionen. Genom att applicera svar om anskaffningssättet för enskilda alkoholtyper på den registrerade försäljningen kan ett estimat erhållas på den totala konsumtionen. I varierande grad kan också ytterligare kompletteringar och justeringar göras.

Den första mer omfattande och djuplodande studien av den totala alkoholkonsumtionens omfattning med speciell tonvikt lagd på att kartlägga den oregistrerade konsumtionen var den s k KALK-rapporten (Kühlhorn et al 2000). I denna studerades utvecklingen av alkoholkonsumtionen från 1989 till 1998, men med fokus på 1996. Huvudundersökningen bestod av ett stort antal telefonintervjuer 1996 (10 000 personer 16–80 år), vars resultat justerades med hänsyn till bortfallet och dess överrepresentation av storkonsumenter.

Ytterligare skattningar av totalkonsumtionen och dess delmängder har genomförts sedan KALK-rapporten publicerades. En av dessa genomfördes av KAMEL-gruppen (Leifman et al 2000), de övriga av det s k ”Monitorprojektet” som bedrivs vid SoRAD Stockholms universitet (se Leifman och Gustafsson, 2003).

För 1989 uppskattade KALK den oregistrerade konsumtionen till ca 1,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Sex år senare hade den ökat till 1,6 liter och 1996 till 2,1 liter. Den största ökningen ägde således rum mellan 1989 och 1996, alltså mellan det första och det andra året av det svenska EU-medlemskapet. En stor del av denna ökning bestod av en ökad införsel av såväl legal som illegal alkohol från utlandet.

Den totala alkoholkonsumtionen beräknades 1996 till 8,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Detta framgår av tabell 9a som också visar beräkningar av totalkonsumtionen och dess delmängder för åren 1998, 2000, 2001 och 2002. Av tabellen framgår att vin- och starkölskonsumtionen ökat mar-

Alkoholutvecklingen

kant sedan 1996 (vin: + 69%; starköl + 62%) medan spritkonsumtionen minskade fram till och med 2000. Därefter har den emellertid ökat, från 2,3 liter ren alkohol år 2000 till 2,6 liter 2002.

Framförallt har försäljningen av vin och starköl på Systembolaget ökat. Från 1996 till 2002 ökade starkölsförsäljningen med 64% och vinförsäljningen med 43%. Det bör också nämnas att även restaurangförsäljningen av sprit och vin ökat mellan 1996 och 2002. Denna ökning har framförallt ägt rum under de senaste åren med en uppgång på 46% för sprit och 31 för vin mellan 2000 och 2002. Alkoholförsäljningen på restaurang domineras fortfarande av starköl. Denna försäljning var i stort oförändrad från mitten av 1990-talet till 2001 men uppvisade en ökning med 8% mellan 2001 och 2002 (Leifman & Gustafsson, 2003).

Även resandeförseln uppvisar en tydlig ökning under sexårsperioden 1996 till 2002. Enligt KALK-studien uppgick resandeförseln till ca 1,1 liter 1996. För år 2002 beräknades den, enligt Monitorprojektet, uppgå till nästan 1,9 liter ren alkohol. Ökningen gäller alla dryckesslag men är kraftigast för vin, både mätt i procent och i absoluta tal.

Konsumtionen av svart-sprit, det vill säga hembränd och smugglad sprit, har minskat från 0,7 liter 1996 till 0,4 liter 2002 ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Men konsumtionen av hembränt har legat på samma nivå sedan 2000. Smuggelspriten minskade till 0,1 liter 2000 men har därefter ökat och ligger nu på en nivå som är högre än 1996. Då utgjorde konsumtionen av svart-sprit 9% av den totala alkoholkonsumtionen, år 2002 knappt 5%.

Beräkningarna för år 2002 visar att 30% av all alkohol som konsumerades under året var oregistrerad, och således att 70% var officiellt statistikförd (Leifman och Gustafsson 2003). Jämfört med 1996 är detta en ökning eftersom andelen oregistrerad alkohol då beräknades till 26% av totalkonsumtionen (tabell 9a).

Den totala alkoholkonsumtionen för 2002 uppskattades till 9,9 liter per person 15 år och äldre samma år, vilket innebär att den oregistrerade konsumtionen beräknades till ca 3 liter. Enligt tabell 9a framgår också att totalkonsumtionen ökat med ca 24% sedan 1996. Den största delen av ökningen har ägt rum sedan år 2000 då konsumtionen skattades till ca 8,4 liter. År 2001 beräknades totalkonsumtionen till 9,1 liter ren alkohol.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 9b framkommer att den största enskilda källan för alkoholanskaffning utgjordes av Systembolaget, då 50% av all konsumerad alkohol härrörde därifrån 2002. Därefter kom resandeförsel (19%), restaurangkonsumtion (11%) och folkölsförsäljning i livsmedelsbutiker (8%). Därefter kom smugglad alkohol (6%) och sist hemtillverkad alkohol (5%). Mer än hälften (56%) av den hemtillverkade alkoholen bestod av legalt tillverkat öl och vin, och resten av sprit.

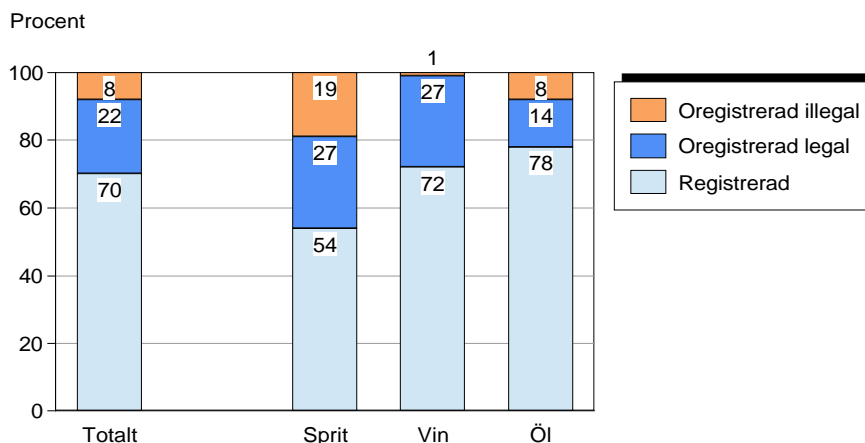


Diagram 4. Skattning av registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2002. (Tabell 9b)

I diagram 4 redovisas andelen oregistrerad alkohol totalt men även fördelat på dryckestyp (kategorin öl innefattar även folköl). Vidare framgår den oregistrerade alkoholens legala status. Sprit var den alkoholsort där den registrerade konsumtionen var lägst (54%). Tjugosju procent av spriten var resandeförd medan 9% var hembränd och 7% smugglad. För vin uppgick andelen som var officiellt registrerad till 72% och för öl till 78% (om endast starköl beaktas sjunker den registrerade andelen till 72%, d v s ungefär samma som för vinet). Jämfört med studien från 1996 är andelen oregistrerad spritkonsumtion oförändrad (men med större andel resandeförsel och mindre andel svartspirit) medan andelen oregistrerad öl- och vinkonsumtion ökat.

Enligt beräkningarna för år 2002 svarade vin, starkvin och cider/blanddrycker (>3,5 volymprocent) för 39% av den totala konsumtionen, räknat i ren alkohol. Konsumtionen av starköl uppgick till 27% och spritkonsumtionen till 26%. Folköl, som främst säljs i landets livsmedelbutiker, svarade för 8% av konsumtionen. Jämfört med den officiellt registrerade försäljningen i tabell 2 så ökar spritandelen (från 20%) medan ölandelen (starköl och folköl) minskar (från 39%), när man tar hänsyn till den oregistrerade konsumtionen. Vinets andel förblir i princip dock oförändrad.

Sammanfattningsvis visar dessa undersökningar av den oregistrerade och den totala alkoholkonsumtionen att andelen oregistrerad alkoholkonsumtion är betydande och att denna har ökat under senare år, speciellt sedan Sverige blev medlem i EU 1995. Dessa visar också att den oregistrerade konsumtionen till största delen har sitt ursprung i legala källor. Det bör avslutningsvis framhållas att det är viktigt att man vid jämförelse med andra länder gör samma noggranna korrigeringar för oregistrerad alkoholkonsumtion.

Konsumtionsvaneundersökningar

Uppgifterna om alkoholförsäljningen visar i stora drag den totala alkoholkonsumtionens utveckling, i synnerhet om dessa justeras med hänsyn till den oregistrerade konsumtionen. För att få reda på fördelningen i olika befolkningsgrupper är man däremot hänvisad till olika frågeundersökningar. Det bör understrykas att konsumtionsmängder som beräknats utifrån frågeundersökningar inte kan användas som mått på den faktiska konsumtionen. Detta förhållande är sedan lång tid känt inom alkoholforskningen och beror bland annat på ett bortfall som i större utsträckning än bland de svarande består av alkoholmissbrukare och, framför allt, på att de som svarar i stor utsträckning underrapporterar sin alkoholkonsumtion (se t ex Kühlhorn m fl 2000). I första hand kan sådana data användas för att beskriva skillnader i alkoholvanor mellan olika befolkningsgrupper och för att klargöra trender, d v s om konsumtionen minskar, ökar, eller ligger på en förhållandevis stabil nivå.

Redovisningen i detta avsnitt bygger på intervju- eller enkätundersökningar av elever i årskurs 9, av mönstrande samt ungdomar och vuxna i befolkningsurval, med i stora drag samma rutiner år från år vid genomförandet, vilket gör dem jämförbara och möjliggör beskrivning av utvecklingen. Dessa undersökningar beskrivs närmare i kapitlet om metodproblem och tillförlitlighet (kapitel 2).

Alkoholvanor bland ungdomar

Skolundersökningarna visar att de flesta nior någon gång druckit åtminstone en liten mängd alkohol. Andelen som uppgett att de inte dricker alls var relativt låg 1971–1977 (ca 10%). Därefter ökade andelen ickekonsumenter, och sedan 1982 har denna legat runt 20% (tabellerna 11 och 12). Andelen mönstrande som uppgett att de aldrig dricker sig berusade låg runt dryga 10% under 1970-talet och ökade till 18% 1983. Därefter sjönk andelen och låg runt 12% 1992–1999 (tabell 15). På grund av att nya alkoholfrågor införts i mönstringsformuläret är inte resultaten jämförbara efter 1999. Det kan bara konstateras att ca 14% uppgett att dom aldrig berusar sig och att ca 10% inte dricker alkohol överhuvudtaget. Andelen ickekonsumenter i dessa undersökningar var således lägst under 1970-talet.

Av diagram 5 och tabell 10 framgår utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol hos skoleleverna. Sedan 1989 beräknas medelvärdet direkt från varje respondents svar på alkoholfrågorna, men tidigare fanns endast uppgifter om andelen elever i olika konsumtionskategorier, vilka utgjorde utgångspunkter för skattningen. För 1989 presenteras båda beräkningsmetoderna, och det framgår att den nya metoden ger något högre nivåer (detta diskuteras mera utförligt i Hvitfeldt 2003).

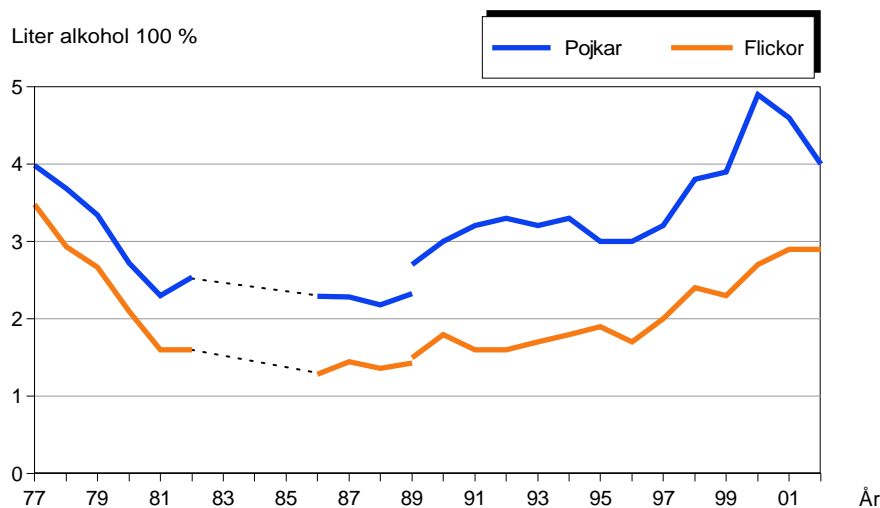


Diagram 5. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2002. (Tabell 10)

Mellan 1977 (då mellanölet togs bort ur livsmedelshandeln) och 1981 sjönk årskonsumtionen kraftigt, från 4,0 till 2,5 liter 100% alkohol bland pojkarna och från 3,5 till 1,6 liter bland flickorna. Nedgången avmattades därefter och 1989 uppgick konsumtionen till 2,3 respektive 1,4 liter (enligt den äldre mätmetoden). Sedan dess har dock trenden varit mer eller mindre uppåtgående, men med en stabilisering, och t o m en nedgång bland pojkarna, efter år 2000. Pojkarna ökade från 2,7 till 4,9 liter och flickorna från 1,5 till 2,7 liter mellan 1989 och år 2000. År 2002 beräknades konsumtionen till 4,0 liter för pojkarna och 2,9 liter för flickorna. Svackan åren före 1998 förklaras åtminstone delvis av att nya dryckestyper introducerats (cider och alkoholisk) samtidigt som konsumtionen av dessa drycker inte omfrågades i skolförklaringsundersökningen förrän 1998.

Det är uppenbart att pojkarna dricker större mängder alkohol än flickorna. Könsskillnaden var mindre i början av perioden 1977–2002 än i slutet av perioden.

Mellan 1979/80–1994 genomfördes besöksintervjuer med ungdomar i åldern 16–24 år. Sedan 1996 har uppgifterna insamlats med telefonintervjuer, medan båda metoderna användes 1994 för att belysa skillnaderna dem emellan. Som framgår av diagram 6 ändrades resultaten för årskonsumtionen något, varför värdena från och med 1996 inte är direkt jämförbara med tidigare års data (Andersson och Lindén-Boström 2000). Vidare infördes först i 1998 års undersökning dryckesalternativen cider och alkoholisk. Detta innebär att jämförbarheten begränsas ytterligare eftersom konsumtionen varit något underskattande för 1994 och i synnerhet för 1996 (se tabell 20).

Alkoholutvecklingen

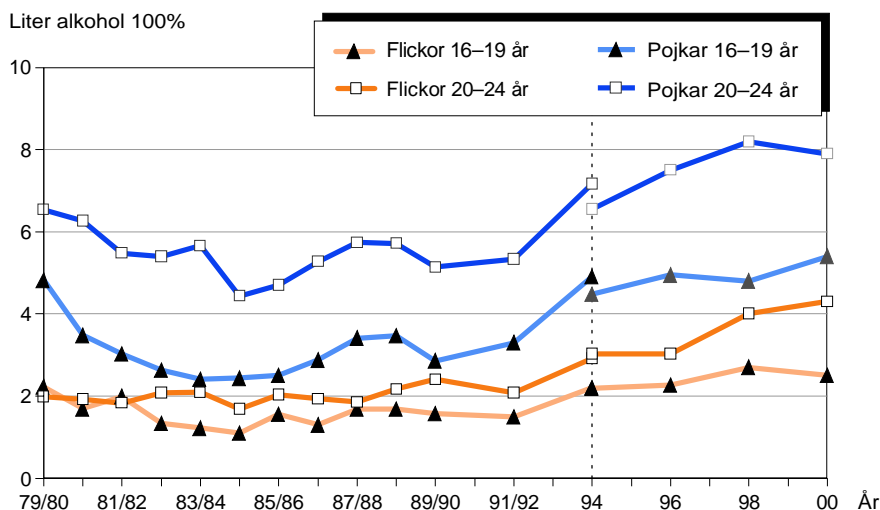


Diagram 6. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. ^{a)} (Tabell 20)

a) Värdena 1979/80–1994 avser SIFOs besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO och 2000 Intervjubolagets telefonintervjuer.

Trots ovan redovisade problem kan det noteras att konsumtionsutvecklingen liknar skolelevernas, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökande nivåer under 1990-talet. År 2000 uppgick årskonsumtionen till 5,4 liter alkohol 100% för pojkar 16–19 år och till 7,9 liter för dem 20–24 år. Motsvarande värden för flickorna var 2,5 respektive 4,3 liter ren alkohol. Liksom bland skoleleverna finns en märkbar skillnad i alkoholkonsumtionen mellan könen då männen drack ungefär dubbelt så mycket i båda åldersgrupperna. Könsskillnaderna förefaller ha ökat de senaste åren.

Att den uppskattade konsumtionen bland de 15–16-åriga skoleleverna är i stort sett av samma storlek som den bland 16–19-åringarna i ungdomsundersökningen visar att mätmetoderna inte genererat helt likvärdiga resultat. Dock är undersökningarna jämförbara sett till utvecklingen, könsskillnader osv.

Andelen skolelever som uppgett att de känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker alkohol låg närmare 40% 1971–1977 (tabell 13). Därefter sjönk frekvensen till dryga 30% under första hälften av 1980-talet, för att åter öka till 40% 1994. Sedan dess har andelarna sjunkit något. De könsskillnader som tidigare förekom utjämnades helt under 1990-talet.

Intensivkonsumtion är ett mindre subjektivt mått för att beskriva berusning och avser konsumtion av en alkoholmängd exempelvis motsvarande åtminstone en flaska vin (frågan beskrivs mera utförligt i tabellbilagan). Under 1970-talet var intensivkonsumtion vanligare än under 1980-talet (diagram 7

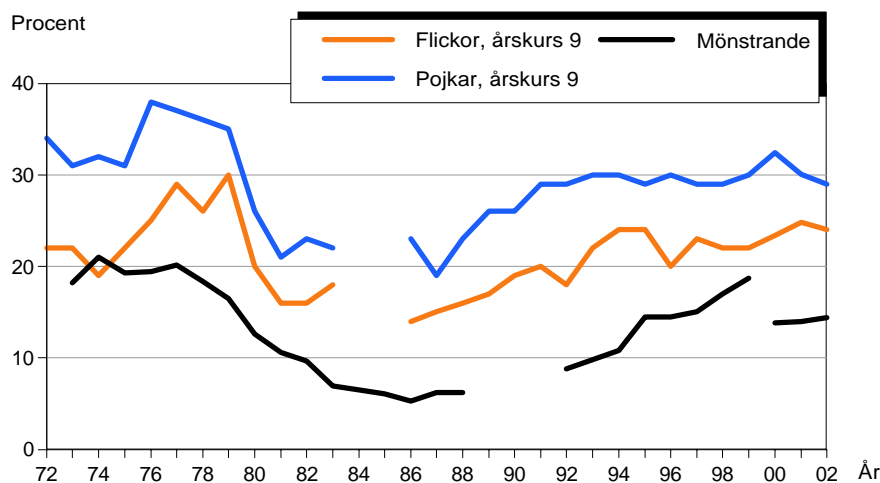


Diagram 7. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2002. (Tabellerna 13 och 15)

och tabell 13). Exempelvis rapporterade 1977 37% av pojkarna och 29% av flickorna att de intensivkonsumerade en gång i månaden eller oftare. Motsvarande siffror var i det närmaste halverade tio år senare (19 resp 15%). Fram till och med 1994 ökade andelarna och har därefter uppgått till 30% för pojkarna och 24% för flickorna.

Berusningstrenden är likartad i mönstringsundersökningen. Andelen som uppgav att de drack sig berusade åtminstone någon gång i veckan låg på ca 20% fram till 1977 och minskade därefter till ca 5% 1986. Därefter ökade andelen till 19% år 1999 (diagram 7 och tabell 15). Som tidigare nämnts har frågans jämförbarhet brutits i och med att nya alkoholfrågor nu föregår denna. Enligt en av de nya frågorna framgår att 36% av de mönstrande intensivkonsumerar en gång i månaden eller oftare, och i denna undersökning avses med detta begrepp konsumtion av minst sex (definierade) glas alkohol, d v s något större mängd än i skolundersökningen.

Skoleleverna har delats in i sex olika grupper, med avseende på årskonsumtionens storlek (tabellerna 11 och 12). Om man ser till de två grupperna med störst konsumtion (över 5 liter alkohol 100% och år) så ökade andelen högkonsumerter från 7 till 16% bland flickorna och från 15 till 26% bland pojkarna mellan 1986 och 2000. År 2002 hade dock andelarna sjunkit och de två högsta konsumtionsgrupperna omfattade då 14 respektive 19% av eleverna. De allra högsta andelarna uppmättes emellertid 1977 (25 resp 30%).

Delar man in årskonsumtionen, mätt i alkohol 100%, i olika dryckessorter, framgår att pojkarnas spritkonsumtion år 2002 svarade för en dryg tredjedel

Alkoholutvecklingen

av deras totala konsumtion (tabell 10). Därefter kom starköl (30%) och folköl (20%), medan vin och blanddrycker tillsammans uppgick till 15%. Den största skillnaden för den senaste femårsperioden var att folkölets procentuella bidrag till totalkonsumtion halverats medan spritens och starkölets andelar ökat.

Även för flickorna var det spriten som stod för det största bidraget till totalkonsumtionen (48%) och starköl kom på andra plats (21%). Andelarna för folköl och blanddrycker låg runt 14% vardera och för vin på 7%. Också för flickorna var den största förändringen sedan 1995 en minskning av folkölets bidrag till totalkonsumtionen, och en ökning av sprit.

Av diagram 8 (och tabellerna 18, 19 och 20) framgår hur konsumtionen fördelade sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år) för år 2000. I diagrammet redovisas olika alkoholdryckers bidrag till årskonsumtionen i liter 100% alkohol. Det framgår att folköl och blanddrycker minskar i betydelse hos de äldre manliga ungdomarna, medan starköl och sprit behåller positionerna som de vanligaste dryckerna, även om också vin ökar relativt mycket. De 20–24-åriga männen uppgav att de drack 7,9 liter ren alkohol per år, varav närmare hälften härrörde från starkölskonsumtion.

Bland kvinnorna är konsumtionen jämnare fördelad mellan olika dryckestyper, i synnerhet hos 16–19-åringarna. Bland de äldre kvinnorna minskade konsumtionen av folköl, medan blanddryckskonsumtionen var relativt oförändrad. Uppgångar noterades för starköl och sprit, men i synnerhet för vin.

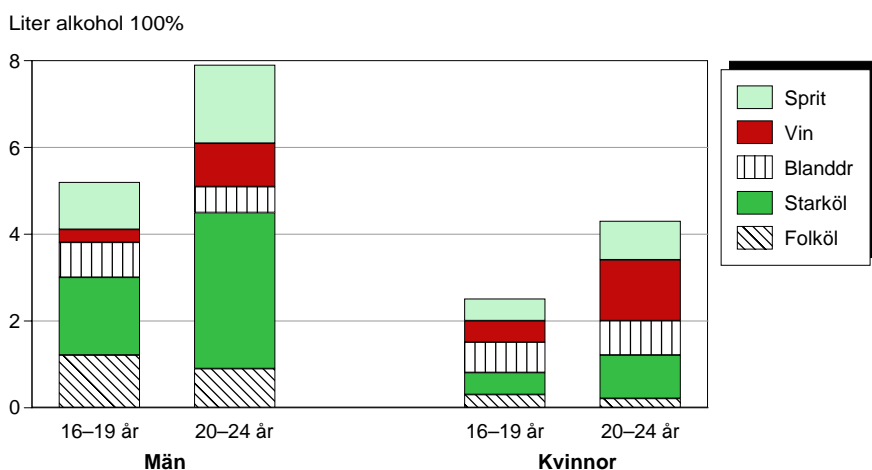


Diagram 8. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2000. (Tabellerna 18–20)

Bland kvinnorna 20–24 år utgjorde vinets bidrag en tredjedel av totalkonsumtionen, mätt i ren alkohol. Det framgår att de yngre pojkarna totalt sett drack mer alkohol än de äldre kvinnorna, trots att konsumtionen ökade med åldern även för kvinnorna.

De mönstrande 18-åriga männen får svara på vilka alkoholdrycker de brukar dricka i berusningssyfte. De vanligaste berusningsdryckerna som nämndes 2002 var enligt tabell 16 starköl (69%), sprit (53%), cider (41%) och folköl (32%). Detta visar åter det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion.

Regionala skillnader

Av tabell 14 framgår hur alkoholvanorna ser ut i olika regioner bland eleverna i åk 9 för åren 1999 och 2000 (motsvarande data är inte tillgängliga för senare år). Den årliga totalkonsumtionen var störst i mindre tätorter, både bland pojkar och bland flickor. I övriga regioner (storstäder, städer resp landsbygd) var den relativt likartad bland flickorna, medan den åtminstone år 2000 var lägre för landsbygdspojkar. Även intensivkonsumtionen var mest frekvent bland elever som bodde i tätortsregionen, samt för pojkar boende i städer (bortsett från de tre storstäderna). Vad gällde hembränt ökade andelen som druckit detta de senaste 12 månaderna med avtagande befolkningstäthet. År 2000 uppgav ca 30% bland eleverna i de tre storstadsområdena sådan konsumtion medan motsvarande siffra för landsbygds eleverna var ca 45%.

Intensivkonsumtion två gånger i månaden eller oftare var enligt mönstringsundersökningen från 2002 vanligast i Västra Götalands, Hallands och Stockholms län (där ca 12% uppgav det). Minst vanligt var detta i Uppsala och Västerbottens län där ca 6% uppgav detta. Andelen icke-konsumenter var högst i Jönköping, Örebro samt Västerbotten och lägst i Blekinge samt Halland.

Enligt ungdomsundersökningarna (16–24 år) från 1998 och 2000 var intensivkonsumtion vanligast i storstäder/städer och minst vanlig i glesbygdsområden. Detta skiljer sig delvis åt jämfört med de yngre ungdomarna i skolundersökningarna, men stämmer överens med mönstringsundersökningarna, där berusningskonsumtion var vanligast i storstadsområden och minst vanligast på landsbygden (Guttormsson 2002).

Ungdomars inställning till alkohol

I tabell 21 redovisas resultaten från några attitydfrågor ställda i ungdomsundersökningarna från 1996, 1998 och 2000. Två påståenden har ställts alla tre åren, dock med något ändrade svarsalternativ sista året. Cirka en tredjedel av ungdomarna i 1996 och 1998 års undersökningar ansåg att alkohol var ett av våra största samhällsproblem. Motsvarande andel ökade till drygt 50% år 2000 och en förklaring till ökningen är att frågeändringen lett till att färre valt det neutrala mittenalternativet. Andelen som tog avstånd från påståendet

Alkoholutvecklingen

ökade från 19 till 32%, och denna uppgång har varit av mera kontinuerlig karaktär.

Inställningen till illegal sprithantering är tämligen negativ. Drygt 50% ansåg att det inte borde vara lagligt att få tillverka sprit för personligt bruk 1996–2000, medan en fjärdedel ansåg att det borde vara tillåtet. Runt tre fjärdedelar ansåg att det är ett allvarligt brott att sälja hemtillverkad sprit eller smuggelsprit till ungdomar. Ungefär lika många menade dock att det var en bagatellartad förseelse att ta in lite för mycket sprit från utlandet. (De två sista påståendena gavs endast 1996 och 1998.)

Beträffande åldersrestriktioner ansåg runt 12% i 1996 och 1998 års undersökningar att åldern för att få dricka alkohol på restaurang borde höjas till 20 år, medan ca 72% tog avstånd från detta. Vidare ansåg ca 36% att vi hade för många restriktioner kring alkohol medan 20% menade att så inte var fallet. När det gäller påståendet att man bör sänka åldern för att få köpa alkohol på Systembolaget till 18 år instämde 36% av ungdomarna, vilket är något färre än de 46% som tog avstånd från detta.

Flickorna är genomgående mer restriktiva än pojkarna i sitt förhållningssätt och högkonsumenterna har en mera tillåtande attityd än medelkonsumenter, och i synnerhet jämfört med lågkonsumenterna (Andersson och Lindén-Boström 2000).

Alkoholvanor bland vuxna

De tidigast genomförda riksrepresentativa konsumtionsvaneundersökningarna i den vuxna befolkningen tyder på att andelen alkoholkonsumenter ökade under 1970-talet, framförallt bland kvinnorna. År 1968 svarade kvinnorna för ca 20% av totalkonsumtionen, och 1980 var motsvarande andel en tredjedel (Nilsson och Klöfver 1984). Det var i huvudsak de yngre kvinnorna som svarade för konsumtionsökningen, även om tendensen var densamma i alla åldrar.

Mellan 1982 och 2000 genomfördes det mer eller mindre regelbundet riksrepresentativa undersökningar i vilka man frågade om bl a alkoholkonsumtion under en ”normalvecka”. Detta har sedan kompletterats med uppgifter om sällankonsumtion av alkohol som inte konsumeras under normalveckan. De uppgivna kvantiteterna har räknats om till alkohol 100% och summerats.

Den uppgivna genomsnittskonsumtionen per vecka och person mellan 18 och 70 år, var lägst år 1984 (9 cl) och högst 1989 (11 cl). År 2000 var den knappt 10 cl vilket motsvarar en årlig konsumtion på 5,1 liter (diagram 9 och tabellerna 22–24). Volymerna ligger avsevärt under försäljningssiffrorna, trots att frågeundersökningarna också skall inkludera oregistrerad konsumtion. När man jämför med försäljningssiffrorna måste man komma ihåg att dessa är relaterade till hela befolkningen 15 år och äldre och alltså inkluderar yngre och

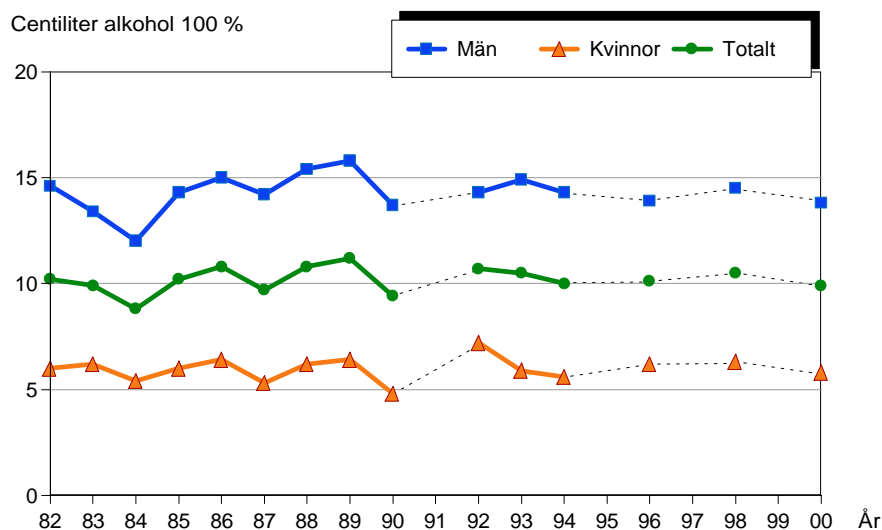


Diagram 9. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter alkohol 100%. 1982–2000. (Tabellerna 22–24)

äldre kohorter som konsumerar lite alkohol. Alltså täcks ännu mindre av konsumtionen än vad siffrorna visar.

Det framgår av dessa undersökningar att männen dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnorna. Under såväl 1980- som 1990-talet motsvarade kvinnornas konsumtion drygt 40% av männens. År 2000 drack männen motsvarande 14 cl 100% alkohol i genomsnitt per vecka och kvinnorna 6 cl.

Bland kvinnorna (tabell 23) dominerar konsumtionen av vin. Den genomsnittliga veckokonsumtionen av vin var år 2000 2,6 cl (räknat i alkohol 100%), vilket motsvarar 45% av kvinnornas totala konsumtion. Denna andel har varit relativt oförändrad sedan början av 1980-talet, samtidigt som sprit och starkvin minskat och starköl ökat.

För männens del (tabell 24) var det spriten som bidrog mest till konsumtionen av de olika dryckerna fram till år 1992, varefter starkölet har blivit den dominerande drycken med sprit och vin på delad andra plats. År 2000 var männens uppgivna veckokonsumtion av sprit 3,2 cl och av starköl 4,4 cl omräknat i ren alkohol, vilket utgör 23 respektive 32% av männens veckokonsumtion.

Den yngsta åldersgruppen, 18–29 år, är den åldersgrupp som konsumerar mest alkohol, medan äldsta åldersgruppen (50–70 år) konsumerar minst. År 2000 var konsumtionen runt 12 respektive 9 cl 100% alkohol, d v s de äldre drack ungefär tre fjärdedelar av vad de yngre drack. 30–49-åringarna har under hela perioden intagit en mellanställning (diagram 10 och tabellerna 25–27).

Alkoholutvecklingen

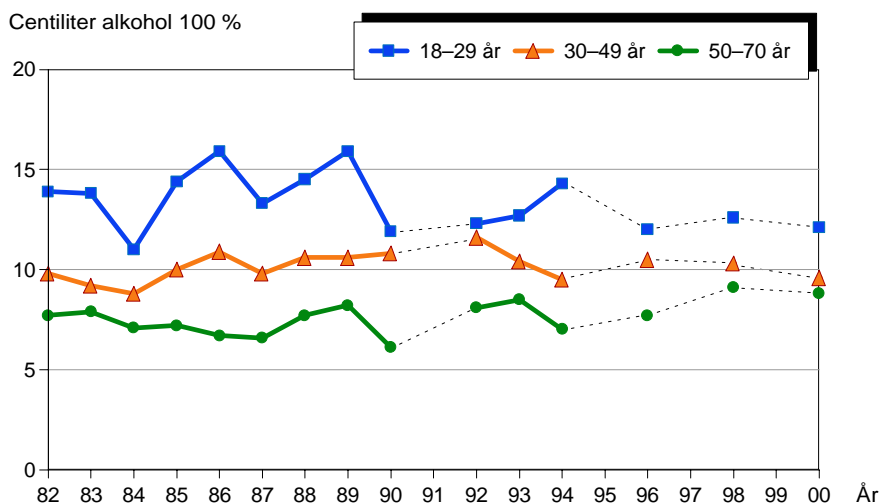


Diagram 10. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, mätt i centiliter alkohol 100%. 1982–2000. (Tabellerna 22–27)

I 1998 och 2000 års TEMO-undersökningar ingick det sk AUDIT-formuläret som innehåller 10 frågor som används för att kartlägga problematisk alkoholkonsumtion. Arton procent av männen och 5% av kvinnorna angav år 2000 att de intensivkonsumerade (drack 6 glas alkohol eller mer vid ett och samma tillfälle) varje månad eller oftare (Helmersson-Bergmark 2001). Motsvarande siffror 1998 var 14 respektive 4%.

Sambandet mellan intensivkonsumtion och totalkonsumtion är tydligt. Då man sammanställer frågorna till ett index framkommer att år 2000 hade 14% av männen och 8% av kvinnorna en problematisk eller skadlig alkoholkonsumtion. Motsvarande siffror var likartade 1998 (13 respektive 7%). På samma sätt som för enskilda frågor är sambanden mellan total alkoholkonsumtion och problemdrickande uppenbart. I den högsta konsumtionsgruppen kunde 33% av männen och 36% av kvinnorna klassas som alkoholproblematiker medan motsvarande siffror för totalgruppen kvinnor och män (inklusive högkonsumenterna) var 13 respektive 8%.

Leifman (2003) visar att det skett en ökning av konsumtionen och andelen storkonsumenter 1990-2002, enligt alkoholfrågeundersökningar. Konsumtionsökningen sedan 1996 var ca 30%, vilket stämmer ganska väl med den beräknade totalkonsumtionen. 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.

Relativt sett var ökningen störst bland äldre kvinnor, samtidigt som ungdomarnas konsumtion har varit förhållandevis oförändrad under 2000-talet, så-

väl för killar som för tjejer. För (de äldre) kvinnornas del bestod ökningen främst i en ökad vinkonsumtion, och för männens del svarade starkölet för den största delen av konsumtionsökningen.

Skadeutvecklingen

Det finns ingen tillgänglig statistik som på något systematiskt sätt belyser utvecklingen av alkoholmissbruk eller de samlade alkoholskadorna. Begreppsfloran som berör missbruk är vid (alkoholberoende, alkoholmissbrukare, alkoholist, storkonsument, alkoholproblematiker osv), och beroende på vilken definition som används kan estimaten av antalet missbrukare variera avsevärt.

Forskningsresultat som påvisar samband mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholmissbruket har bl a redovisats 1993 av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:25) liksom i *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa* (Edwards 1996) och i Room (2002, red), och förändringar i totalkonsumtionen är därför centralt vad gäller att följa skadeutvecklingen. Vidare används även ofta olika indikatorer för att ge en uppfattning om hur alkoholskadetrenderna utvecklas. I detta avsnitt behandlas främst sådana indikatorer, dels som ett mått på skadeutvecklingen, dels för att uppgifterna kan vara intressanta i sig.

De skador som alkoholkonsumtion kan medföra, främst bland högkonsumenter, leder ibland till kontakt med olika vårdformer, t ex somatisk och psykiatrisk vård eller 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 skenbart påverkas utan att antalet missbrukare för den skull behöver förändras.

En annan typ av skador relaterade till alkohol är sk sociala skador. Inom denna kategori räknas t ex polisomhändertaganden för fylleri, våldsbrottslighet, och trafikonykterhet. Även statistiken inom detta område har samma inboende svagheter som beskrivits i det föregående.

Vård

I huvudsak hämtas uppgifterna från statistik som skall beskriva olika administrativa systems verksamhet och påverkas av förändringar i incidens och prevalens av den företeelse som vi vill studera, men också av eventuella förändringar i det administrativa systemet.

Alkoholutvecklingen

Till och med år 1981 var det nykterhetsvårdslagen (NVL) som reglerade ingripanden vid missbruk, därefter gäller socialtjänstlagen (SoL) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Genom lagändringarna är jämförelser före och efter 1982 i många fall meningslösa att göra.

Enligt den officiella statistiken över nykterhetsvården kom under 1970-talet över 50 000 människor årligen i kontakt med kommunernas socialvård på grund av alkoholmissbruk. Av dessa blev ca 30 000 föremål för undersökningar och omkring 15 000 för mer genomgripande åtgärder. Uppgifter kring socialtjänstens vård visar att antalet utskrivningar var runt 20 000 mellan åren 1982 och 1997, med undantag för enstaka år då siffrorna avvek.

Sedan 1983 finns uppgifter om antalet intagna för missbruksvård enligt SoL samt LVM ett visst datum (1 november) och denna statistik överensstämmer relativt väl med den tidigare utskrivningsstatistiken om man ser till de långsiktiga trenderna. En påtaglig trend är att andelen kvinnor både i tvångs- och frivilligvården ökat successivt, från drygt 10% 1983 till närmare 30% år 2000 (tabell 28). Uppgifterna om de frivilligt vårdade särskiljer dock inte alkohol- och narkotikamissbruk.

LVM-statistiken visade på en ökning i antalet inneliggande en viss dag mellan 1983 och 1991 (från 229 till 753 personer). Därefter har det skett en påtaglig nedgång, till knappt 300 personer 2001. Under hela perioden har männen varit i majoritet, även om deras andel har sjunkit. De renodlade alkoholmissbrukarna utgjorde majoriteten av de tvångsvårdade under 1980-talet men numer utgör de inte ens hälften (tabell 29). Således är det för dessa som tvångsvården främst minskat.

I tabell 30 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987. Förändringar av sjukvårdens praxis påverkar antalet utskrivningar och för att minska effekten av detta har antalet utskrivningar med alkoholrelaterade diagnoser satts i relation till det totala antalet utskrivningar. I tabellen har ett antal diagnoser summerats, såväl psykiatriska som somatiska. De gäller cancer i matstrupen, alkoholpsykos, alkoholism, alkoholneuropati, alkoholcardiomyopati, levercirrhos, bukspottkörtelinflammation och alkoholförgiftning (se bilaga 1).

Från 1987 har andelen utskrivna med de utvalda alkoholdiagnoserna minskat från 3,1% till 2,4% 2001. Man kan konstatera att det är männen som står för minskningen medan antalet kvinnor varit mer eller mindre konstant. Sedan 1987 har andelen alkoholvårdsutskrivna kvinnor ökat, från 20 till 27%. I absoluta tal minskade de alkoholrelaterade utskrivningarna från runt 51 000 1987 till 35 000 1998, varefter de ökat något (ca 36 000 år 2001).

Dödlighet

Uppgifter rörande den alkoholrelaterade dödligheten har hämtats från Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. Dels redovisas deras index över utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten, dels redovisas utvecklingen separat för alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning (såväl underliggande som bidragande dödsorsaker framgår).

Det kan ibland vara något slumpartat vilken diagnos som slutgiltigt redovisas och huruvida denna klassificeras som underliggande eller bidragande. Förändrade attityder, obduktionspraxis och andra förhållanden har stor betydelse, liksom övergångar till nyare ICD-koder (International Classification of Diseases).

Fr o m 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD 10, vilket innebär en avsevärd förändring och gör jämförelser med tidigare år vanskliga. Även 1958, 1969 och 1987 har ICD-koderna uppdaterats.

I tabell 31 och diagram 11 redovisas utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall enligt Socialstyrelsens index, där både underliggande och bidragande dödsorsaker ingår (se bilaga 1). Siffrorna avslöjar en kraftig ökning av dödsfallen under 1970-talet, och nådde ett maximum 1979. Av diagram 11 framgår att det främst är i gruppen under 50 år som antalet alkoholdödsfall har minskat sedan 1979. Antalet 50-69-åringar har sedan detta år varit tämligen oförändrat, och i gruppen 70 år och äldre har dödfallen ökat något under motsvarande period.

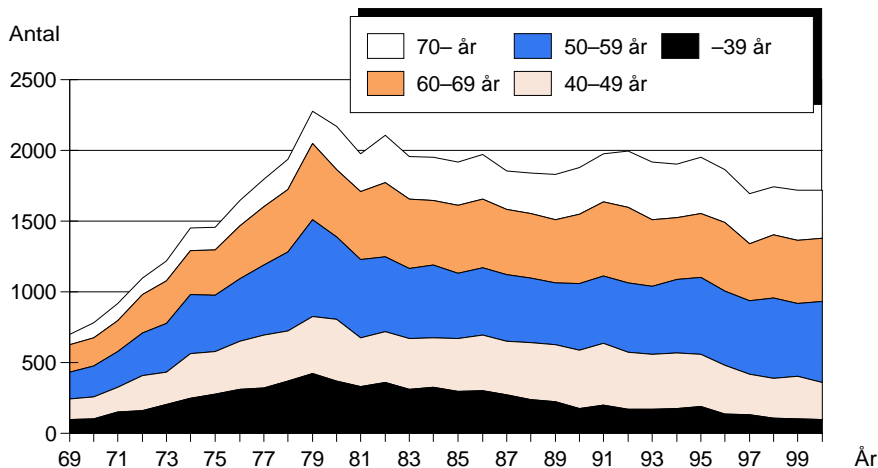


Diagram 11. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2000. (Tabell 31)

Alkoholutvecklingen

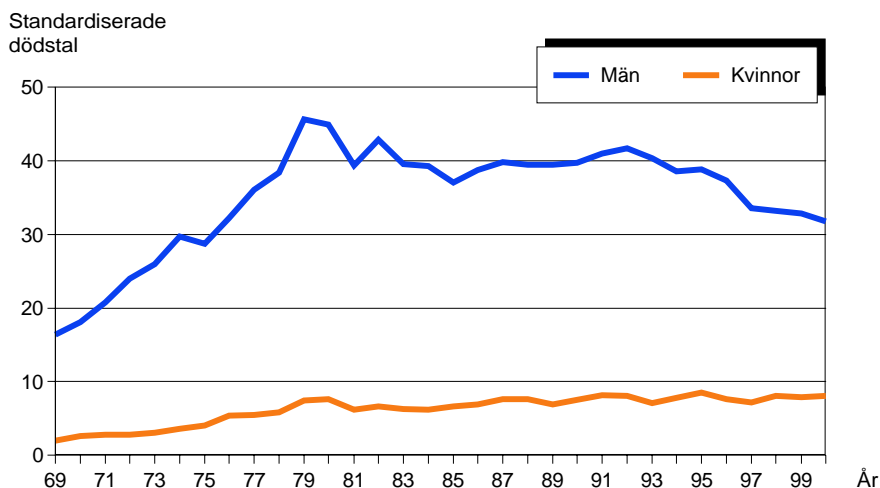


Diagram 12. Dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Standardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969-2000. (Tabell 31)

Enligt tabellen dog det i absoluta tal år 2000 sammanlagt ca 1 700 personer, jämfört med ca 2 100 personer 1979. Räknat per 100 000 invånare i åldersstandardiserade dödstal motsvarar det 19 respektive 25 personer.

År 2000 var ca 1 300 av de omkomna män och närmare 400 var kvinnor. I standardiserade dödstal motsvarar det 32 respektive 8 omkomna per 100 000. Av diagram 12 (och tabell 31) framgår att dödligheten bland män har minskat sedan 1980, men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period, eller rent av något ökande.

I tabell 32 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1987–2000, enligt samma index som ovan. Det är tydligt att Stockholms och Västra Götalands län genomgående ligger högst. Tillsammans med Jämtland och Norrbotten överstiger medelvärdet för hela perioden i dessa län riksgenomsnittet, relaterat till invånarantalet.

Jönköping, Kronoberg, Kalmar och Västerbotten är de fyra län med den lägsta noterade alkoholdödligheten sett till perioden 1987-2000. Bara i något undantagsfall tangeras riksgenomsnittet.

Man kan även notera en viss slumpvariation, som bl a sammanhänger med befolkningens storlek. Gotland, med en relativt liten befolkning har t ex haft stor variation i den alkoholrelaterade dödligheten eftersom enstaka dödsfall fått stort genomslag. Värden från enstaka år bör således inte övertolkas utan det är mera fruktbart att följa en längre tidsperiod.

I tabellerna 33–36 beskrivs utvecklingen av ett antal olika separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 37 presenteras dessa relaterat till befolkningen.

Antalet dödsfall där alkoholpsykos varit underliggande dödsorsak har aldrig varit särskilt stort, i något fler fall har den varit en bidragande dödsorsak (tabell 33). Sedan 1979 är alkoholberoende (tabell 34) den vanligaste av dessa alkoholrelaterade dödsorsaker, när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas.

Levercirrhos eller ”skrumplever” (tabell 35) är den klassiska 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 lever sjukdomar”. Mellan 1965 och slutet av 1970-talet ökade antalet fall relativt kraftigt. Därefter minskade antalet till omkring 1987, för att ligga på en konstant nivå fram till ICD-kodsbytet som inföll 1997, vilket förfaller ha lett till en nedgång i registreringen av levercirrhosdödsfallen. Omkring dubbelt så många män som kvinnor avlider till följd av denna dödsorsak.

Utvecklingen av alkoholförgiftningar följer i stort den som beskrivits ovan, dvs en topp i slutet av 1970-talet har följts av en minskning, även om den i detta fall varit mera kontinuerlig (tabell 36). Vid mitten av 1960-talet var endast ett fåtal av de avlidna kvinnor, under 1970-talet ökade antalet och det gick då en kvinna på fyra män. Därefter har kvinnornas andel ökat ytterligare och sedan 1999 är förhållandet mellan könen en på två. Det totala antalet dödsfall i alkoholförgiftning uppgick 2000 till 313.

Fylleri

Att alkoholkonsumtion kan ha medicinska konsekvenser är ett faktum. När det gäller andra konsekvenser som brottslighet, aggressivt beteende, berusningsdrickande med mera är sambanden mer komplexa och flera bakomliggande faktorer måste vägas in för att bilden ska bli någorlunda begriplig.

Antalet omhändertaganden för alkoholberusning påverkas av flera faktorer varav några inte är relaterade till alkoholkonsumtionen 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 kan läggas en ökad osäkerhet de senaste 15 åren kring LOB-statistikens giltighet som indikator på alkohol-

Alkoholutvecklingen

skadeutvecklingen. Det förefaller troligt att siffrorna i mångt och mycket speglar samhällets förändrade agerande i frågan.

Majoriteten av de LOB-omhändertagna är hursomhelst män. Kvinnorna utgjorde fram till 1970-talet mindre än 3% av antalet omhändertagna men 2002 hade andelen ökat till 11% (tabell 38). Samtidigt som kvinnornas andel ökat har det totala antalet omhändertagna personer dock minskat påtagligt. Efter 1980, då nästan 127 000 omhändertaganden gjordes, har en nedgång skett till 44 000 år 2002.

Med hänsyn till befolkningsutvecklingen blir nedgången ännu större (tabell 39). Av denna tabell framgår att en minskning skett i alla åldersklasser sedan 1980-talets början och att minskningen är tydligast bland dem 20 år och äldre. Största antalet omhändertaganden per 1 000 personer görs i gruppen 18–19 år (12 per 1 000 invånare år 2002). I åldrarna 15–17 år var motsvarande siffra 5, liksom för dem 20 år och äldre.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 40. I princip samtliga uppvisar i linje med rikssiffrorna nedgångar. De tre undantagen utgörs av Uppsala, Halland och Jämtland, där nedgångarna varit relativt små. Man kan notera regionala variationer som utan tvekan måste förklaras av annat än fylleriförekomst. Liksom de två föregående åren hade Södermanland, Östergötland och Västmanland flest omhändertaganden år 2002 (8–9 stycken per 1 000 invånare). Lägst antal omhändertaganden gjordes, liksom förra året, i Kronoberg, Gävleborg samt Stockholm med 3 per 1 000 invånare.

Våld

Det finns inte något direkt eller givet orsakssamband mellan alkohol och våld. De allra flesta berusningstillfällena leder trots allt inte till våldshandlingar. Johansson (1998) ställer sig t ex tveksam till ett orsakssamband och hävdar att sambandet (mellan alkohol och aggression) snarare består i att fenomenen ibland uppträder samtidigt. Varför de gör så är tillräckligt komplicerat för att man ska undvika försök att på vetenskaplig väg försöka fastställa sambandet i strikt kausala termer. Samtidigt vet vi att alkohol är närvarande vid en stor del av våldsbrotten – ca 70% av alla gärningsmän och ungefär 40% av alla offer i polisanmälningar där våld förekommit var alkoholpåverkade (Lenke 1989). Vidare kan samband över tid påvisas mellan alkoholkonsumtion och våldsbrottslighet inom olika samhällen.

Kopplingen mellan alkohol och våld är generellt sett starkare i länder där man dricker för att berusa sig (t ex Sverige) än i länder där konsumtionsmönstret är mer utspritt 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 explosiva dryckesmönstret och även det

starkaste sambandet. Danmark hade det mest utspridda dryckesmönstret av de nordiska länderna och visade också det svagaste sambandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrott (Folkhälsoinstitutet 1996).

Trafiknykterhet

Det mått på trafiknykterheten som främst är tillgängligt för en längre period, dvs anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill följa den faktiska utvecklingen av trafiknykterheten. På samma sätt som vid omhändertagande för fylleri påverkas rapporteringen av hur stora resurser som tilldelas trafikpolisens övervakande verksamhet. Också trafikintensitetens utveckling komplicerar det hela. Ju fler som kör bil och ju längre den årliga körsträckan är, desto fler trafiknykterhetsbrott kommer att bli kända, förutsatt att inga andra förhållanden förändras.

Under senare år har ett antal ändringar genomförts i lagstiftningen rörande alkohol och trafik som påverkar statistiken över trafiknykterhetsbrott. Det rör sig dels om nya regler från den 1 juli 1990 om sänkt promillegräns för rattfylleri från 0,5 till 0,2 och möjligheter att ta s k luftutandningsprov vid misstanke om rattfylleri, dels om skärpta regler från den 1 juli 1991 för att återfå indraget körkort. I februari 1994 sänktes också gränsen för grovt rattfylleri från 1,5 till 1,0 promille och 1999, slutligen, infördes ny lagstiftning för drograttfylleri.

I början av 1950-talet anmäldes ca 50 trafiknykterhetsbrott per 100 000 invånare (tabell 41). Fram till 1989 skedde en i stora drag kontinuerlig ökning till drygt 300, men 1998 var antalet nere i under hälften. Därefter har en viss uppgång åter skett och 2002 uppgick antalet anmälda trafiknykterhetsbrott till drygt 217 per 100 000 invånare. Året innan ändrades dock rutinerna för brottsanmälan vid trafikbrott och det har inte gått att klargöra om ökningen helt eller delvis berott på detta, men det kan dock noteras att en ökningstendens kan iaktas redan för 1999, samma år som drograttfyllerilagstiftningen infördes.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 42. Mellan 1975 och 1999 minskade andelen misstänkta under 25 år från 43 till 16%, år 2002 hade den ökat något (till 22%). Andelen 25-39-åringar har varit relativt konstant, medan gruppen 40 år och äldre ökat kraftigt mellan 1975 och 1999 (från 19 till 48%). År 2002 utgjorde gruppen 44% av de misstänkta, en liten minskning således.

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 se-

Alkoholutvecklingen

nare har i betydligt större utsträckning ett dokumenterat alkoholmissbruk och är mer kriminellt belastade.

Det finns även en årlig frågeundersökning om bl a trafikonykterhet. Denna görs i form av postenkäter till allmänna befolkningen och genomförs av Vägverket (2002). År 2001 svarade 7% att de under de senaste 12 månaderna kört bil efter att ha druckit alkohol (utöver lättöl). Detta var vanligare bland män än bland kvinnor (11 resp 3%). Det framgick också att alkohol i kombination med bilkörning avtog med ökande ålder.

Mellan 1981 och 1989 ökade andelen som rapporterade att de druckit alkohol och kört bil senaste året, från 9 till 14%. Därefter skedde en successiv nedgång till 2001 års nivå. Detta år svarade 5% att de som passagerare åkt med en berusad förare under de senaste 12 månaderna.

Trafikolyckor

På uppdrag av Statens Institut för Kommunikationsanalys (SIKA) utarbetar Statistiska centralbyrån (SCB) en årlig rapport. Från och med 1994 hämtar SCB information om de misstänkt alkoholpåverkade olycksförarnas eventuella promillehalt med hjälp av uppgifter från deras register över trafikolyckor, från Rättsmedicinalverkets (RMV) register över blodanalyser samt från Statens Kriminaltekniska Laboratoriums (SKL) register över alkoholutandningsprov. Efter samkörning av de registren har bl a framkommit att i stort sett alla förare som polisen misstänkt vara alkoholpåverkade vid olycksfallet

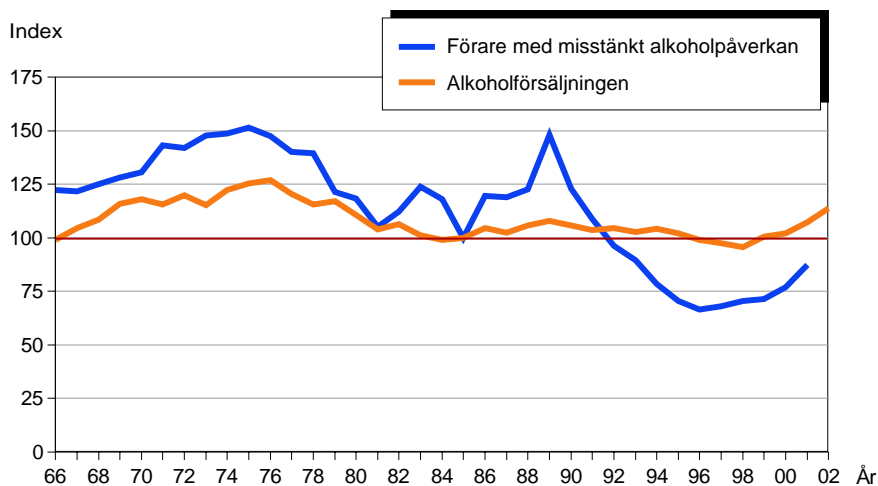


Diagram 13. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per inv, samt försäljningen av alkoholdrycker per inv 15 år och däröver. 1966-2002. Index 1985=100. (Tabellerna 2 och 43)

också varit det. Polisen kan omöjligt kontrollera alla olycksinblandade trafikanter, varför antalet polismisstänkta alkoholpåverkade enligt Vägverket utgör en kraftig underskattning.

Under 2001 rapporterade polisen 974 motorfordonsförare (inklusive mopeder) som misstänkts ha varit alkoholpåverkade vid vägtrafikolyckor. Dessa utgjorde 4% av alla i olyckor inblandade motorfordonsförare. Andelen påverkade förare var högre vid olyckor med dödlig utgång (7%). Diagram 13 och tabell 43 visar att antalet alkoholmisstänkta förare per invånare nådde ett minimum 1996 och att en viss uppgång skett därefter.

Att antalet olycksinblandade förare med misstänkt alkoholpåverkan minskade mer än alkoholförsäljningen kan tolkas som att de selektiva åtgärder inom trafiknykterhetsområdet som genomfördes på 1990-talet har varit effektiva.

Det finns ett samband mellan antalet alkoholpåverkade förare inblandade i olyckor och ålder. Upp till en viss ålder ökar andelen berusade, för att därefter minska. Flest antal alkoholpåverkade förare fanns i åldersgrupperna 15–24 och 25–34 år (284 respektive 216 stycken) vilket utgjorde över hälften av alla misstänkta (tabell 44). Bland åldersklasserna över 45 år avtar andelen misstänkta berusade förare inblandade i vägtrafikolyckor.

Det kan nämnas att bland fordonsrelaterade skadefall är snöskoteråkare den grupp som uppvisar den största andelen alkoholpåverkade omkomna, och olycksanalysgruppen vid Umeå sjukhus har gjort en studie av omkomna snöskoteråkare med särskild hänsyn till alkoholens betydelse (Öström och Eriks-son 1998). Mellan 1974–1997 omkom 146 snöskoteråkare i norra Sverige. Alkoholpåverkan påvisades i 70% av fallen, med en genomsnittlig blodalkoholhalt av 1,7 promille.

Sjöolyckor

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% 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 (ca 130 stycken) minskade domarna, och har sedan 1990-talets början fluktuerat runt 70 stycken (tabell 45). Antalet domar skall

förmodligen mer ses som ett uttryck för hur samhället ser på och prioriterar sjöfylleri, än som ett uttryck för variationer i antalet berusade till sjöss.

Drunkningar

Antalet drunkningar har minskat kraftigt över tid. Vid förra sekelskiftet dog 1 000 personer per år genom drunkningar, på 1940-talet låg det årliga antalet fall runt 500, på 1960-talet var genomsnittet 340 och på 1990-talet 155. År 2002 omkom 134 personer i drunkningsolyckor (Svenska Livräddningssällskapet 2003).

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

Rättsmedicinalverket får genom rättskemiska analyser uppgifter om bl a förekomst av alkohol hos personer som drunknat. I tabell 46 redovisas alkoholförekomsten åren 1992–2002 vid drunkningar av alla slag, inklusive i badkar och vid självmord. Omkring 300 sådana analyser har årligen genomförts under perioden. Andelen analyser där man funnit spår av alkohol har legat relativt stabilt runt 40%. I drunkningsfallen där alkohol varit inblandat har andelen män varit närmare tre fjärdedelar.

En sammanställning av några indikatorer

I diagram 14 sammanfattas trenderna för några av de redovisade alkoholindikatorerna. Utvecklingen för alkoholförsäljningen, antalet alkoholrelaterade dödsfall samt antalet berusningsomhändertaganden har indexerats med år 1985 satt till 100 (tabellerna 2, 31 och 39).

Den totala försäljningen av alkohol ökade relativt kontinuerligt från början av 1960-talet för att nå ett maximum 1976 på 7,7 liter (alkohol 100% per invånare 15 år och däröver). Den ökade vinkonsumtionen och införandet av mellanölet 1965 bidrog till försäljningsökningen. Efter 1976 minskade försäljningen i stort sett kontinuerligt till 1983, varefter den i grova drag legat på drygt 6 liter.

Betraktar man utvecklingen för den allra senaste femårsperioden, 1998–2002, har dock den registrerade alkoholförsäljningen ökat från 5,8 till 6,9 liter, dvs med 19%. Om man även tar hänsyn till beräkningar av den oregistrerade konsumtionen är ökningen 21% mellan dessa år.

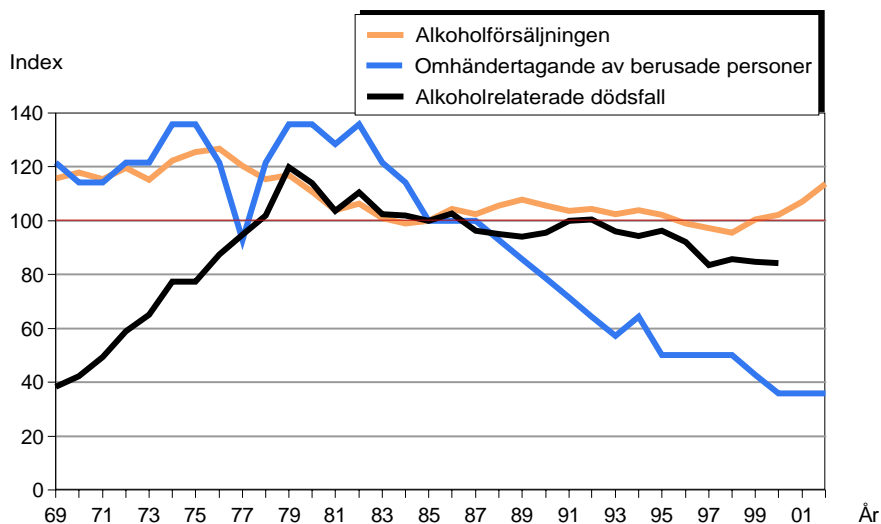


Diagram 14. Utvecklingen av alkoholrelaterade indikatorer 1969–2002. Index 1985=100. (Tabellerna 2, 31 och 39)

Uppgifter om den alkoholrelaterade dödligheten hämtas här från Socialstyrelsens index över alkoholrelaterade dödsfall. Detta består av ett antal alkoholrelaterade diagnoser, och både underliggande och bidragande dödsorsaker ingår (se bilaga 1). Här relateras utvecklingen av antalet dödsfall till invånarantalet. Det kan noteras att nya dödsorsaksklassificeringsprinciper började tillämpas 1987 och 1997, vilka försvårar tolkningen av utvecklingen över tid.

Mellan 1969 och 1979 steg antalet alkoholrelaterade dödsfall brant, från 700 till 2 300 (eller från 9 till 27 dödsfall per 100 000 invånare). År 2000 var dödsfallen enligt detta mått ca 1 700 stycken, eller 19 per 100 000.

Alkoholförsäljningen började skjuta fart under 1960-talet (tabell 2), och de alkoholrelaterade dödsfallen senare således. Toppen i alkoholförsäljningen följdes tre år senare av en nedgång i dödsfallen. Den försäljningsökning som noterats för de senaste åren har åtminstone än så länge inte kunnat avläsas i form av någon ökning av den alkoholrelaterade dödligheten.

Med undantag för 1977, då fylleriet avkriminaliserades, varierade antalet berusningsomhändertaganden omkring 17–20 stycken per 1 000 invånare mellan 1963 och fram till 1980-talets andra hälft. Mellan 1985 och 2002 har emellertid antalet sjunkit från 14 till 5 omhändertaganden per år, och strängt taget inleddes nedgången redan 1983 (tabell 39). Jämfört med alkoholförsäljningen uppvisar berusningsomhändertagandena en relativt kraftig nedgång under andra hälften av 1980-talet. Som nämnts tidigare i detta kapitel råder sedan en längre tid en osäkerhet kring LOB-statistikens giltighet som indika-

tor på alkoholskadeutvecklingen. Det är sannolikt så att denna källa sedan ett antal år snarare speglar samhällets syn på, och ingripanden mot fylleri på allmän plats, än den faktiska utvecklingen av detta.

Internationella aspekter

Alkoholpolitik

Restriktioner av olika slag förekommer i de flesta länder. Det kan vara åldersgränser för servering och inköp, promillegränser i trafiken, reklam, alkoholskatter och liknande. Nyligen slutfördes en jämförande studie av alkoholpolitik, alkoholkonsumtion och dess effekter i EU-länderna (Norström red, 2002). Studien (ECAS) som närmare beskrivs i kapitel 2 omfattade samtliga EU-länder utom Luxemburg, men inkluderade Norge. Själva forskningsarbetet har genomförts av nordiska forskare men i samtliga länder har kontaktpersoner hjälpt till med datainsamling m m.

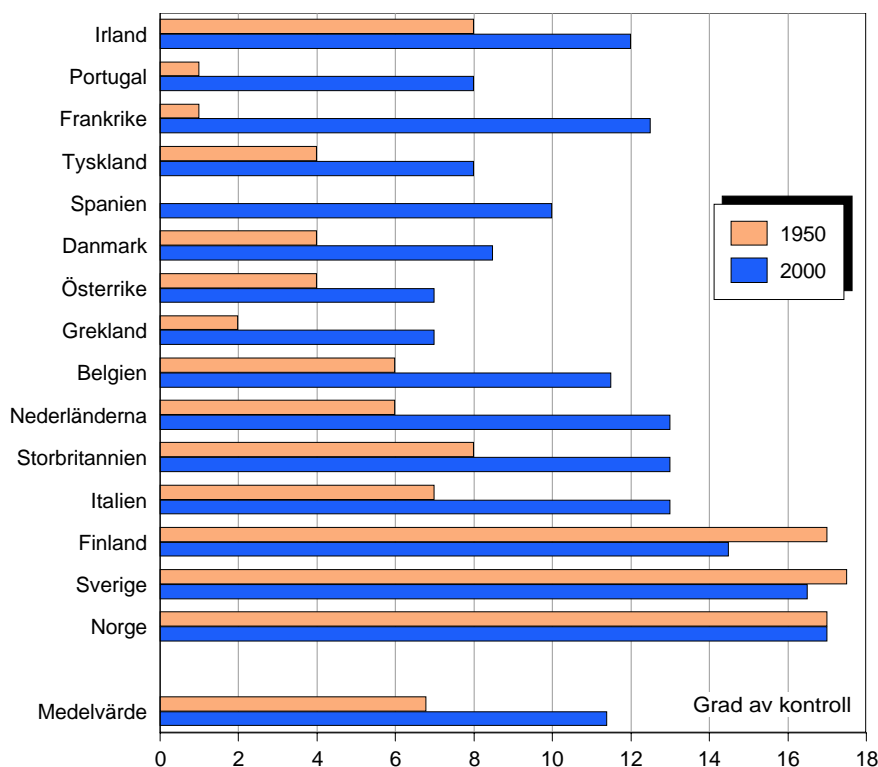


Diagram 15. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. (Tabell 47)

Våren 1999 sändes frågeformulär ut rörande alkoholpolitiska instrument vid olika tidpunkter och svaren omvandlades till en skala med maximalt 20 poäng täckande 6 områden (Karlsson och Österberg 2001).

I tabell 47 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom 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 den mest omfattande alkoholpolitiken men att Sydeuropa och övriga EU-länder har närmat sig. Ett stort antal EU-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 alkoholpolitiken 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 poäng. Danmark låg sexa från slutet 1950 (4 poäng) och femma från slutet 2000, men med högre poäng än 1950 (8,5 poäng).

Alkoholkonsumtion

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

Jämförelser av alkoholkonsumtionen mellan länder är vanskliga att göra. Försäljningsstatistiken, ibland kompletterad med produktionsstatistik, används som mått på konsumtionen men är inte alltid fullt jämförbar länderna emellan. Framst beror detta på skillnader i produktionen och distributionen av alkohol. I länder där försäljning och distribution är centraliserad och kontrollerad är tillförlitligheten i försäljningsstatistiken som regel acceptabel. Länder med en decentraliserad och privat alkoholhantering bygger ofta sin försäljningsstatistik på uppgifter från produktionsledet. Produktionen varierar emellertid mellan olika år, vilket leder till att den redovisade försäljningsvolymen kan uppvisa stora årliga variationer utan att det har skett några betydande förändringar i den faktiska konsumtionen. Andelen oregistrerad alkohol skiljer sig dessutom åt mellan länderna, t ex till följd av varierande mängder illegal tillverkning och smuggling eller oregistrerad direktförsäljning från producenter.

Alkoholutvecklingen

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. Vi har här valt att använda den statistik som samlas i publikationen *World Drink Trends* (Produktschap voor Gedistilleerde Dranken 2002) då vi beskriver konsumtionen i olika länder totalt och fördelad på olika drycker samt utvecklingen i dessa länder. I tabellerna 48 och 49 (och diagrammen 16 och 17) är konsumtionen relaterad till hela befolkningen, vilket gör att man får lägre tal än om man, vilket normalt förekommer i detta kapitel, 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 1997.

Konsumtionen totalt och fördelad på olika drycker 2001

Diagram 16 (tabell 48) visar försäljningen av alkohol 100% per invånare i ett stort antal länder 2001. Denna fördelas på sprit respektive vin och öl sammanslaget. Som framgår hade Luxemburg den högsta totala konsumtionen, med 12,4 liter alkohol 100% per invånare och därefter kom Tjeckien och Irland på ca 10,9 liter. Den höga konsumtionsnivån i Luxemburg var främst ett resultat av en mycket hög vinkonsumtion, medan öl och sprit var desto vanligare i de andra två länderna.

Andra länder med en alkoholkonsumtion över 10 liter var Rumänien, Portugal, Frankrike, Spanien och Tyskland. Av de redovisade länderna hamnade Sverige på 32:a plats. Den lägsta konsumtionen (1,3 liter) redovisades för Indien respektive Marocko (ca 0,2 liter).

Alkoholutvecklingen

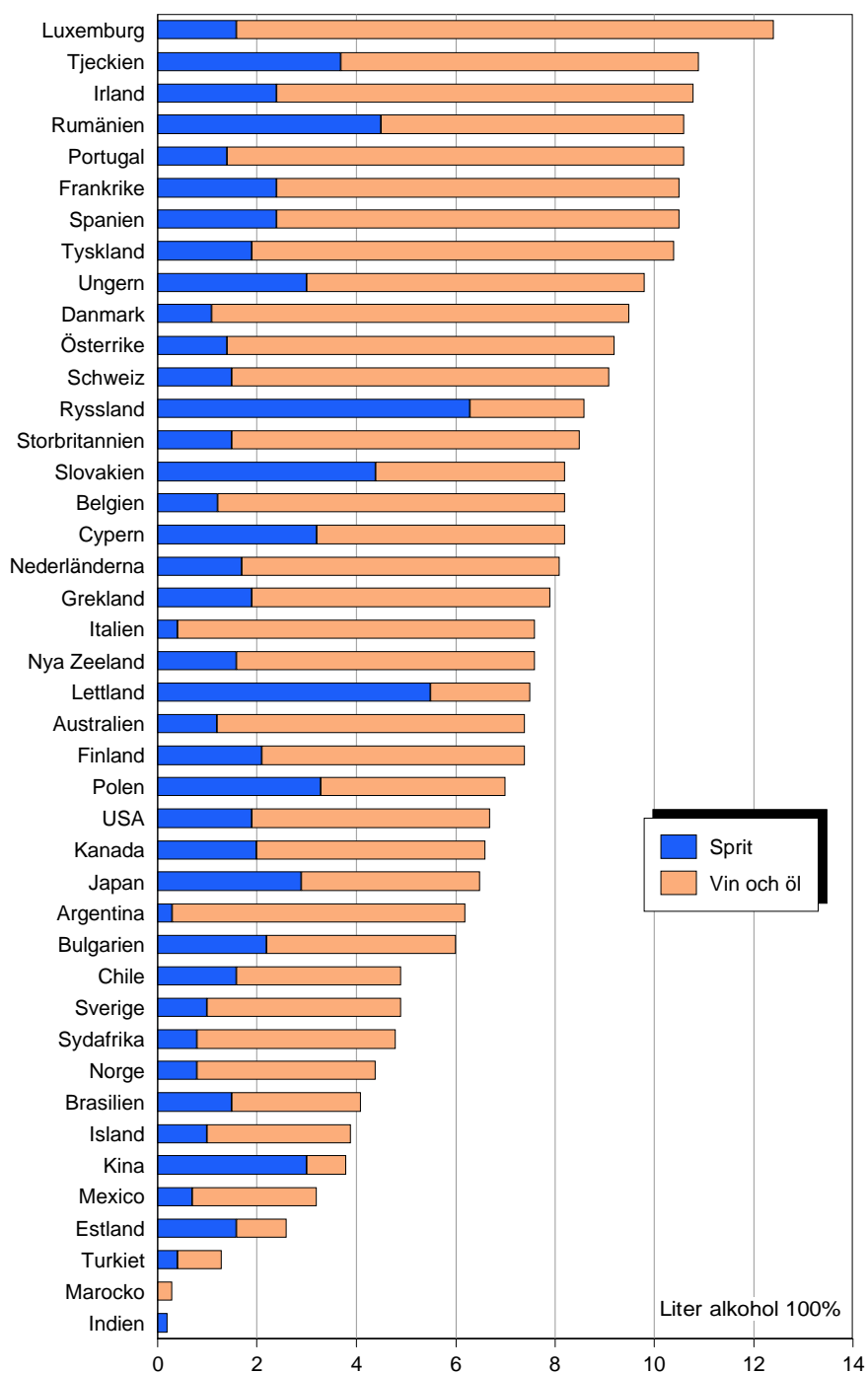


Diagram 16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2001. (Tabell 48)

Alkoholutvecklingen

Vinkonsumtionen var störst i Luxemburg, Frankrike, Portugal och Italien. I samtliga dessa länder var konsumtionen 50 liter per invånare eller högre. Vinkonsumtionen i Sverige uppgick som jämförelse till 16 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 2000 var i fallande ordning Tjeckien, Irland, Tyskland, Österrike och Luxemburg, där konsumtionen låg mellan 100–158 liter per invånare eller däröver. I Sverige konsumerades 55 liter öl per invånare detta år.

När det gäller konsumtionen av spritdrycker, mätt i försäljningssiffror, kommer Sverige bland de redovisade länderna på en med Island delad 33:e plats, med en registrerad konsumtion av 1,0 liter alkohol 100% per invånare. Den största konsumtionen av spritdrycker 2001, räknat per invånare, hade Ryssland med 6,3 liter alkohol 100%. Därefter kom Lettland (5,5), Rumänien (4,5), Slovakien (4,4), Tjeckien (3,7) och Polen (3,3), samtliga Östeuropeiska länder.

Av detta material framgår 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 än i andra länder.

Utvecklingen i olika länder

Av tabell 49 framgår förutom den nordiska utvecklingen även utvecklingen i samtliga EU-länder samt USA. Av tabellen, som visar försäljningen i 100% alkohol per invånare, framgår att de länder som i början av den redovisade perioden hade en mycket hög konsumtion har sänkt denna, medan länder med låg konsumtion 1965 i allmänhet har högre konsumtion idag. Ett generellt drag i utvecklingen är att dryckesmönstren genomgår en internationalisering på så sätt att konsumtionen tenderar att bli mera lika mellan olika länder. Detta innebär att konsumtionen ökar av den eller de drycker som inte tidigare ingått i den traditionella dryckeskulturen i ett land eller, annorlunda uttryckt, landets alkoholtradition.

Exempel på länder där konsumtionen ökat sedan 1965 är Danmark, Finland, Irland och Nederländerna. 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 försäljningssiffrorna med mer än någon liter om man jämför start- och slutåren, även om variationer förekommit under perioden.

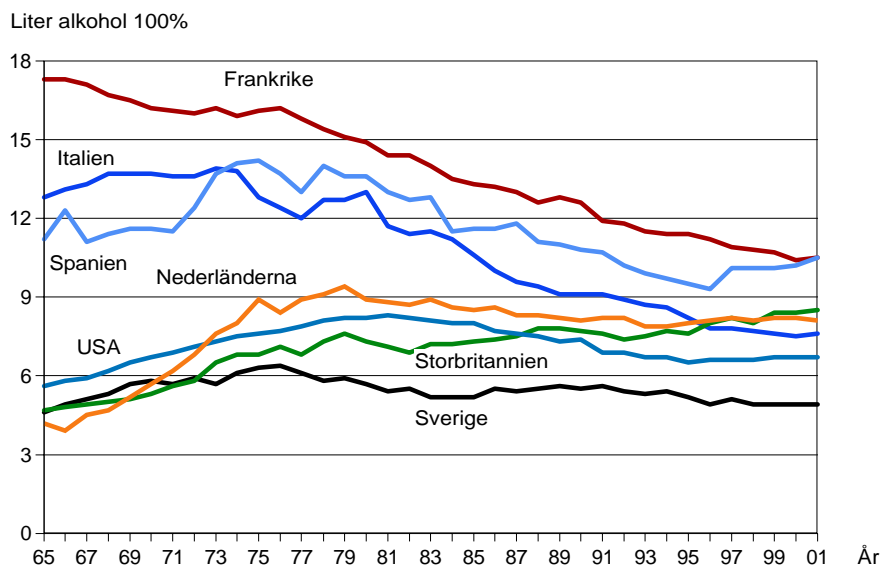


Diagram 17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i vissa länder. 1965–2001. (Tabell 49)

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.

Såväl konsumtionsvolymerna som konsumtionsmönstret i betydelsen vad man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktningsprocess i Europa. Detta visas också tydligt i tabell 50 och diagram 18 som visar resultat från ECAS-studien.

I de sydliga vinproducerande länderna har konsumtionen minskat sedan 1950 med ca 6 liter alkohol 100%, från 18 liter 1955 per invånare 15 år och äldre till 12 liter 1997. Minskningen under 1950- och 60-talen förbyttes i en ökning under 1970-talet och 1977 var man åter uppe i nästan 18 liter, men sedan fortsatte minskningen. Samtidigt har de forna spritländerna i Norden ökat sin konsumtion från 4 till över 6 liter medan de skönländerna ökat från 6 till cirka 11 liter. Vad gäller olika dryckessorters andelar av den totala konsumtionen har vinet under perioden 1955–1995 hela tiden legat runt 35% (en ökning från 34 till 37%). Ölet har rört sig sakta från 40% till 45% medan spriten minskat från 20% till 10%.

Alkoholutvecklingen

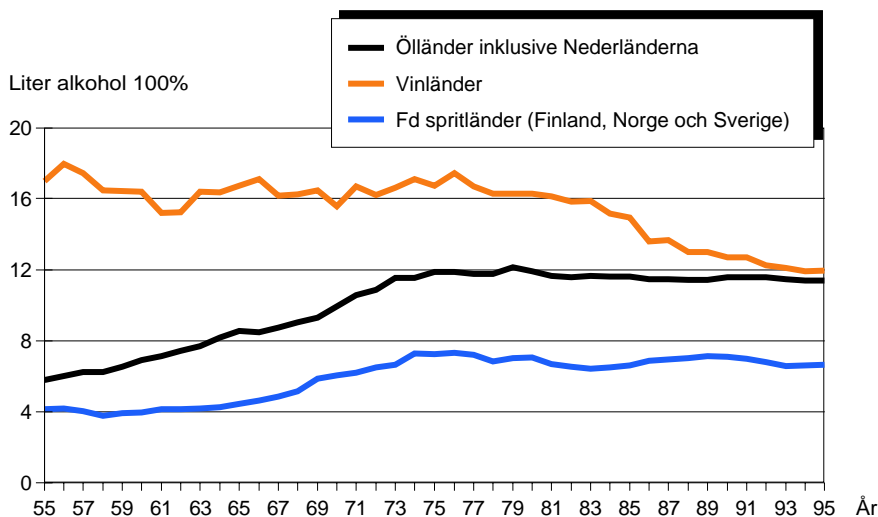


Diagram 18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–1995. (Tabell 50)

Samtidigt har kraftiga förändringar skett mellan länderna där 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 har alltså kommit till stånd. Däremot dricker man fortfarande mindre ofta men större mängder vid dryckestillfällena i Nordeuropa och Storbritannien, jämfört med Sydeuropa.

Dödlighet i levercirrhos

En rad undersökningar har påvisat ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet. I diagram 19 och tabellerna 51 och 52 visas utvecklingen av levercirrhosdödligheten i EU och Norge och uppgifterna här rör 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 Sydeuropa, men även för levercirrhosdödligheten ser vi 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 3 gånger så hög. Tendensen för kvinnor är betydligt svagare även om den går i samma riktning. Här har relationen varit ganska stabilt 1 på 2.

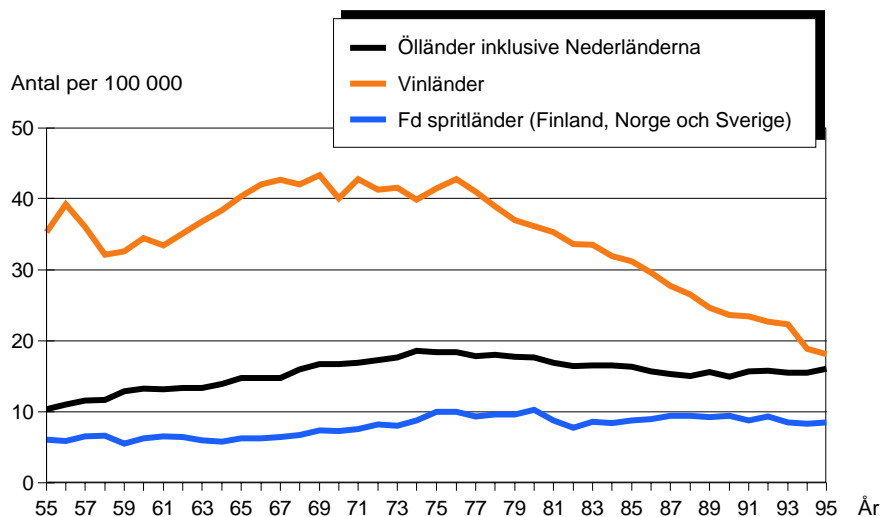


Diagram 19. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. (Tabell 52)

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

I de europeiska ESPAD-undersökningarna, som har genomförts 1995 och 1999, ställdes enkätfrågor om alkohol och andra droger till 15–16-åriga skolelever i ett flertal länder (Hibell et al 2000). Bland annat fick eleverna besvara hur ofta de druckit fem definierade ”drinkar” (öl, vin, sprit etc) de senaste 30 dagarna.

Andelen som svarade att de gjort detta tre gånger eller mer under de senaste dagarna varierade relativt mycket mellan olika länder 1999. En knapp tredjedel av eleverna från Irland, Polen, Danmark och Storbritannien rapporterade detta medan andelarna var lägre än 10% i FYROM (Makedonien), Grekland, Litauen, Slovakien, Portugal och Rumänien. Fler pojkar än flickor rapporterade detta, bortsett från Irland där könsskillnaderna var obefintliga. Högfrequensländer återfanns främst på Brittiska öarna och i de nordiska länderna medan lågfrequensländer oftare återfanns i Central- och Sydeuropa.

I diagram 20 jämförs 1995 och 1999 års värden för de länder som deltog båda åren. Siffrorna framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där ökningen mellan de båda

Alkoholutvecklingen

åren överstigit två procentenheter särskiljts från dem där läget var mer eller mindre oförändrat (inte i några länder hade det skett signifikanta minskningar).

I ungefär hälften av länderna har det skett en ökning och i hälften var läget relativt oförändrat. De mest uttalade ökningarna återfanns i Polen och Slovenien. För Irland, Storbritannien samt Danmark inträffade ökningar från redan höga nivåer. För Irland, Malta, Estland och Slovakien gällde att ökningarna var klart större för flickorna än för pojkarna.

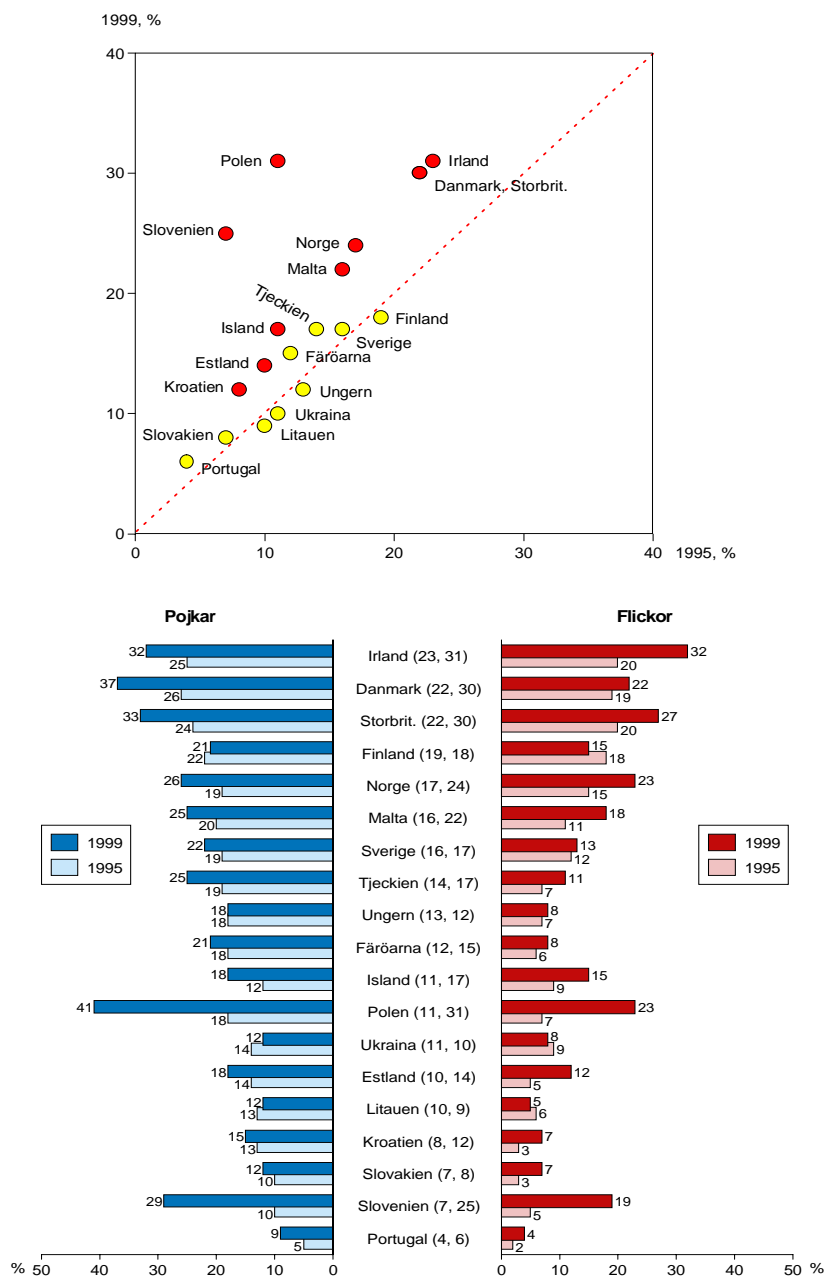


Diagram 20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig^{a)} minst tre gånger de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

Länder över den streckade linjen uppvisar ökningarna mellan undersökningarna medan länder under uppvisar minskningar. Värdena inom parentes refererar till samtliga elever 1995 och 1999. I stapeldiagrammet är data sorterade efter samtliga elever 1995.

a) Med berusningskonsumtion av minst fem (definierade) "drinkar" vid samma tillfälle.

Källa: Hibell et al (2000).

Referenser

- Andersson B och Lindén-Boström M (2000). *Ungdomars alkohol- och narkotikavapor 1998*. Rapportserie nr 10. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- 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: Brottförebyggande rådet.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- Folkhälsoinstitutet (1996). *Våld, alkohol och övriga droger*. Folkhälsoinstitutet 1996:114, Stockholm.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandets drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. 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, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johansson G (1998). Måttligt eller meningsfullt. Folkhälsoinstitutet 1998:34, Stockholm.
- Karlsson T & Österberg E. *A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, English Supplement 2001, vol 18, pp 117–131, Helsinki, Finland, 2001.
- Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M och Zetterberg H (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.
- Leifman H (2000). *Svenskens bruk av svartsprit och totala alkoholkonsumtion 1996-2000*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet, KAMEL-gruppen.
- Leifman H och Gustafsson N-K (2003). En skål för det nya millenniet: en studie av det svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet. Forskningsrapport 2003:11. Stockholm, SoRAD.
- Lenke L (1989). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Lund: Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet.
- 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.
- Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (2002). *World Drink Trends 2003*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.
- Room R, red (2002). *The effects of Nordic alcohol policies*. NAD-publication 42. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- SOU 1994:25. *Svensk alkoholpolitik - bakgrund och nuläge*. Betänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Stockholm: Fritzes.
- Systembolaget (2001). *Svensk alkoholhistoria: från brännvin till vin 1400–2000*. Stockholm: Systembolaget.
- Svenska Livräddningssällskapet (2003). *Drunkningsolyckor 2002*. Hämtat från www.sls.a.se. Publicerat 7 januari 2003.
- Vägverket (2002). *Trafiksäkerhet. Resultat från 2001 års enkätundersökning*. Publikation 2002:56. Borlänge: Vägverket.
- Ågren G och Jacobsson S W (1986). *Betydande underrapportering i dödsbevisen av alkoholrelaterade dödsorsaker*. Läkartidningen, 83 (47), 3984–3985.
- Öström M och Eriksson A (1998). *Snöskoterrelaterade dödsfall. En trend- och orsaksanalys*. Rapport nr 71. Umeå: Institutionen för rättsmedicin.

4. Narkotikautvecklingen

Inledning

Sedan slutet av 1960-talet har narkotikamissbruket betraktats som ett allvarligt samhällsproblem. Det är också sedan denna tid som missbrukets utveckling 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 missbruksutvecklingen 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). Den omfattar främst sådana medel som är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser, 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. I Sverige har man valt att beteckna all icke medicinsk användning av narkotika som missbruk. Begreppet narkotikamissbruk kommer härigenom att innefatta mycket skiftande former av narkotikaanvändning, allt ifrån konsumtion vid något enstaka tillfälle till regelbunden användning. En beskrivning av narkotikasituationen bör inkludera olika former av användning 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 inleds med en beskrivning av utvecklingen av narkotikaanvändningens omfattning, vilket görs i två delavsnitt. Dessa omfattar å ena sidan utvecklingen av tillfällig/experimentell konsumtion, och å andra sidan sk ”tungt” missbruk. Denna enkla tudelning är gjord med utgångspunkt i tillgängliga data. Sålunda saknas i stort sett uppgifter om den mellangrupp som i större eller mindre omfattning, mer eller mindre regelbundet, använder narkotika under så kontrollerade former att de normalt inte kommer i kontakt med någon myndighet. De två inledande avsnitten berör i någon mån även könsskillnader, regionala förhållanden och sociala faktorer.

Därefter följer ett avsnitt som behandlar sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare och ett som behandlar olika narkotikasorter. Kapitlet avslutas med en kort översikt av narkotikasituationen i några andra länder.

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* respektive *Narkotikaproblemets bakgrund* (Olsson 1994).

- 1923 Sveriges första enhetliga särlagstiftning på narkotikaområdet – Narkotikakungörelsen – infördes. Denna reglerade, i enlighet med den internationella s k Haag-konventionen från 1912, in- och utförsel, tillverkning, saluhållande och försäljning av narkotiska ämnen (bl a opium, morfin, heroin och kokain). Påföljderna var böter.
- 1930 Narkotikakungörelsen ändrades. Till följd av den internationella s k Genève-konventionen från 1925 inkluderades cannabis, kokablada 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 förelåg. Straffskärpningen gav polisen möjlighet att tillgripa straffprocessuella 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). Den innefattade i princip narkotikakungörelsens bestämmelser. Genom en särskild hänvisning i 12 § kom in- och utförsel av narkotika att omfattas av varusmuggningslagen.
- 1966 Försöksverksamhet med underhållsbehandling med metadon för opiatmissbrukare inleddes 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. Den omfattade tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika. Åtal kunde underlåtas om en person endast innehaft en ringa mängd narkotika för eget bruk.
- 1969 Straffen för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling som gällt 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 underlåtas 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 varusmuggling som gällt narkotika höjdes till tio års fängelse. Möjlighet till åtalsunderlåtelse utökades. I fall där innehavet avslutats genom egen förbrukning fick åtal underlåtas även vid avsevärt 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).
- 1983 Vissa preciseringar av gärningsformerna i Narkotikastrafflagen gjordes samtidigt som nya infördes, bl a förvärv av narkotika i överlåtelse-syfte, liksom bearbetning, transport, förvaring och vissa andra former för befattningar med narkotika, som inte var avsett för eget bruk.
- 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. Enbart böter ingick i straffskalan.
- 1989 Den maximala vårdtiden enligt LVM förlängdes från två till sex månader.

Narkotikautvecklingen

- 1993 Narkotikastrafflagen ändrades. Fängelse i högst sex månader infördes som straff för eget bruk. Detta möjliggjorde för polisen att ta blod- och urinprov vid misstanke om eget bruk.
- 1999 Den 1 april 1999 trädde lagen (SFS 1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor i kraft. Medel som placeras på denna interimlista utreds och förs eventuellt över till narkotikastrafflagen eller annan relevant lagstiftning. Ovanstående datum infördes även lag (1999:43) om ändring i narkotikastrafflagen (1968:44) med innebörden att begreppet *starkt vanebildande* i 8 § ersattes med *beroendeframkallande* samtidigt som termen *eller euforiserande effekter* också infördes i paragrafen. Vidare ändrades den 1 juli 1999 lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott. För vägtrafiken infördes nollgräns för narkotika, men gäller inte förare som använder narkotikaklassade läkemedel enligt läkares ordination.
- 2000 Den 1 februari narkotikaklassades GHB.
- 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 och att kontrollåtgärderna hade kommit att dominera alltmer under 1990-talet.

Aktuella händelser 2002–2003

Receptregistret får från 1 juli 2002 användas av Socialstyrelsen för tillsyn över enskild läkares och tandläkares förskrivningar av narkotiska läkemedel.

Våren 2002 antog Riksdagen en proposition om en nationell handlingsplan mot narkotika, framarbetad genom Narkotikakommissionen (prop 2001/02:91). Där sägs att målet för den svenska narkotikapolitiken även fortsättningsvis skall vara ett narkotikafritt samhälle. För att genomföra och följa upp handlingsplanen tillsattes en nationell narkotikasamordnare, med huvuduppdraget att till och med år 2005 utveckla samarbetet mellan myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer m fl. Narkotikasamordnarens kansli har getts namnet *Mobilisering mot narkotika*, och sorterar under Socialdepartementet.

Under våren 2003 föreslog den narkotikapolitiska samordnaren att sprututbytesverksamheten, som i Skåne varit försöksverksamhet sedan slutet av 1980-talet, blir möjlig att bedriva som reguljär verksamhet i Sverige. Vid inrättandet av sådana program menar narkotikasamordnaren att det samtidigt bör ställas vissa krav vad det gäller vård- och behandlingsutbudet, liksom på samarbete mellan sjukvården och andra myndigheter. Efter en första remissomgång våren 2003 väntas ytterligare en remissomgång rörande konkreta lagförslag, och ett Riksdagsbeslut kan bli aktuellt 2004.

Under våren 2003 har Socialstyrelsen hemställt till Regeringen om ett myndigande att meddela föreskrifter för verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling mot opiatberoende. Dessa skulle ersätta de särskilda föreskrifter som tidigare enbart gällt metadonbehandling. För närvarande finns ett tak om max 800 metadonpatienter, och med de nya reglerna skulle bl a denna begränsning slopas.

Utvecklingen av tillfälligt/experimentellt missbruk

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av befolkningens narkotikaerfarenheter i stort, d v s främst tillfälligt/experimentellt bruk, kommer från intervju- och enkätundersökningar. De viktigaste är skolundersökningarna i årskurs 9 och mönstringsundersökningarna samt intervjuundersökningar med ungdomar i åldern 16–24 år respektive hela befolkningen (16–75 år). Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Utvecklingen bland ungdomar

Enligt nationella besöksintervjuer utförda av SIFO ökade andelen ungdomar i åldern 12–24 år som någon gång prövat narkotika från 5% år 1968 till 9% år 1971 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1977). Några rikstäckande data som fortlöpande speglar narkotikans utbredning i Sverige under 1960-talet finns emellertid inte.

Sedan 1971 finns nationella data att tillgå från skol- och mönstringsundersökningarna. Utvecklingen av narkotikaerfarenheten enligt dessa studier framgår av diagram 21 och 22. Som synes var andelen skolelever som prövat narkotika någon gång högst i början av 1970-talet och minskade påtagligt 1974 (se även tabell 53). Efter ytterligare en minskning inledd 1982 låg narkotikaerfarenheten på 3–4% under andra hälften av 1980-talet. Under 1990-talet mer än fördubblades andelarna och var närmare 10% år 2001. Påföljande år sjönk andelen som prövat någon gång till 8%, men det är för tidigt att avgöra om detta trendbrott är tillfälligt eller ej (Hvitfeldt 2003).

Undersökningarna bland artonåriga mönstrande beskriver en relativt likartad utveckling jämfört med skolundersökningarna, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökning under 1990-talet. Mellan 1992 och 2002 har andelen mönstrande som någon gång prövat narkotika tredubblats, från 6 till 18% (tabell 54). De senaste årens värden är av samma storleksordning som under 1970-talet.

Narkotikautvecklingen

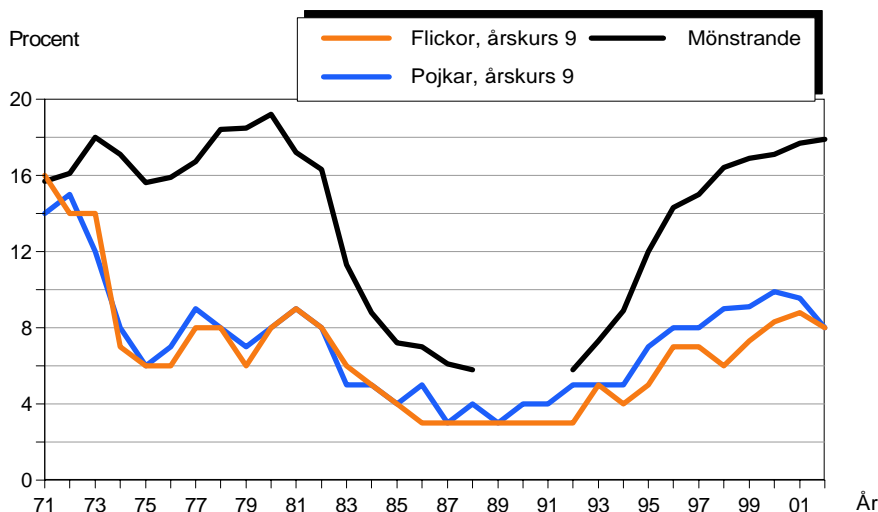


Diagram 21. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de någon gång provat narkotika. 1971–2002. (Tabellerna 53 och 54)

Narkotikaerfarenheten har huvudsakligen utgjorts av cannabisanvändning hos såväl skolelever som mänstrande. Under senare år har närmare 60% av dem med narkotikaerfarenhet i dessa undersökningar enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart hade använt annan narkotika än cannabis (se även tabell 55).

Uppgifter om äldre ungdomar finns bl a i telefonintervjuundersökningar från 1994, 1996, 1998 och 2000. Andelen 16–24-åringar i dessa studier som svarat att de provat narkotika var 4, 10, 11 respektive 13%. Det var främst de äldre ungdomarna som provat narkotika. Åren 1998 och 2000 var det 4% bland 16–18-åringarna som uppgav detta, jämfört med ca 16% bland 19–24-åringarna. Värdena för de yngre är klart lägre i förhållande till skol- och mänstringsundersökningarna, vilket torde spegla metodologiska skillnader. Samtidigt avviker inte ungdomsundersökningarna på något avgörande sätt från trenderna i skol- och mänstringsundersökningarna. Det ovanstående betyder också att många provar narkotika för första gången då de är äldre än 18 år.

För att mäta mera regelbunden användning ingår i skol- och mänstringsundersökningarna frågor om man använt narkotika de senaste 30 dagarna före undersökningstillfället. Utvecklingen av den regelbundna användningen är i stora drag densamma som för livstidsprevalensen. Såväl bland skolelever som mänstrande var värdena relativt höga under första hälften av 1970-talet, sjönk under andra hälften och antog en låg nivå under slutet av 1980-talet (diagram 22 och tabellerna 53 och 54). Under 1990-talet har den regelbundna narkotikaanvändningen emellertid ökat och 1998–2002 svarade runt 3% av

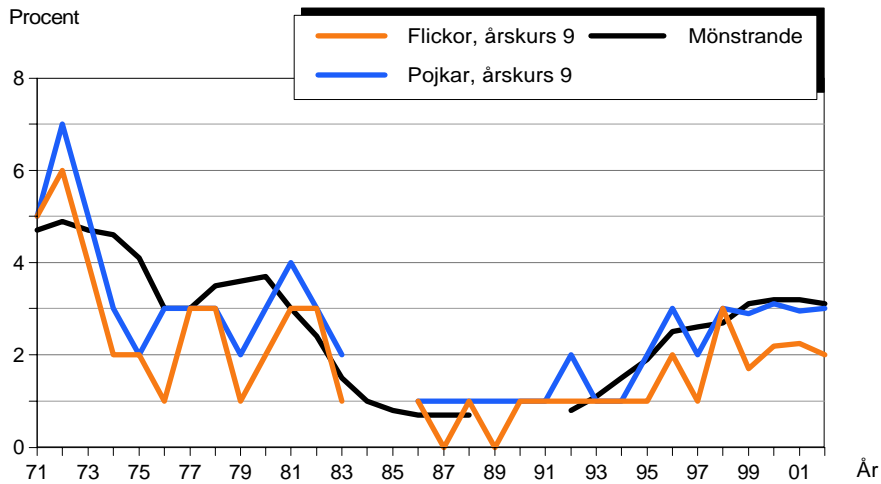


Diagram 22. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2002. (Tabellerna 53 och 54)

såväl skolelever som mönstrande att de använt narkotika under senaste månaden. Regelbunden användning var dock mer omfattande i början av 1970-talet.

I ungdomsintervjuundersökningarna i åldern 16–24 år från 1996, 1998 och 2000 var det ca 5% som hade använt narkotika under de senaste 12 månaderna. Årsaktuell användning var ungefär dubbelt så vanlig bland män som bland kvinnor. Sett till åldersgrupper var den vanligast bland 19–21-åringarna (ca 6%), minskade bland 22–24-åringarna (till ca 4%) och var minst vanlig bland 16–18-åringarna (ca 3%).

Ungdomars attityder till narkotika

När ungdomars narkotikaanvändning förändras, speglar detta en förändrad inställning till droger. I skolundersökningarna har eleverna även tillfrågats om de någon gång haft lust respektive möjlighet att pröva narkotika, och sedan 1977 även om de vet någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dem. I tabell 53 och diagram 23 visas resultaten för dessa frågor för de elever som själva aldrig använt narkotika. Där framgår också hur många mönstrande som erbjudits narkotika.

Andelen skolelever som haft lust att pröva narkotika, utan att göra så, har varit relativt liten under hela den redovisade perioden, men aningen högre under 1990-talet. Många som inte använt narkotika har svarat att de haft möjlighet att göra det. Andelen utgjorde runt 30% i början av 1970-talet, sjönk

Narkotikautvecklingen

till dryga 10% under slutet av 1980-talet men har sedan 1995 legat omkring 25%. Andelen mönstrande 18-åringar som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika ökade från 21 till 48% mellan 1992 och 2002. Detta är klart högre jämfört med åren 1976-1988, även om man då endast frågade om cannabis.

Under 1980-talet var det relativt få skolelever som sade sig känna till någon som kunde ge eller sälja narkotika till dem (ca 20%), men sedan 1995 uppges runt 40% detta. För skoleleverna gäller att en liten avmattning syns de senaste åren för de redovisade variablerna, vilket också följts av en nedgång vad gäller själva narkotikaerfarenheten 2002.

I ungdomsundersökningarna (16–24 år) från 1996 och 1998 ingick några påståenden som ungdomarna ombads ta ställning till. Ett påstående kvarstod också i 2000 års undersökning. Sammantaget framkom att en klar majoritet av ungdomarna ansåg att narkotika är ett allvarligt problem (tabell 56).

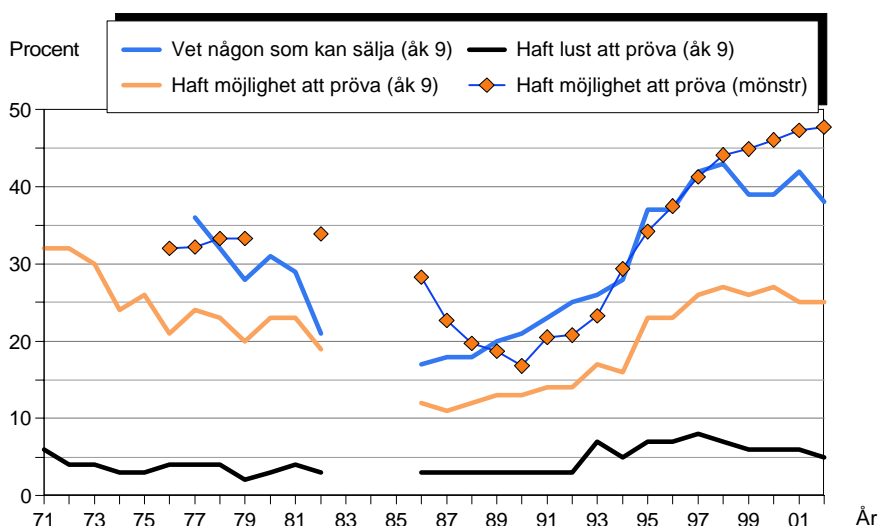


Diagram 23. Andelen elever i årskurs 9 bland dem som aldrig använt narkotika, som "haft lust" att pröva, "haft möjlighet" att pröva samt "vet någon som kan ge eller sälja narkotika", respektive andelen mönstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (i mönstringsundersökningen endast cannabis 1976-1988). 1971–2002. (Tabellerna 53 och 54)

Resultaten var tämligen oförändrade mellan 1996 och 1998. En stor majoritet tar t ex avstånd från påståenden som att ”det borde vara tillåtet att få röka hasch”, att det tillhör en ”normal tonårsutveckling att testa droger” och att ”man själv skulle få bestämma om man vill knarka eller ej”. Det enda påstående som gavs även år 2000 var ”narkotikan är ett av våra största samhällsproblem”. Omkring två tredjedelar instämde i detta alla tre åren, medan andelen som tog avstånd från detta ökade från 9 till 17%. Könsskillnaderna var totalt sett relativt små, men i några fall stod kvinnorna för en aningen restriktivare linje än männen (se *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2000*).

Resultaten visar att trots den något uppluckrade inställning till narkotika som kan avläsas i olika studier, både vad gäller handling och attityder, så har en majoritet av ungdomarna enligt TEMO-undersökningarna fortfarande en tämligen avståndstagande attityd till narkotika.

Utvecklingen bland vuxna

Mellan 1988 och 2000 har frågor om narkotikaanvändning ställts vid besöksintervjuer i riksrepresentativa urval av befolkningen 15–75 år. Enligt dessa studier har andelen som prövat narkotika ökat från 8 till 12% (tabell 57). I det aktuella åldersintervallet motsvarades detta av omkring 785 000 personer år 2000. I de allra flesta fallen gäller erfarenheten (enbart) cannabis. Normalt är det omkring 1–2% som säger sig ha prövat amfetamin respektive kokain, medan övriga narkotikasorter nämns av ännu färre.

Den största andelen som prövat narkotika återfinns i åldersgruppen 30–49 år (17% år 2000) och i denna grupp har det skett en liten ökning 1988–2000. Bland 15–29-åringarna minskade andelen som prövat narkotika mellan 1988 och 1990-talets första hälft, men har därefter åter ökat och uppgick till 13% 2000. Bland dem över 50 år är narkotikaerfarenhet mera sällsynt, även om det skett en liten ökning också i denna grupp (till 5% år 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 runt en fjärdedel som debuterat först då de var 20 år eller äldre.

Av tabell 58 framgår att 1% av befolkningen svarat att de använt narkotika de senaste 12 månaderna. Den årsaktuella narkotikaerfarenheten var störst bland yngre män och obefintlig i gruppen 50–75 år.

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det ofta närapå dubbelt så många män som kvinnor som prövat narkotika. Enligt tabell 57 var andelarna 16 respektive 8% för år 2000. Även årsaktuell användning förekom främst bland män (tabell 58).

Bland 15–16-åringarna i årskurs 9 förekommer inga större könsskillnader vad det gäller narkotikaerfarenheten. Enligt ungdomsundersökningarna (16–24 år) är dock narkotikaerfarenhet normalt 1,5 gånger vanligare hos män än hos kvinnor, vilket även gäller årsaktuell användning. Mer eller mindre tydliga könsskillnader i samma riktning framkommer normalt även i olika lokala undersökningar bland gymnasieungdomar (se t ex Guttormsson et al 1995 och Grönberg 1997). Således framträder könsskillnaderna först i de övre tonåren.

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% (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1977). Successivt spreds narkotikan över landet och förekommer idag i stort sett överallt i Sverige. Samtidigt är de regionala variationerna fortfarande stora.

Enligt TEMOs befolkningsundersökningar föreligger tydliga regionala skillnader i narkotikaerfarenheten. I regel är det åtminstone dubbelt så vanligt att boende i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) har prövat narkotika jämfört med boende på mindre orter och i glesbygdsregioner. Även i ungdomsundersökningarna framkommer likartade geografiska skillnader. Detta mönster återfinns också för skolorna i årskurs 9 (se tabell 14).

Också i mönstringsundersökningarna avtar narkotikaerfarenheten med avtagande befolkningstäthet. År 2002 uppgav runt 25% av artonåringarna i storstadsregionerna att de prövat narkotika, vilket var dubbelt så många jämfört med dem som vuxit upp på landsbygden. 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 tre gånger så hög i storstäderna jämfört med landsbygden.

I tabell 17 presenteras 2002 års mönstringssiffror länsvis. Narkotikaerfarenheten var högst i Stockholms, Uppsalas, Västra Götalands samt Jämtlands län och lägst i Östergötlands, Blekinge, Örebro samt Västmanlands län.

Sociala faktorer

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

Av skolundersökningen år 2002 framgick exempelvis att de som prövat narkotika i högre grad än andra uppgett att de trivdes dåligt i skolan (15% jämfört med 7%) och att de skolkade flera gånger i månaden eller oftare (22% jämfört med 6%).

I mönstringsundersökningarna från 1999 framkom att narkotikaerfarenhet var dubbelt så vanlig bland dem som endast hade grundskoleutbildning, jämfört med dem som gick på gymnasiet. Vidare var narkotikaerfarenheten år 2002 tre gånger så vanlig bland dem som varken arbetade eller studerade vid mönstringstillfället, jämfört med dem som studerade, medan regelbunden användning var sex gånger så vanlig. Gruppen som arbetade vid mönstringstillfället intog där en mellanställning.

Enligt ungdomsundersökningen från 1998 var det ca 14% av 19–24-åringarna som arbetade respektive studerade som hade prövat narkotika, medan siffran för dem som var arbetslösa uppgick till 20%. För år 2000 var motsvarande siffror 17 respektive 22%. I mönstringsundersökningen har även framkommit skillnader mellan personer med utländsk bakgrund (själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar. Bland de förstnämnda hade 22% prövat narkotika, jämfört med 15% bland de sistnämnda.

Ovanstående skillnader accentueras normalt sett till aktuell/regelbunden användning. Detta innebär att de 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.

Utvecklingen av tungt missbruk

När det gäller utvecklingen av mera allvarliga former av narkotikaanvändning är det förenat med betydande svårigheter att bedöma utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Åren 1979, 1992 och 1998 är möjligen undantagna eftersom landsomfattande kartläggningar genomfördes under dessa år, vilka tillåter mer utförliga beskrivningar. Avsnittet inleds med en presentation av resultaten från dessa undersökningar.

Ett annat sätt att försöka beskriva utvecklingen av tungt missbruk är att använda olika s k indikatorer, dvs icke individrelaterade uppgifter om olika företeelser som ändå torde ha samband med narkotikamissbruk. I detta avsnitt kommer utvecklingen av beslags- och kriminalstatistik, narkotikarelaterad vård och narkotikarelaterade dödsfall att redovisas. Sammantagna kan sådana indikatorer antas ge en någorlunda god bild av utvecklingen över tid.

Landsomfattande kartläggningar

För att få en bättre bild av narkotikamissbrukets omfattning lät Narkomanvårdskommittén (1969) genomföra en s k case-finding undersökning i Storstockholm 1967. I undersökningen inrapporterades ca 2 500 personer som injicerade eller missbrukade narkotika regelbundet. Liknande och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1980), 1992 (Olsson et al 1993) och 1998 (Olsson et al 2001) och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterade missbrukande personer (cases) de hade kännedom om. Med en särskild statistisk metodik är det sedan möjligt att beräkna och lägga till mörkertalet, d v s det antal missbrukare som myndigheterna saknade kännedom om (se kapitel 2).

Av naturliga skäl finns det en osäkerhet förknippad med case-finding undersökningar. De framräknade siffrorna bör därför snarare ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar. Härtill kan läggas att skattningens storlek också påverkas av hur man definierar ”tungt missbruk”. I föreliggande undersökningar innefattar definitionen personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna.

I kartläggningen från 1998 reviderades de tidigare mörkertalsberäkningarna, eftersom vissa antaganden modifierats samtidigt som de statistiska metoderna förfinats. För 1979 angavs antalet tunga missbrukare 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). Kartläggningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner. Även om undersökningen 1998 baserades på ett ännu mindre urval än den från 1992, och därmed kan betraktas som den osäkraste ur antalsskattningssynpunkt, bedömdes det möjligt att ge en skattning även utifrån denna.

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%.

Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och har legat runt en knapp fjärdedel i alla tre undersökningarna. Medelåldern ökade från 27 via 32 till 35 år 1998. I diagram 24 (och tabell 59) redovisas en mer detaljerad bild av åldersutvecklingen. Det framgår att antalet missbrukare i åldersgruppen 30–34 år och däröver var störst i kartläggningen från 1998. Antalet tunga missbrukare yngre än 30 år var störst 1979 (ca 10 300 personer). År 1992 uppgick de till

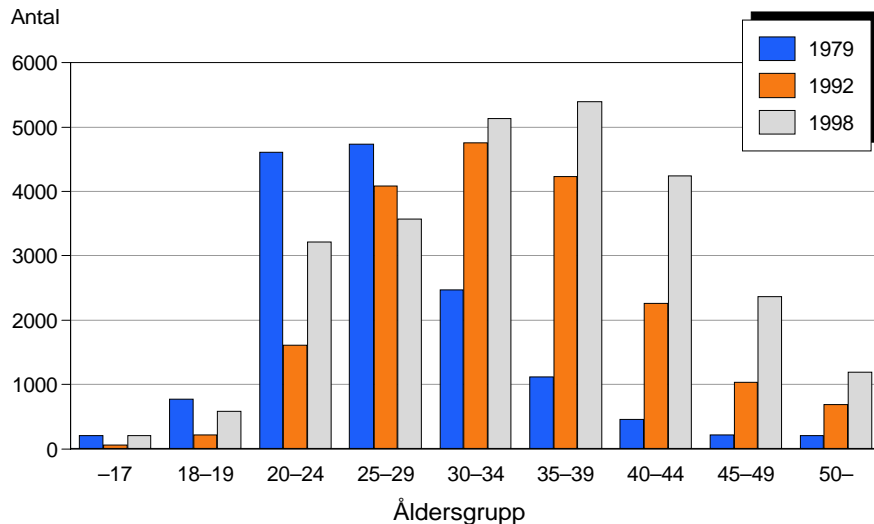


Diagram 24. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000). (Tabell 59)

6 000 och 1998 hade de ökat och utgjorde 7 600 personer. Även sett till personer under 20 år hade nedgången brutits eftersom de ökade från 300 personer 1992 till 800 1998.

De allra flesta 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. Andelen som angett ha cannabis som dominerande medel har minskat kraftigt, från 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 färre uppgiftslämnare som kunnat 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. Längre fram i detta avsnitt redovisas uppgifter om den regionala fördelningen av det tunga missbruket enligt dessa studier.

Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt görs ett försök att analysera narkotikautvecklingen med hjälp av tillgängliga indikatorer. Enligt dessa, och andra källor, etablerades det ”moderna” missbruket under perioden 1965–1969. Något som pekar på detta är bl a narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott (tabellerna 60 och 65). 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.

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 80), 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 83).

Under andra hälften av 1970-talet förefaller nyrekryteringen enligt flertalet indikatorer ha ökat på nytt, man kan t ex notera en markant ökning av den narkotikarelaterade dödligheten (till runt 80 dödsfall årligen). Vidare inträffade en topp i antalet hepatitsmittade 1975–1977. Detta hänger sannolikt samman med att heroinet under denna tid blev allt vanligare, vilket också illustreras av att heroinbeslagen ökar (tabell 64).

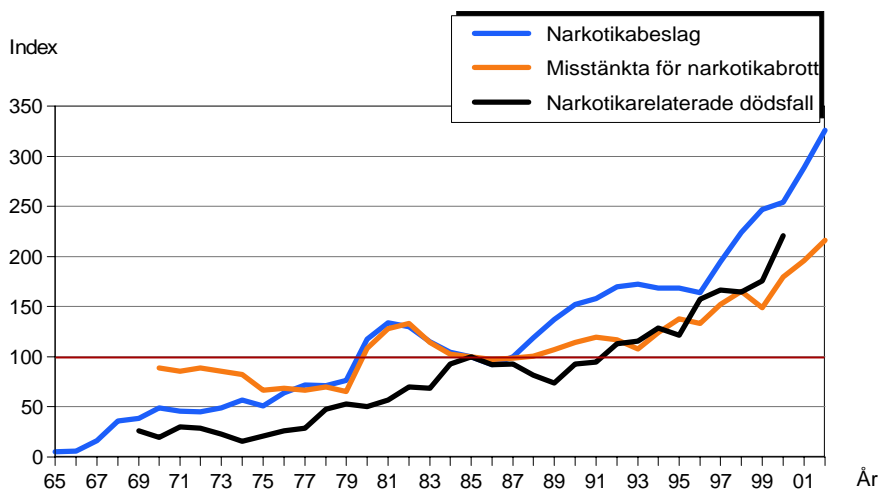


Diagram 25. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2002. Index 1985=100. (Tabellerna 60, 68 och 83)

I diagram 25 visas utvecklingen för antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till antalet invånare och har indexerats med 1985 satt till 100 (tabellerna 60, 68 och 84).

Framförallt de kriminalstatistiska uppgifterna visade en mycket påtaglig topp under början av 1980-talet. Antalet anmälda brott mot narkotikastrafflagen ökade (tabell 65), liksom antalet personer misstänkta för narkotikabrott. Av diagrammet framgår också att antalet narkotikabeslag steg kraftigt (tabellerna 60–64). Även de narkotikarelaterade dödsfallen ökade, liksom antalet narkotikamissbrukare inom kriminalvården (tabellerna 75, 76 och 77).

Som tidigare nämnts kan beslags- och rättsstatistiska uppgifter i hög grad spegla omfattningen av myndigheternas arbetsinsatser och inriktning. Under den aktuella perioden skedde flera förändringar av betydelse för polisens och tullens arbete mot narkotika. Polisen fick under denna period också vidgade resurser (se t ex tabell 65) och inriktade i ökad utsträckning sina insatser mot de senare leden i distributionskedjan (Kassman 1998). Detta ledde till fler beslag, fler misstänkta personer och fler uppdagade brott, samtidigt som mängderna och brottens allvarlighetsgrad tenderade att minska (se även Solarz 1983).

Under senare 1980-tal indikerar flertalet av indikatorerna att nyrekryteringen till allvarigare former av narkotikamissbruk avmattades. Dock gäller för de flesta sifferserierna att nivåerna under senare hälften av 1980-talet ändå var högre än på 1970-talet.

Flertalet indikatorer pekar på att utvecklingen under 1990-talet varit ogynnsam. Till exempel har antalet individer som slutenvårdats för narkotikarelaterade diagnoser under ett visst år mer än fördubblats mellan 1987 och 2001, från ca 1 800 personer till 4 700 (diagram 28 och tabell 78).

Även den narkotikarelaterade dödligheten har mer än fördubblats under perioden, från 143 avlidna 1990 till 353 år 2000 (tabell 83 och diagram 30). Antalet avlidna yngre än 30 år varierade omkring 40 personer 1990–1998, men uppgick till närmare 100 år 2000. Om narkotikadödligheten enligt diagram 25 kommer att fortsätta följa de övriga kurvorna så innebär det att dödstalen kommer att fortsätta öka även 2001 och 2002.

Förklaringar till ökningarna av sjuk- och dödligheten, förutom att missbrukarna ökat i antal, kan vara en ökande sårbarhet hos en åldrande missbrukspopulation samtidigt som dessa har kommit att använda allt farligare droger och drogkombinationer. En viss försiktighet vid jämförelser över tid bör också iakttas på grund av ändringar i diagnosklassificeringarna, senast detta skedde var 1997 (se även tabellkommentarerna). För hepatit C gäller att antalet smittade intravenösa missbrukare halverats sedan 1990-talets början, då sådan diagnos blev möjlig, till ca 1 300 år 2002. Även antalet intravenöst hiv-smittade

Narkotikautvecklingen

missbrukare minskade successivt under 1990-talet, från 43 personer 1990 till 17 stycken år 2000. De två senaste åren innebär dock ett negativt trenderbrott med i snitt 33 hivsmittade missbrukare årligen anmälda.

Antalet narkotikabeslag av tull och polis uppgick till närmare 22 000 år 2002, vilket är mer än en fördubbling jämfört med 1990 (tabell 60 och diagram 25). I synnerhet sömnmedelsbeslagen har ökat kraftigt, men även amfetamin- och heroinbeslagen uppvisade också tydliga ökning (se diagram 31 och 32).

Antalet personer misstänkta för narkotikabrott fördubblades mellan 1990 och 2002 och uppgick till ca 14 400 det sistnämnda året (tabell 68). Huvudsakligen var det de lindrigare brotten innehav respektive eget bruk av narkotika som stod för ökningen och antalet grövre brott har varit oförändrat.

Mellan 1990 och 2001 har narkotikalagföringarna fördubblats och uppgick till ca 14 100 det sistnämnda året. Sammantaget visar lagföringsstatistiken att det skett en uppenbar ökning av antalet och andelen unga under 1990-talet. Mellan 1975 och 1993 minskade andelen lagförda som var under 25 år, från 67 till 20%. Därefter har antalet yngsta närmare fyrdubblats, från ca 1 500 1993 till över 5 300 2001, och utgjorde 38% av lagföringarna 2001 (diagram 26 och tabell 69). Andelen lagförda över 40 år utgjorde 3% 1975, 12% 1990 och 22% år 2000. Sistnämnda året motsvarade det ca 3 000 personer.

Av diagram 26 och tabellerna 71–73 framgår att de yngre ökat i synnerhet för cannabis. Lagförda för centralstimulantia respektive opiater är äldre, och trenderbrottet med en större andel yngre är inte lika tydligt och kom dessutom något senare. År 2001 var dock 24% av de opiatlagförda 24 år eller yngre, jämfört med 15% 1990. I absoluta tal har gruppen femdubblats.

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 ökade under åtminstone första hälften av 1990-talet (tabell 65). Till exempel uppgick antalet narkotikaprovtagningar på personer misstänkta för eget bruk till ca 6 400 1994 och till 11 900 år 2001. Sådana, och andra förhållanden, kan delvis förklara ökningarna i kriminalstatistiken.

Antalet narkotikamissbrukare som var föremål för kriminalvård den 1 april ett visst år har legat runt 4 400 personer sedan 1999. Jämfört med 1970 är detta närmast en fördubbling och ökningen har varit relativt konstant (tabell 75). Även antalet missbrukare i anstalt har enligt dessa tvärsnittsuppgifter ökat. På 1970-talet låg det årliga genomsnittet missbrukare i fängelse runt 1 100, medan antalet hade ökat till 2 000 år 2002 (tabell 76). Relaterat till samtliga intagna tal har ökningarna av narkotikamissbrukare varit ännu större, i och med att antalet icke-missbrukare inom kriminalvården ökat i mindre omfattning.

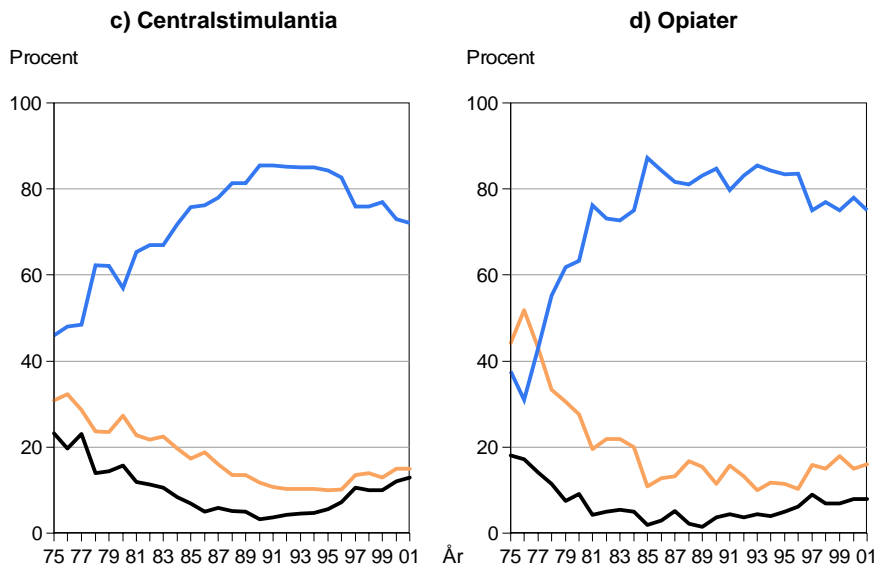
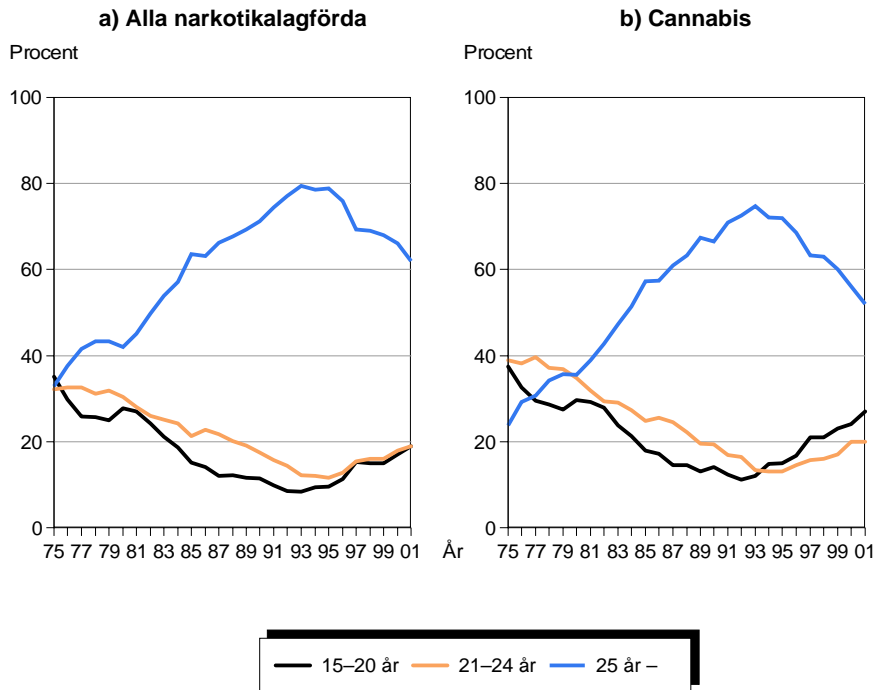


Diagram 26. Fördelningen på olika åldersgrupper av a) narkotikalagförda (NSL och VSL) respektive andelen som dömts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) när brottet gällt b) cannabis, c) centralstimulantia, d) opiatier. 1975–2001. (Tabellerna 69 och 71–73)

Narkotikautvecklingen

Enligt tabell 77 intogs under 2001 totalt ca 9 300 individer på anstalt under detta år. Sextio procent av dessa bedömdes vara narkotikamissbrukare, varav tre fjärdedelar bedömdes vara grava missbrukare. I början av 1990-talet bedömdes endast ca 30% av de intagna vara narkotikamissbrukare. Ökningen beror mer på att totala antalet intagna minskat än att missbrukarna ökat i antal, även om dessa blivit ca 1 300 fler mellan 1988 och 2001.

Trots att en del av uppgångarna i ovanstående indikatorer kan förklaras av andra orsaker än ett ökat antal missbrukare, är det ändå inte orimligt att dra slutsatsen att redovisade data också speglar en faktisk uppgång av missbruket. Satt i relation till de tidigare redovisade antalsräkningarna, där antalet tunga narkotikamissbrukare befanns ha ökat från ca 19 000 till 26 000 mellan 1992 och 1998, förefaller en sådan tolkning riktig.

Könsskillnader

Liksom för alkoholmissbruk är andelen kvinnor lägre även bland narkotikamissbrukarna, något som normalt är giltigt både i Sverige och utomlands. I antalsräkningarna av tunga missbrukare från 1979, 1992 och 1998 var andelen kvinnor stabil och uppgick till 24, 22 respektive 23%.

Av tabell 69 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–1999 stadigt har legat runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2001 har också varit tämligen stabil, men högre (ca 30% enligt tabell 78). Könsfördelningen var i stort sett densamma bland alla intravenösa missbrukare som inrapporterats som hivsmittade t o m 2002 (29% enligt tabell 81). Av tabell 83 framgår att mellan 1969 och 2000 har andelen kvinnor bland de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort 27%, med något högre andelar på 1980-talet (runt 30%) och något lägre sedan 1990 (ca 22%).

Med antalsräkningarna som utgångspunkt förefaller det rimligt att dra slutsatsen att kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är något överrepresenterade vad gäller sjuklighet.

Regionala skillnader

Framförallt när det gäller tyngre former av narkotikamissbruk förekommer stora regionala variationer. Nedan redovisas data som belyser utvecklingen i storstadsområdena och i övriga landet. I huvudsak används uppgifter från 1998 års case-findingstudie, vilken även tar upp utvecklingen sen slutet av 1970-talet (diagram 27).

Stockholm

I slutet av 1960-talet räknades antalet tunga narkotikamissbrukare i huvudstaden till drygt 3 000. Det vanligaste missbrukspreparatet var centralstimulantia medan opiater endast stod för en mindre andel. Medelåldern var omkring 25 år och ungefär en fjärdedel av missbrukarna var kvinnor.

Enligt de justerade beräkningarna av 1979 års data låg antalet på ungefär samma nivå som i slutet av 1960-talet. Detta var som nämnts en etableringsperiod och det är svårt att avgöra vad som verkligen hände under denna tid. Det är mot bakgrund av tillgängliga data lättare att uttala sig om perioden 1979 och därefter. I linje med antagandet om en låg nyrekrytering under 1980-talet var skattningen 1992 bara obetydligt högre än 1979. Mellan åren 1992 och 1998 har ökningen däremot varit påtaglig (ca 40%). Ökningen har varit än mer dramatisk (120%) när det gäller Stockholms län exkluderat Stockholms stad (kommun).

Uttryckt som antalet tunga narkomaner per 100 000 invånare gick Stockholms stad från 793 stycken 1992 till 1 026 1998. Motsvarande utveckling i resten av länet gick från 287 till 628. 1998 var förekomsten i staden alltså fortfarande större men utvecklingen i kranskommunerna har varit mer uttalad. I Stockholms stad fanns det största antalet tunga narkomaner 1998 (grovt räknat omkring 4 800), men kommunen kommer på en andraplats när hänsyn tagits till befolkningens storlek. Som den mest problematiska kommunen i det här avseendet räknas Malmö, även om Stockholm som helhet hade den största ökningstakten mellan åren 1979 och 1998 (diagram 27).

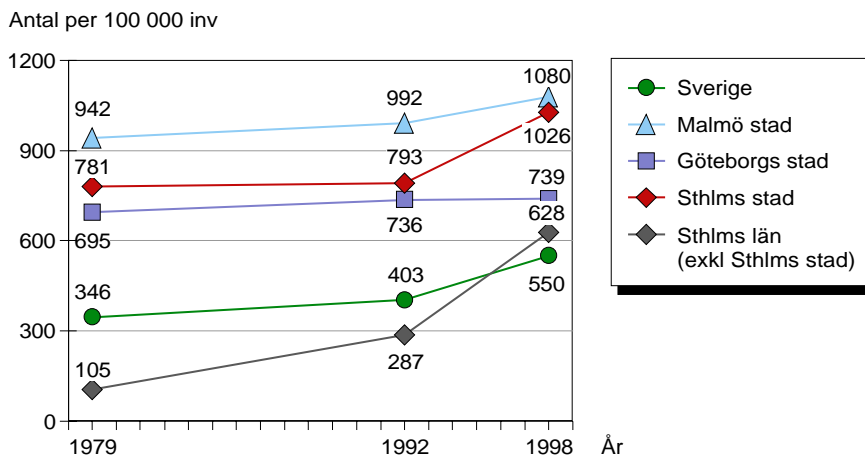


Diagram 27. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001)

Malmö

Malmö socialförvaltning lät 1977 genomföra en case-finding undersökning för att kartlägga det tunga narkotikamissbruket i kommunen (Svensson och Norén 1977). I denna rapporterades drygt 700 personer. Medelåldern var 26 år och andelen kvinnor var ca en fjärdedel. Centralstimulantia var dominerande preparat för omkring hälften av personerna, medan heroin dominerade för drygt en tredjedel.

Utifrån UNOs undersökning 1979 bedömdes det totala antalet tunga narkotikamissbrukare i Malmö vara mellan 1 100–1 500 personer. Även i den nationella undersökningen 1992 uppskattades antalet ligga inom det nämnda intervall, även efter det att datamängderna återanalyserats i samband med Max-studien 1998. Under 1980-talet var nyrekryteringen begränsad, något som även understryks av det relativt stabila antalet misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen. Denna trend har vänt och antalet narkotikamisstänkta personer ökade under 1990-talet, något som även gällde utskrivningar från sjukhus, även om de var något färre år 2000 än 1998.

Malmö har alltsedan 1970-talet, satt i relation till befolkningen, haft den största förekomsten av tungt missbruk. Under 1990-talet ökade missbruket från en således redan hög nivå (diagram 27). År 1998 låg det uppskattade antalet tunga missbrukare i storleksordningen 1 600 personer för Malmö kommun. I Brottsförebyggande rådets "Narkotikastatistik" (Brå 2002) kan man konstatera att Skåne är det län som har flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (219 per 100 000). Utöver detta är, kanske föga förvånande, Skåne den region där smuggling av narkotika är vanligast. Under en följd av år har regionen stått för runt 60% av de som misstänkts för narkotikasmuggling (tabell 66).

Göteborg

I en av Göteborgs socialförvaltning genomförd undersökning 1987/88 redovisades, efter korrigering för bortfallet, mellan 1 400 och 2 000 personer med ett tungt narkotikamissbruk. Detta är i stort sett i nivå med det antal som UNO redovisade för 1979 (även efter korrigeringar).

Göteborg ingick inte i 1992 års undersökning. Om man antar att missbruket utvecklats ungefär som i Stockholm och Malmö (inget tyder på att denna region skulle avvika på något avgörande sätt) torde antalet missbrukare vid denna tidpunkt hålla sig inom det intervall som angavs 1987/88. I Max-studien 1998 deltog Göteborg och skattningen låg på drygt två tusen missbrukare. Mot bakgrund av dessa data förefaller det som om utvecklingen i regionen går att beskriva som ganska oförändrad.

Något som delvis motsäger detta är den narkotikarelaterade sjukhusvården. Mellan 1992 och 1998 nästan tredubblades antalet narkotikarelaterade ut-

skrivningar i Västra Götalands län (tabell 79). Bortsett från att de geografiska områdena skiljer sig, skulle en möjlig förklaring till ökad vårdefterfrågan kunna vara ökad förekomst av heroin. Göteborg har tidigare kännetecknats av att heroin var relativt ovanligt. Data från patientregistret visar att de som vårdats för opiatberoende mot slutet av 1980-talet var runt 5% av det totala antalet vårdade med diagnosen narkotikaberoende. Under den senare delen av 1990-talet hade denna kategori dock ökat till mellan 15 och 20%.

Övriga landet

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

Av tabell 66 framgår att storstadslänen stått för ca 85% av de misstänkta narkotikasmugglingsbrotten. Eftersom mycket av narkotikan når Sverige via Skåne län är inte detta något konstigt. Vad gäller andelen misstänkta för andra narkotikabrott är storstadslänens andel mindre och har dessutom minskat mellan 1990 och 2002, från ca 70% till 60% (tabell 67). Med tanke på att knappt hälften av landets befolkning är bosatt i något av storstadslänen så kan man fortfarande notera en viss underrepresentation för övriga landet vad gäller narkotikabrott.

Andra data som tyder på en ökning utanför storstadsområdena är utskrivningar i narkomanidiagnoser. Mellan åren 1987 och 1996, härrörde 20–25% av slutenvårdsutskrivningarna från län som inte tillhörde något av de tre storstadsområdena. De fem senaste åren har denna andel emellertid uppgått till i genomsnitt 34%, och i absoluta har det skett mer än en fördubbling mellan 1996 och år 2001 (tabell 79). Av alla inrapporterade fall av intravenöst hivsmittade så kom dock inte mer än 18% av fallen från (tabell 82). Enligt tabell 84 har icke storstadslän bidragit med ca 25% av de narkotikarelaterade dödsfallen sedan 1987. Eftersom narkotikadödligheten ökat kraftigt sedan dess innebär detta dock en tredubbling av dödsfallen i absoluta tal.

Sociala faktorer

Det är med drogmissbruk som med andra hälso- och sociala problem ytterst sällan fråga om en enskild bakomliggande orsak. Orsakssambanden är komplexa och varierar dessutom på individ-, grupp-, och samhällsnivå. En individs droganvändning är således resultatet av en interaktion mellan individuella egenskaper, familje- och miljöfaktorer. Även genetiska, biologiska, såväl som personliga egenskaper spelar in. Det är t ex ingen tvekan om att drogmissbruk och kriminalitet hänger samman, bortsett från att droganvändning är kriminell i sig. Men trots att många kriminella använder droger och att

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

Alltså skiljer sig missbrukare som grupp sig 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) fann t ex ett signifikant samband mellan missbruk och ett antal sociala variabler. Om man rangordnar dessa faktorer blir listan följande: bruk av andra droger, kriminellt beteende, relationen till föräldrarna, skolprestation, personliga egenskaper och fritidsanpassning.

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

En studie kring missbrukares levnadsförhållanden under perioden 1987–1994 visade dessutom att narkotikamissbrukare är utsatta på så vis att när ekonomin i samhället försämras så drabbas denna avvikande grupp snabbare och hårdare än många andra. Mot slutet av 1980-talet hade trots allt en majoritet av missbrukarna (75%) en arbetsinkomst av något slag (d v s mer än 0 kronor per år). Runt 1990 försämrades den svenska ekonomin och 1994 hade bara hälften av missbrukarna någon arbetsinkomst överhuvudtaget. Heroinmissbrukarna hade de mest problematiska levnadsförhållandena (Svensson 2000).

Det finns tecken som tyder på att narkomanernas situation ytterligare försämrats sedan dess. Max-studien visade att 1998 hade 60% av de tunga missbrukarna 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

Vård

Med en vårdambition att uppnå varaktig drogfrihet har Sverige kommit att bygga mycket av insatserna på långvariga institutionsbehandlingar, medan insatser som inte ställer lika höga krav på missbrukarna att uppnå drogfrihet fått lägre prioritet (Folkhälsoinstitutet 1993). Under senare år har man dock kunnat notera en övergång från längre till kortare vårdtider inom institutions-

vården, en minskad användning av tvångsvård och mera av öppenvårdsinsatser. Samtidigt har det också skett nedskärningar och vårdens omfattning svarar inte mot behovet, något som även gäller innehållet (SOU 2000:126).

Ambitionen kan sägas ha varit att upprätta en sammanhållen vårdkedja med uppsökande verksamhet och öppenvård, avgiftning och motivation, institutionsbehandling och eftervård. Merparten av verksamheten har bedrivits inom ramen för socialtjänst och sjukvård, men enskild vård, frivilliga organisationer och andra privata vårdgivare har också funnits liksom särskilda vårdavdelningar inom kriminalvården. Eftersom omfattningen av och prioriteringarna varierat kraftigt, är det svårt att dra några säkra slutsatser om missbruksutvecklingen utifrån vård- och behandlingsstatistiska uppgifter. Sannolikt speglar statistiken mycket de prioriteringar som för tillfället dominerar. Narkotikakommissionen påpekar också i sitt slutbetänkande att statistik, uppföljning och annan dokumentation är bristfällig och svårtolkad (SOU 2000:126).

Inom socialtjänsten är det nästan bara för tvångsvård enligt LVM som det går att urskilja uppgifter gällande narkotikamissbruk, eftersom statistiken över frivilligt intagna enligt socialtjänstlagen (SoL) inte särskiljer alkohol- respektive narkotikamissbrukare. Från det att LVM trädde ikraft år 1982 ökade antalet tvångsvårdade en viss dag varje år (den 1 november) med narkotika i sin missbruksbild från några enstaka personer under 1983 till runt 300 i mitten på 1990-talet, varefter antalet minskat, även om 2001 års siffra (183 personer) innebar en ökning (tabell 29). Det är omöjligt att dra några slutsatser kring narkotikamissbrukets omfattning utifrån dessa uppgifter, vilka kanske snarast sannolikt illustrerar en prioritering av andra vårdformer.

Inom sjukvården, som i Sverige inte varit särskilt omfattande när det gäller specialiserad narkomanvård, sker merparten av vården på särskilda narkomanvårdsavdelningar eller på psykiatriska kliniker. Avgiftningar och vård av psykiatriska komplikationer till följd av missbruket är de vanligaste insatserna. Antalet utskrivningar med diagnosen narkomani från slutenvården har mer än fördubblats inom en 14-års period, något som även gällde antalet unika klienter (tabell 78 och diagram 28). Enligt patientregistret skrevs 1 800 personer ut från sådan vård 1987, jämfört med 4 700 under 2001. Till dessa fall skall läggas infektionsklinikernas behandlingar av hepatit hos injektionsmissbrukare samt, i mindre omfattning, aidssjuka narkomaner.

Ett mått på nyrekryteringen till missbruk är de som vårdats för första gången någonsin. Mot slutet av 1980-talet och under den första hälften av 1990-talet var antalet klienter mellan 1 300 och 1 500 per år. Sedan 1997 ligger nivån runt 2 000 personer. Detta år infördes nya diagnosklassifikationer, vilket sannolikt förklarar den nya nivån (tabell 78 och diagram 28). Den uppgift som synes ha påverkats minst av ICD-kodsbytet är antalet årligen vårdade unika individer.

Narkotikautvecklingen

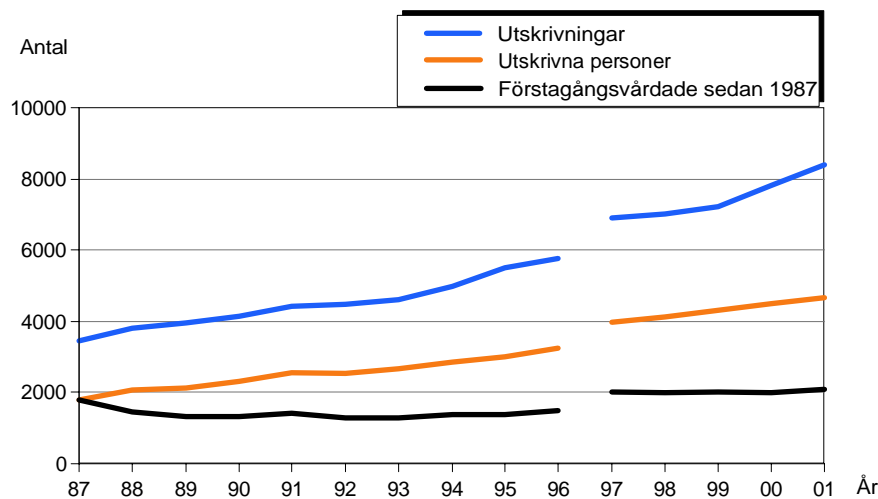


Diagram 28. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2001. (Tabell 78)

Underhållsbehandling med metadon för heroinmissbrukare har funnits i Sverige sedan 1966. Vården bedrevs under många år som försöksverksamhet vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala, men kom 1983 att betraktas som en reguljär verksamhet inom sjukvården, om än med restriktioner i form av föreskrifter från Socialstyrelsen. Från 1983 var patientantalet begränsat till 150, men i och med att hiv och aids började spridas bland heroinister skedde en omprövning och tillstånd gavs att successivt utvidga verksamheten och fr o m 1999 tillåter man 800 klienter i programmet. Mellan 1967 och 1987 bedrevs metadonbehandling enbart med Uppsalaprogrammet som ansvarigt. Idag har verksamheten utvidgats till att också gälla Stockholms län, Malmöhus län samt en vårdenhet inom Malmö kommuns sjukvård.

Kriminalvård

Många narkotikamissbrukare döms till fängelsestraff eller andra påföljder. Skattningar vid årliga undersökningar den 1 april visar att antalet intagna narkotikamissbrukare en viss dag ökat från drygt 1 100 under 1970-talet till drygt 2 000 år 2002, vilket utgjorde ca hälften av samtliga intagna (tabell 76). Detta stämmer för övrigt väl överens med en specialstudie kring fångars levnadsförhållanden – 46% av de intervjuade fångarna uppgav att de var regelbundna användare av narkotika innan frihetsstraffets början (Nilsson och Tham 1999).

För att i någon mån kunna möta dessa missbrukares vårdbehov finns ett antal motivations- och behandlingsplatser på fängelserna. Av missbrukarna befann sig en viss dag en tredjedel i någon form av rehabiliterande verksamhet mot

narkotikamissbruk. År 2001 var 513 personer placerade i särskilda motivations- och behandlingsplatser på anstalterna och 117 personer var placerade utom anstalt i enlighet med kriminalvårdslagens (KvaL) 34 §, oftast på behandlings- eller familjehem (Kriminalvårdsstyrelsen 2002a).

Inom kriminalvårdens frivård har ökningen av antalet narkotikamissbrukare varit kontinuerlig sedan slutet av 1960-talet och antalet uppgick till drygt 4 400 den 1 april 2002 (tabell 75). Sedan 1988 kan narkotikamissbrukare som alternativ till att dömas till fängelse få hjälp för sina missbruksproblem genom s k kontraktsvård. Det innebär att missbrukaren döms till skyddstillsyn med särskild föreskrift enligt en behandlingsplan. I domen anges vilket fängelsestraff personen skulle ha fått om fängelse utdömts. Vid misskötsamhet kan domen ändras till fängelse i en ny rättegång. Omkring hälften av de personer som fått kontraktsvård har varit narkotika- eller blandmissbrukare. Placering på behandlingshem är den vanligaste vårdformen (Ahlberg 1996). Antalet kontraktsvårdsdomar ökade från strax under 500 budgetåret 1992/93 till nära 1 500 under 2001 (Kriminalvårdsstyrelsen 2002b).

Smittsamma sjukdomar

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder narkotikamissbruk till allvarliga fysiska eller psykiska 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 de 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 förhållanden i missbrukarens miljö och livsföring större roll för sjukligheten och dödligheten än preparaten i sig. Framförallt beror detta på ett utbrett blandmissbruk, användning av orena sprutor, samt allmänt svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld.

Det finns relativt lite systematisk information eller statistik som speglar narkotikamissbrukares sjuklighet och dess förändring över tid. Detta beror främst på att det inte går att skilja ut missbrukarna ur statistiken över sjukdiagnoser (bortsett från själva narkomanidiagnosen). Smittskyddslagens bestämmelser gör dock att uppgifter om antalet fall av hepatit (gulsot) och hiv där injektionsmissbruk gett upphov till smittan finns tillgängliga (tabellerna 80–82).

Den numera vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C. Denna hepatitform identifierades 1989 och gick tidigare under benämningen ”NonAnonB”. Närmare 80% av de som smittas blir kroniska bärare av viruset och utav dessa beräknas ca 20–30% utveckla levercirrhos inom loppet av 10–20 år. Även vissa former av levercancer är förknippade med HCV-smitta.

Narkotikautvecklingen

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 nu kunde diagnostiseras. Under 1990-talet har antalet injektionsmissbrukare diagnostiserade med HCV minskat och så har även det totala antalet anmälda fall. Omkring två tredjedelar av samtliga HCV-fall utgörs av injektionsmissbrukare, en andel som varit ganska konstant hela 1990-talet. Totalt har sedan 1990 drygt 22 400 personer som smittats via intravenöst missbruk anmälts till Smittskyddsinstitutet (tabell 80). Vissa studier tyder på att så många som 90% av narkomanerna bär på HCV-virus (se t ex Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen 1999).

Hepatit B, den klassiska ”kanylgulsoten”, är idag av betydligt mindre omfattning än hepatit C. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga hepatit B-fall har under 1990-talet varierat mellan omkring en tredjedel och drygt hälften. Totalt diagnostiserades 289 hepatit B-fall under 2002, varav 166 var injektionsmissbrukare. Motsvarande siffror för hepatit C var 2 052 respektive 1 295.

Den smitta och sjukdom som under de senaste 15 åren mest förknippats med injicerande narkotikamissbrukare är hiv och aids. De första hiv-positiva injektionsmissbrukarna diagnostiserades 1985, många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt anmälda hiv-positiva injektionsmissbrukare rapporterades därför redan under 1985 och 1986 (totalt närmare 350 fall enligt tabell 81 och diagram 29). Mellan 1987 och 2000 sjönk antalet fall mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till något 20-tal fall per år. De två senaste åren har det dock skett en liten ökning, med i genomsnitt 33 fall årligen anmälda, d v s en dubblering mot åren innan.

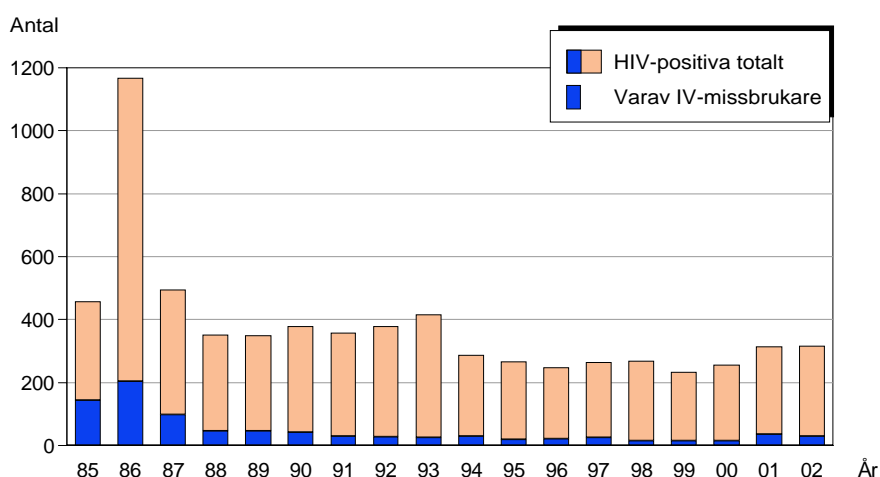


Diagram 29. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per år totalt samt antal intravenösa missbrukare. 1985–2002. (Tabell 81)

Antalet hiv-positiva narkotikamissbrukare är beroende av en rad faktorer. Den främsta riskfaktorn är självklart förekomsten av injektionsmissbruk, även om smittan överförs sexuellt också bland missbrukare. Beroende på hur sprutor och kanyler delas och används är det dessutom så att smittsamheten varit högre bland heroin- än bland amfetaminmissbrukarna. En rad andra faktorer spelar också in, t ex när smittan introducerades, utbyggnad och inriktning av narkomanvården 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 82 har Stockholms län totalt stått för ungefär två tredjedelar av de inrapporterade hiv-fallen genom åren.

Dödlighet

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är hög. Undersökningar i Stockholms län har påvisat en dödlighet bland sjukhusvårdade narkotikamissbrukare som är mer än 5 gånger högre än i normalbefolkning med motsvarande ålders- och könsfördelning. Heroinmissbrukarna hade en 16 gånger och amfetaminmissbrukarna en 8 gånger så hög överdödlighet (Tunving, Olsson och Krantz 1989). Den årliga totala dödligheten bland amfetaminmissbrukare uppskattades till omkring 1,5–2% per år, medan siffran för heroinmissbrukare var omkring den dubbla (ibid.). Kohortstudier tyder på att dödligheten är 20 gånger högre bland opiatmissbrukare än i befolkningen i motsvarande åldrar. Bland missbrukande kvinnor kan överdödligheten vara upp till 30 gånger (ECNN 2002).

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 har givetvis betydelse.

Socialstyrelsen presenterar en nationell tidsserie över narkotikarelaterad dödlighet som speglar utvecklingen sedan 1960-talet. Denna inkluderar främst dödsfall till följd av sk ”narkomani” eller till följd av ”förgiftning med narkotiska ämnen” (se bilaga 1). I dödsorsaksstatistiken redovisas dels underliggande och dels bidragande dödsorsaker. 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 sinnebilden för en narkotikamissbrukare, även om så oftast är fallet. Det kan ibland vara fråga om unga personer som vid ett 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.

Narkotikautvecklingen

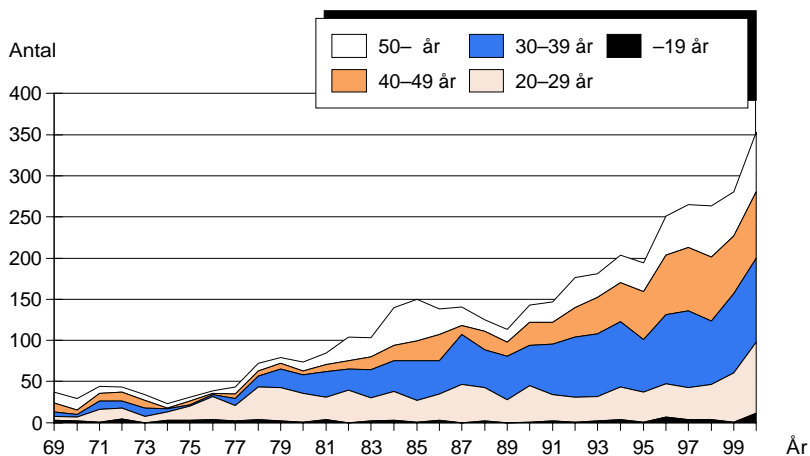


Diagram 30. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2000. (Tabell 83)

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå (tabell 83 och diagram 30). Därefter ökade antalet fall, bl a beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige och på en ökande sårbarhet och sjuklighet i och med att missbrukspopulation successivt åldrades.

Under andra hälften av 1980-talet skedde en liten nedgång, kanske som en följd av en minskad nyrekrytering till tyngre missbruk. Sedan 1990 har emellertid antalet dödsfall ökat påtagligt och år 2000 noterades 353 narkotikarelaterade dödsfall.

Sett till olika åldersgrupper var ökningen störst bland personer under 30 år. Antalet dödsfall i denna åldersgrupp, 98 stycken, var klart högre än något tidigare år. Detta tyder på att de ökande dödstalen inte enbart kan förklaras med en åldrande och sjukligare missbrukspopulation, utan även ett inflöde av nya yngre missbrukare.

Som jämförelse till Socialstyrelsens index presenteras i tabell 84 det diagnosurval som rekommenderas av det europeiska drogobservatoriet EMCDDA. Detta mått har tagits fram för att förbättra jämförbarheten länder emellan, och kallas DRD-standard version 3.0. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från EUs rekommendationer. I Sverige inkluderas inte förgiftningar med dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta medel med sin höga toxicitet leder till flera förgiftningar, samtidigt som det knappt används i andra Europeiska länder.

Den europeiska beräkningsmetoden fokuserar mera på underliggande dödsfall än den svenska, och genererar också lägre siffror. Däremot visar de båda

måtten på ungefär samma ökningstakt av de narkotikarelaterade dödsfallen. I tabell 84 presenteras även en geografisk uppdelning, och det kan konstateras att uppgångar skett såväl i storstadslänen som i övriga län, och att storstadslänen sedan 1987 stått för ca 75% av dödsfallen.

Olika narkotiska preparat

I det avslutande avsnittet redogörs kortfattat för utvecklingen för några olika narkotiska preparat. Utvecklingen kan beskrivas med olika källor och ur olika aspekter, bl a med avseende på förekomst hos olika användargrupper (t ex experimenterande ungdomar eller tunga missbrukare). En annan aspekt är tillgången mätt som beslag av polis och tull samt information om gatupriser och lagföringar för olika droger. Andra data speglar vård relaterat till specifika droger. Det bör framhållas att bilden kan variera beroende på vilken aspekt man fokuserar, exempelvis så får olika preparat olika konsekvenser i form av vårdbehov.

Cannabis

Cannabis (marijuana och hasch) är den vanligaste narkotikasorten vad gäller experimentell och tillfällig användning bland ungdomar och yngre vuxna. Intervjuundersökningar i den allmänna befolkningen visar att omkring 12% av befolkningen (15–75 år) någon gång prövat narkotika (tabell 57). Detta motsvarar bortåt 800 000 personer, och i nästan samtliga fall handlade det om cannabis.

Mönstringsundersökningen ger en bild av utvecklingen av ungdomars experimenterande med cannabis sedan 1976. Efter en ökning under andra hälften av 1970-talet svarade 1980 18% att de prövat drogen. Drygt 10 år senare hade andelen sjunkit till 5%, men efter en kontinuerlig ökning uppgick den till 17% år 2002 (tabell 55).

Mot slutet av 1970-talet ökade antalet domar och strafförelägganden för cannabisanvändning, och nådde en tillfällig topp i början av 1980-talet (4 500). Mellan 1983 och 1996 låg antalet runt 3 200, men 2001 hade cannabislagföringarna ökat till drygt 5 000 (tabell 74). Denna utveckling överensstämmer således någorlunda med det experimentella bruket.

Bland de tunga missbrukarna hade enligt de tidigare nämnda case-finding studierna åtminstone hälften använt cannabis året före undersökningen.

Tullens och polisens beslagsstatistik (diagram 31 och 32) visar att antalet cannabisbeslag ökade mycket kraftigt mot slutet av 1970-talet. Därefter fluktuerade de under en längre period, men sedan andra hälften av 1990-talet har

Narkotikautvecklingen

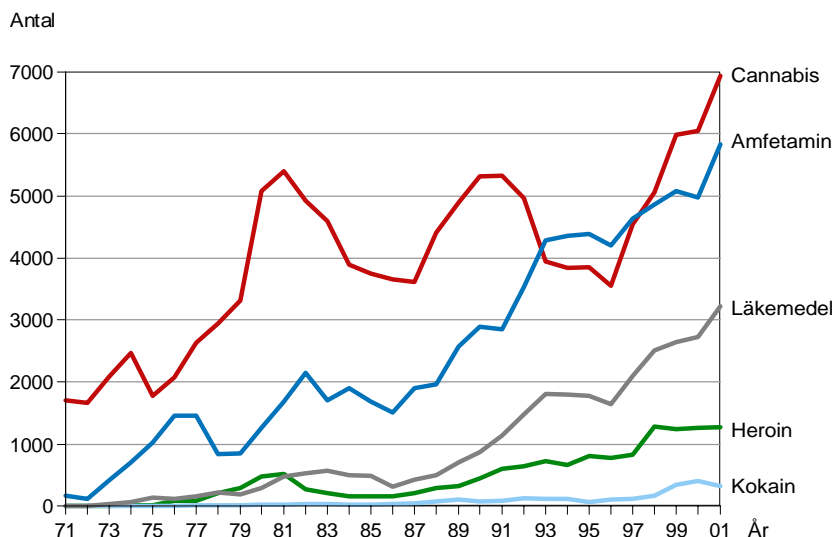


Diagram 31. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2002. (Tabell 60 och 63)

en kraftig ökning skett och 2002 var de fler än någonsin tidigare (ca 7 400). Även de beslagtagna mängderna ligger numer på en högre nivå jämfört med början av 1990-talet (se även tabell 60). Bortåt 90% av all beslagtagna cannabis var i form av hasch. Enligt CANs regionala rapporteringssystem har en viss prisminskning inträffat under 1990-talet, något som i kombination med ovanstående information tyder på att inte bara efterfrågan utan inte minst utbudet på cannabis ökat under 1990-talet.

Centralstimulantia

Sedan centralstimulerande medel, d v s främst amfetamin, började användas i större omfattning bland kriminella under 1960-talet har de utgjort en stor del av injektionsmissbruket i Sverige. Beslagen har exempelvis hela tiden legat betydligt högre än heroinbeslagen. Enligt antalsräkningarna av tunga missbrukare (UNO resp MAX) minskade dock andelen med amfetamin som dominerande medel, från 48% 1979 till 32% 1998 (Olsson et al 2001). Även vad gäller experimentell användning är amfetamin, bortsett från cannabis, vanligare än de flesta andra droger, även om denna bild ändrats något de allra senaste åren.

Amfetaminets minskande dominans relativt heroinet kan i viss mån illustreras av beslagsstatistiken. På 1980-talet var antalet amfetaminbeslag åtta gånger högre än det för heroin, jämfört med fem gånger sedan 1990 (tabell 60). Ser man till mängderna har heroinet närmast sig ännu mer (tabellerna 64 och 62). Samtidigt har amfetaminbeslagen ökat successivt sedan 1971

Narkotikautvecklingen

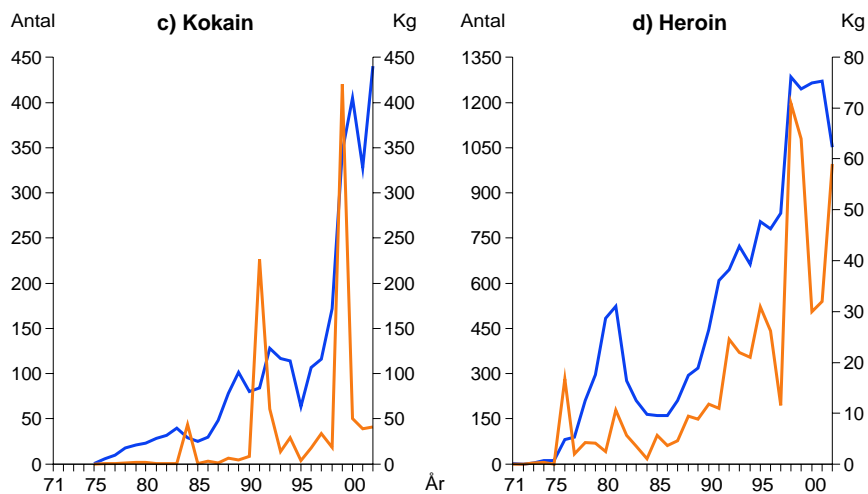
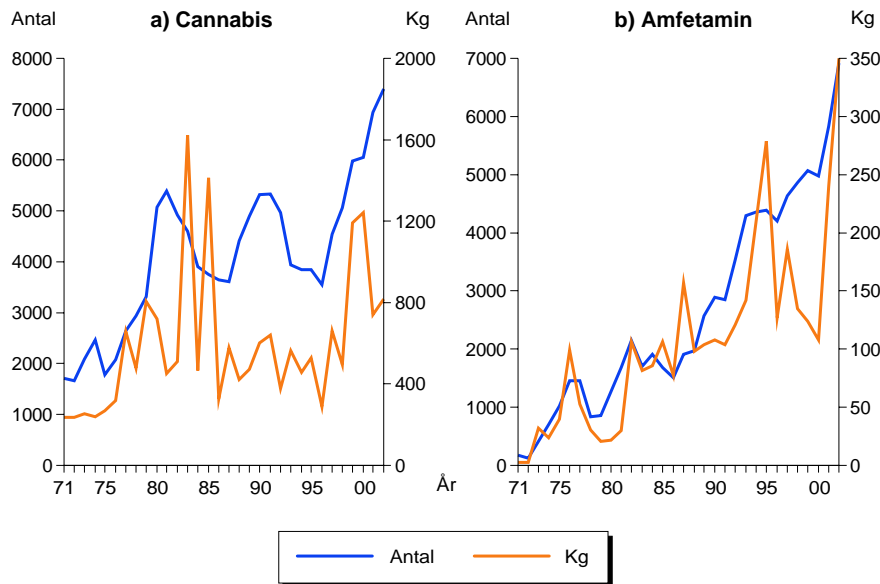


Diagram 32. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av a) cannabis, b) amfetamin, c) kokain och d) heroin. 1971–2002. (Tabellerna 61–64)

och 2002 sattes ett rekord med ca 7 000 beslag om 350 kg (tabell 62). Vad gäller priserna har dessa i princip halverats sedan början av 1990-talet. Sedan mitten på 1970-talet har antalet personer lagförda för narkotikabrott där centralstimulerande medel ingått ökat från 1 000 till 5 000 personer. Andelsmässigt gäller att centralstimulerande medel förekom i 48% av de godkända

Narkotikautvecklingen

strafföreläggandena eller domarna i mitten på 1990-talet, jämfört med 41% år 2001 (tabell 74).

Efter en nedgång under så gott som hela 1980-talet, ökade amfetaminterfarenheterna åter under 1990-talet bland de mönstrande. Sedan 1996 har 3-4% svarat att de provat amfetamin någon gång (tabell 55).

Kokain fick under senare delen av 1980-talet en viss spridning, och antalet beslag ökade från årliga 20 till 100 under 1980-talet. Ökningen, förvisso från en låg nivå, har fortsatt och år 2002 uppgick de till 440 (tabell 63 och diagram 32). De stora variationerna i beslagtagna mängder beror främst på att enstaka större partier, avsedda för andra marknader än den svenska, beslagtogs. T ex så beslagtogs 1999 398 av sammanlagt 414 kilo i tre containerbeslag i Göteborg.

Crack (kristalliserat kokain) som utgjort ett betydande inslag i kokainmissbruket i USA har endast förekommit sporadiskt i Sverige.

Ett centralstimulerande preparat som fått uppmärksamhet på senare tid 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, efedrin och kokain och är en färskvara – tiden mellan skörd och konsumtion bör inte överstiga 72 timmar. Kat narkotikaklassades i Sverige 1989, och används mest av invandrare från Östafrika. År 2002 beslagtogs tull och polis 4,2 ton fördelade på 241 beslagstillfällen.

Heroin och andra opiater

Under 1960-talet dominerades opiatmissbruket av råopium, vilket sedan ersattes av morfinbas. Under mitten av 1970-talet ökade beslagen av heroin samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade. Från och med 1976 är opiatmissbruk i stort sett liktydigt med heroinmissbruk. Grovt sett har heroinbeslagen ökat alltsedan mitten av 1970-talet, med en högre nivå från 1998. År 2002 gjordes närmare 1 100 beslag om sammanlagt 59 kilo (tabell 64 och diagram 32). Samma år togs emellertid 10 kilo opium vid 72 tillfällen. Liksom för många andra droger gäller även att heroinpriserna har sjunkit under den senaste tioårsperioden, något som inte är unikt för Sverige.

Under 1980-talets senare del antas nyrekryteringen till heroinmissbruk ha varit liten. Sammantaget pekar dock flera uppgifter på att heroinanvändning har blivit vanligare under 1990-talet. Utvecklingen av antalet lagförda personer för heroinbrott följer t ex i stora drag samma uppgång som beslagen. Antalet lagförda uppgick till ca 1 000 personer år 2001, jämfört med ca 300 1990 (tabell 74).

Även enligt den senast genomförda case-finding undersökningen (Olsson et al 2001) har heroin blivit allt vanligare bland de tunga missbrukarna. Andelen som använt opiater ökade från 30% 1979, till 47% 1998. Även som dominerande medel ökade heroinandelen mellan dessa år, från 15% till 28%.

Enligt vissa bedömare har det bruna sydvästasiatiska heroinet runt 90% av marknaden i Sverige. I Stockholm finns dock en marknad för vitt heroin och runt 60% av beslagen under 1999 gällde vitt sydostasiatiskt 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), som härstammar från Gyllene Halvmånen (innefattar östra Iran, Afghanistan, nordvästra Pakistan) kan injiceras, vilket är det vanliga i t ex Sverige. Detta kräver dock att en syra, t ex citronsyra, tillsätts för att heroinet ska bli lösligt i vatten.

Hallucinogener

De syntetiska drogerna fick under 1990-talet stor uppmärksamhet. Dels var det kopplingen till ungdomar och festande, i varje fall om man räknar in ecstasy i denna kategori. Vidare uppmärksammades den relativa enkelhet med vilken flera av dessa preparat kan framställas. Preparaten kan dessutom tillverkas närmare de potentiella köparna och behöver inte nödvändigtvis smugglas långa sträckor eller korsa gränser.

Ecstasy är ursprungligen namnet på ett preparat som går under beteckningen MDMA (3,4-metylen-dioxi-metamfetamin). På senare tid har man dock vidgat begreppet till att innefatta en familj av preparat kända som "ring-substituerade amfetaminer" (MDMA, MDA, MBDB, MDE, MDEA), en grupp med relativt likartade egenskaper. Ecstasy kan innehålla ett av dessa amfetaminderivat eller kombinationer av dessa.

Beslagsdata tyder på att tillgången när det gäller ecstasy har ökat. I början av 1990-talet uppgick antalet beslag endast till några tiotal per år. Under den senare hälften av 1990-talet var beslagen några hundra, och sedan 2000 har årligen ca 600 beslag gjorts om i genomsnitt 125 000 piller. Vanligast var MDMA, medan MDA stod för en mindre andel.

Som framgår av tabell 55 har andelen mönstrande som prövat ecstasy ökat kontinuerligt sedan 1994, och 2002 var det fler som svarat att de använt ecstasy än amfetamin (4 jämfört med 3%). Även LSD ökade något i popularitet under 1990-talet (1-2% av de mönstrande har prövat detta) och 2-3% har under de tre senaste åren uppgett att de prövat hallucinogena svampar.

Under 1997 narkotikaklassades i Sverige en hallucinogen svamp, toppslät-skivling eller *Psilocybe semilanceata*. Året därpå klassades ytterligare en

svamp (*Psilocybe cubensis*). Svamparna innehåller ämnena psilocybin och psilocin, ämnen som i sig själva är narkotikaklassade enligt FNs lista. År 2002 gjordes ett drygt hundratal beslag av sådana svampar.

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 narkotikamissbruk. Ibland används olika preparat periodvis, i vissa fall som en följd av dålig tillgång på ett visst preparat men det är inte ovanligt att t ex en tids amfetaminanvändning avlöses av alkoholmissbruk, ibland kombinerat med lugnande medel. Detta hänger samman med de fysiska och psykiska konsekvenserna av ett långvarigt användande av centralstimulerande medel.

Det är känt att narkotikaklassade läkemedel med den verksamma substansen flunitrazepam (t ex Rohypnol) förstärker effekten av heroin. Ibland kombineras medlen, vilket är mycket riskabelt eftersom det finns risk för andningsförlamning.

Antalet beslag av narkotikaklassade läkemedel (av vilken en stor del är bensodiazepiner) låg på en relativt jämn nivå under 1980-talet och uppgick årligen till ca 500. Därefter har antalet ökat relativt kraftigt och uppgick till 4 500 år 2002 (tabell 60).

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 kombinationer av narkotiska medel sannolikt förstärkts.

Detta kan illustreras av att under 1990-talet har de som godkänt strafförelägganden eller som dömts för brott mot narkotikastrafflagen, där endast ett narkotiskt medel ingått i lagföringen, stått för en allt mindre andel. Andelen, som var 84% 1990, hade år 2001 minskat till 59% (tabell 70). Sannolikt förklaras utvecklingen delvis också av ökade möjligheter att detektera flera medel – en följd av att polisen sedan 1993 kan ta blod- eller urinprov för att fastställa eventuellt bruk av narkotika.

Man kan även konstatera att den narkomanidiagnos som tar fasta på blandmissbruk (ICD-10 F19.1-F19.9) stadigt ökat sin andel av det totala antalet narkomanidiagnoser från slutenvården. Denna diagnoskategori utgjorde 1987 ca 14% för att fram till 1996 öka till ca 20% av det totala antalet narkomanidiagnoser. Enligt den nya sjukdomsklassifikationen ICD 10 (se bilaga 1) vidgades kategorin ifråga och ökningen var onekligen dramatisk med ca 40% av samtliga narkotikarelaterade utskrivningar 1998-2000. Det är svårt att säga hur stor del av ökningen som är ett resultat av den nya

hur stor del av ökningen som är ett resultat av den nya klassifikationen, men andelen vårdade för blandmissbruk är under alla omständigheter betydande.

Narkotikasituationen i några andra länder

Narkotikautvecklingen i Sverige under 1990-talet, med tonåringars och unga vuxnas ökande benägenhet att pröva droger, följer i stora drag den som gäller för många andra västländer. Ökningen har för svensk del dock ägt rum från en internationellt sett relativt låg nivå.

I de europeiska ESPAD-undersökningarna, som har genomförts 1995 och 1999, ställdes enkätfrågor bl a om narkotika till 15–16-åriga skolelever i ett flertal länder (Hibell et al 2000). I 1999 års undersökning var andelen elever som svarade att de prövat narkotika högst i Storbritannien (36%). Därefter följde Tjeckien och Frankrike (35%) samt Irland (32%). I Sverige uppgick andelen till 9%, och på Cypern, där den var lägst, till 3%. Även på Malta och Färöarna understeg nivåerna tio procent (8% i båda länderna). Pojkarna var normalt i majoritet, men i 5 av 29 länder var könsskillnaderna negligerbara. I samtliga länder var den vanligaste narkotikasorten som eleverna prövat cannabis.

I diagram 33 jämförs 1995 och 1999 års resultat för de länder som deltog båda åren. Värdena framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där skillnaden mellan de båda åren överstigit två procentenheter markerats. Som framgår hade det inträffat ökning i många länder, främst i Litauen, Slovenien och Tjeckien. I högprevalensländerna Irland och Storbritannien hade nedgångar skett, liksom på Färöarna.

Mönstret var likartat när det gällde att ha använt cannabis de senaste 30 dagarna och de högsta nivåerna uppmättes för Frankrike (22%) och Tjeckien respektive Storbritannien (16%). Finland, Sverige, Cypern, Färöarna och Rumänien låg på 2% eller därunder. En jämförelse mellan 1995 och 1999 visar att situationen var relativt oförändrad, men att ökning dock skett i flera östeuropeiska länder, samtidigt som andelarna som hade använt cannabis de senaste 30 dagarna hade minskat för Irland och Storbritannien.

I USA utförs regelbundna undersökningar av skolelevers drogerfarenhet. Dessa ger vid handen att den uppgång som skedde under första hälften av 1990-talet brutits och att andelen elever i (motsvarande) årskurs 9 som prövat narkotika har legat runt 46% perioden 1996–2002. Under första hälften av 1990-talet ökade andelen från 31 till 41%. I gymnasiet andra årskurs ökade andelen som prövat narkotika, från 41% 1992 till 54% 1997, och har därefter varit tämligen oförändrad. År 2002 svarade 21 respektive 25% i de båda årskurserna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (Johnston et al 2002).

Narkotikautvecklingen

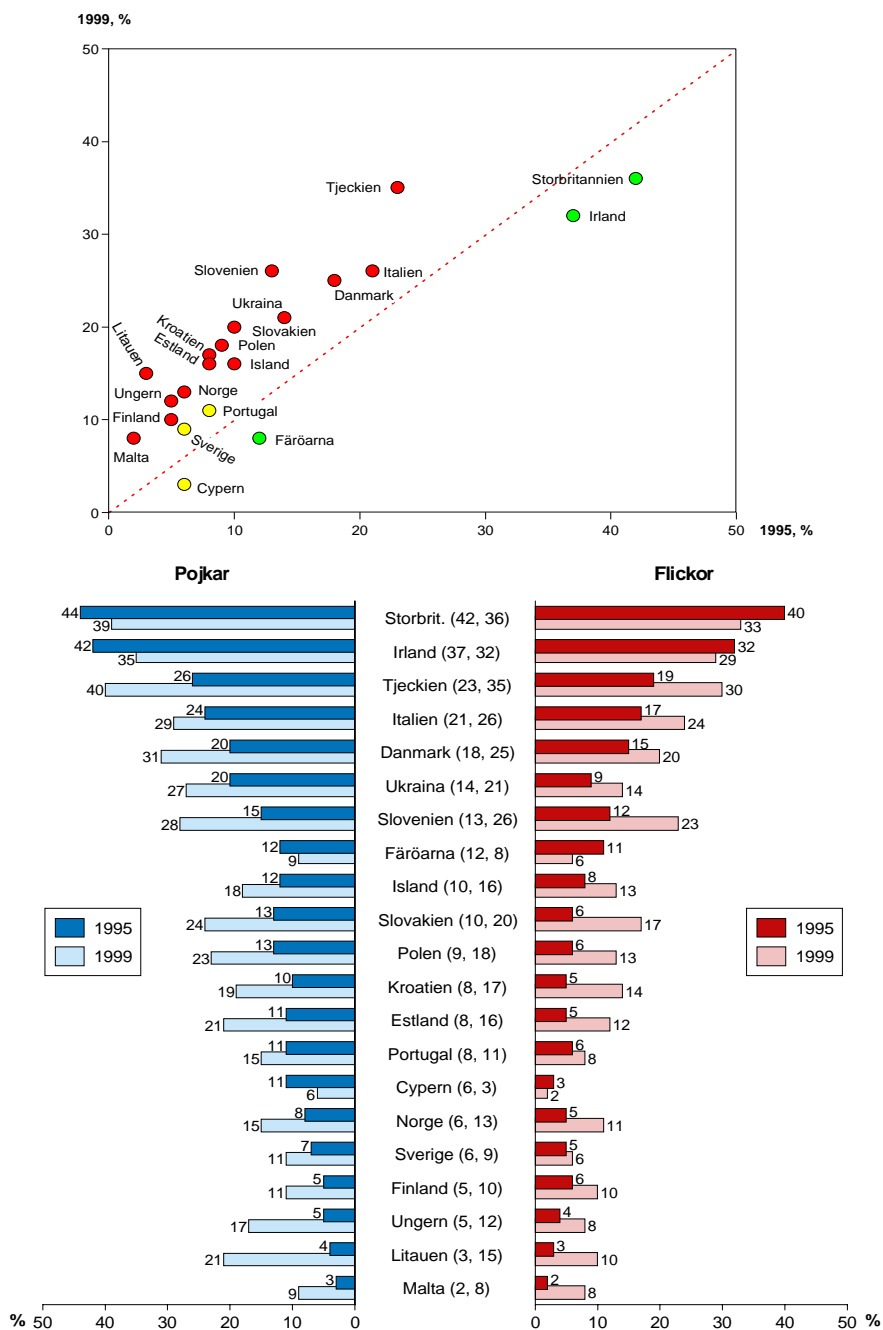


Diagram 33. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995 och 1999.

Länder över den streckade linjen uppvisar ökningarna mellan undersökningarna medan länder under uppvisar minskningar. Värdena inom parentes refererar till samtliga elever 1995 och 1999.

Källa: Hibell et al (2000)

När det gäller vuxnas erfarenhet av narkotika i olika Europeiska länder finns en jämförelse i 2001 års rapport från EMCDDA (ECNN 2002). Bland de länder som ingick i jämförelsen var det framförallt Danmark och Storbritannien som redovisade högre nivåer (över 20% uppgav att de prövat 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 hade 42% av befolkningen 12 år och äldre prövat narkotika enligt deras hushållsundersökningar från 2001. Tretton procent hade gjort så senaste 12 månaderna och 7% senaste 30 dagarna (www.samhsa.gov).

Att jämföra olika länders tyngre missbruk, i relativa tal, eller i form av indikatorer som t ex narkotikarelaterad dödlighet är inte någon lätt uppgift. 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 EMCDDAs rapport redovisas skattningar av det tunga missbrukets omfattning i ett antal olika länder. 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 Italien, Luxemburg, Portugal och Storbritannien, med 6–9 ”problemmissbrukare” per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Länder som redovisade missbruk av en mindre omfattning än genomsnittet var Nederländerna, Österrike, Tyskland och Finland med 2–4 problemmissbrukare per 1 000 invånare.

Referenser

Ahlberg K (1996). *Kontraktsvård*. Skriftserien 1996:1. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. (Norrköping, Kriminalvårdsstyrelsen).

Brå (2002). *Narkotikastatistik. Personer lagförda för narkotikabrott 2001*. BRÅ-rapport 2002:17. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

ECNN (2002). *Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge 2002*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.

Folkhälsoinstitutet (1993). *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Grönberg K (1997). *Gymnasieelevers drogvanor 1991 och 1996. Undersökning bland elever i åk 2 i Stockholm, Botkyrka och Täby*. Rapport nr 51. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U, Hibell B och Pettersson B (1995). *Gymnasieelevers doping- och drogvanor 1994*. Rapport nr 3. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Folkhälsoinstitutet.

Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.

Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2003). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2002*. 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.

Kriminalunderrättelsetjänsten (2002). *Narkotikasituationen i Sverige. Årsrapport 2001*. RKP KUT Rapport 2002:3. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.

Kriminalvårdsstyrelsen (2002a). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2001*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

Kriminalvårdsstyrelsen (2002b). *Kriminalvårdens officiella statistik 2001*. 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.

Narkomanvårdskommittén (1969). *Narkotikaproblemet. Samordnade åtgärder*. SOU 1969:52. Stockholm: Socialdepartementet.

Nilsson A och Tham H (1999). *Fångars levnadsförhållanden – resultat från en levnadsnivåundersökning*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

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 (CAN).

Olsson O, Byqvist S och Gomér G (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

Solarz A (1983). Den anmälda och lagförda narkotikabrottsligheten 1969–1982. Utvecklingstendenser och slutsatser. I: Solarz A (red). *Narkotikautvecklingen 1983*. Stockholm: Forskningsenheten, Brottsförebyggande rådet.

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

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

Svensson B och Norén A (1977). *Tunga narkotikamissbrukare i Malmö*. Malmö Socialförvaltning.

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.

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

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Ds S 1980:5. Stockholm: Socialdepartementet.

5. Psykofarmakautvecklingen

Inledning

Inom medicinen används idag ett stort antal läkemedel som på olika sätt påverkar det mänskliga psyket. Psykofarmaka är den gemensamma beteckningen på sådana medel som används mot ”psykiska rubbningar, organiska nervsjukdomar m m”. Även andra än dessa läkemedel påverkar psyket, t ex de narkotiska smärtstillande medlen, men de brukar inte benämnas psykofarmaka (se vidare nedan). Psykofarmaka används inom tre indikationsområden: 1) sömnsvårigheter 2) oro och ångest 3) depressioner och psykoser.

En del psykofarmaka i gruppen lugnande medel (anxiolytika, förr benämnda sedativa) och sömnmedel (hypnotika), N05B och N05C har beroendeframkallande potential. De är i Sverige klassificerade som narkotika och finns upptagna i Läkemedelsverkets narkotikaförteckning (se bilaga 2). Hit hör bensodiazepinpreparat som exempelvis flunitrazepam (Rohypnol, Flunitrazepam NM Pharma, Fluscand), diazepam (Apozepam, Stesolid) och oxazepam (Oxascand, Sobril) samt zopiklon (Imovane, Zopiklon NM Pharma), zolpidem (Stilnoct) och zaleplon (Sonata), vilka kemiskt inte är bensodiazepiner men har samma principiella verkan och risker. Flunitrazepam omklassades från förteckning IV till II den 1 maj 2001.

Psykofarmaka av typen antidepressiva medel (grupp N06A), neuroleptika (grupp N05A) och psykostimulantia (grupp N06B) är inte narkotikaklassificerade och har inte den beroende- och missbrukspotential som lugnande medel och sömnmedel har. Neuroleptika har sitt huvudsakliga användningsområde inom den tyngre psykiatrin vid behandling av t ex schizofreni och andra psykoser, och är inte missbruksbegärligt. Det enda preparatet inom gruppen psykostimulantia är koffein.

Omkring år 1990 introducerades en grupp nya antidepressiva medel, de s k selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI), populärt benämnda lyckopiller. I USA introducerades Prozac år 1988, vilket i Sverige är registrerat som Fontex, Seroscand och Fluoxetin (flera tillverkare). Andra varunamn i Sverige är bl a Cipramil, Fevarin, Seroxat och Zoloft. Dessa medel har fått en utbredd användning, men i vilken mån SSRI-preparaten ersatt bensodiazepiner är ännu outrett. Inte heller vet man hur många som använder både bensodiazepiner och SSRI-preparat.

Bilden av bruket och missbruket av läkemedel med beroendepotential blir inte fullständig utan att ta hänsyn till användningen av narkotiska analgetika. Missbruksbegärliga medel i denna kategori som dessutom är förhållandevis lätt att få utskrivna är dextropropoxifen (DXP) och kodein. Dessa finns både ensamma och i kombination med andra medel. Hit hör bland annat Doloxene, Distalgesic, Paraflex Comp och Citodon, Kodein, Panocod och Treo comp. Värktabletter innehållande DXP har bidragit till många oavsiktliga dödsfall (140–190 fall per år), något som uppmärksammades redan på 1970-talet och ånyo påpekats under senare år (Jonasson och Jonasson 1999). Missbruk av kodein-innehållande tabletter i kombination med alkohol förekommer bland ungdomar.

DXP har en försäljningsutveckling som saknar branta kast och som ligger på en betydligt lägre nivå än lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel. Försäljningen av värktabletter innehållande DXP (N02A) har dock minskat på senare år, från 13 DDD 1997 till 7 DDD 2001 (DDD – den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen vid medlets huvudindikation). Försäljningen av kodein har legat runt 10 DDD 1997–2001. De regionala skillnaderna i försäljningen av DXP är enligt Apoteket ABs receptstatistik mindre än för psykofarmaka medan ålderskillnaderna är desamma. Kodein används däremot mera av yngre och medelålders individer än av äldre.

Försäljning av psykofarmaka

Den tidigaste utvecklingen av psykofarmakabruket finns endast ofullständigt belyst. Bensodiazepinerna som introducerades under 1960-talet, och som utgör en dominerande andel av lugnande medel och sömnmedel, ersatte de mera toxiska barbituraterna. De svarade också för en stor del av den ökande psykofarmakaförsäljningen under 1960-talet.

Den totala läkemedelsförsäljningen ökade mellan åren 1947 och 1973 från 2,3 till 5,1 recept per invånare och år i öppen vård. Försäljningen av psykofarmaka ökade något mer än andra läkemedel. Den största ökningen av psykofarmakaförbrukningen skedde under 1960-talet. Mellan 1965 och 1970 ökade antalet försålda tabletter av lugnande medel och sömnmedel per invånare och år från 38 till 54, en ökning med 42% (Allgulander och Borg 1977).

Lugnande medel och sömnmedel dominerar psykofarmakaförsäljning. Försäljningen av sådana medel (grupperna N05B och N05C) låg runt 64 DDD per 1 000 invånare och dag 1972–1986. Efter en minskning till 54 DDD per 1 000 invånare och dag 1991 var försäljningen nere i 54 DDD per 1 000 invånare och dag. Därefter har försäljningen ökat och uppgick år 2002 till 66 DDD per 1 000 invånare och dag.

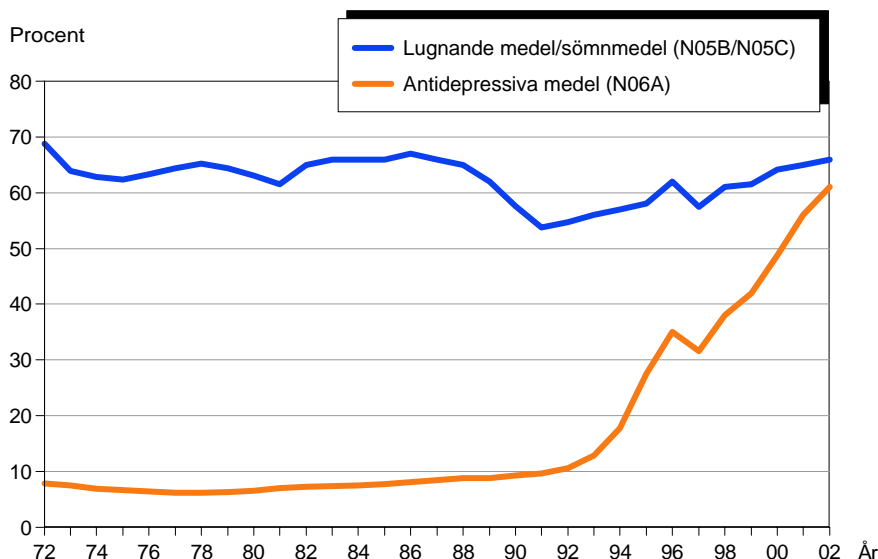


Diagram 34. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel respektive antidepressiva medel till apoteken. Antal dygnsdoser per 1000 invånare och dag. 1972–2002. (Tabell 85)

Den tillfälliga puckeln 1996 beror på hamstringseffekter till följd av ändringar i högkostnadsskyddet.

Bensodiazepiner svarade 1990 för 80% av all försäljning av lugnande medel och sömnmedel. Denna andel har minskat och i stället har sömnmedel som zopiklon (Imovane), zolpidem (Stilnoct) och zaleplon (Sonata) ökat kraftigt. Dessa är kemiskt inte bensodiazepiner men fungerar på samma sätt och med samma beroendeskapande potential.

Antidepressiva medel (grupp N06A) har sin mest väldokumenterade effekt vid behandling av djupa depressioner (s k melankolier), men förskrivs även bl a vid andra depressiva tillstånd, panikångest samt olika fobier. Försäljningsstatistiken visar en svag uppgång under 1980-talet. Sedan början av 1990-talet är uppgången däremot påtaglig. Mellan 1990 och 2002 sjudubblades försäljningen, från 9 till 61 DDD per 1 000 invånare och dag. Ökningen kan nästan helt tillskrivas det medicinska genombrottet för de s k selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI).

Ytterligare en ny generation av antidepressiva medel är under introduktion. De verkar, i likhet med de äldsta antidepressiva medlen, både på upptaget av serotonin och upptaget av andra signalämnen men saknar de äldre medlens biverkningar. Ännu har inget framkommit som tyder på att SSRI eller dess efterföljare har beroende- och missbrukspotential men det har inte heller utslutits.

Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel

De lugnande medel och sömnmedel som redovisades i diagram 34 och som är klassificerade som narkotika enligt förteckning IV-V respektive II (se bilaga 2) har utgjort cirka två tredjedelar av all psykofarmakaförbrukning. Under senare år har dock försäljningen av antidepressiva medel – vilka inte är narkotikaklassificerade – ökat kraftigt. Andelen läkemedel i gruppen psykofarmaka som är klassificerade som narkotika har därför minskat.

Bruket av narkotika enligt förteckning II, som innefattar morfin och andra tyngre smärtstillande preparat, är mycket begränsat. Apoteksframställda (extempore) förskrivningar till bl a patienter med mycket svåra cancersmärter ingår dock inte i redovisningen i tabell 86.

Försäljningsutvecklingen under perioden 1972–2002 för medel enligt förteckning II liksom IV/V framgår av diagram 35. I dessa grupper ingår lugnande medel och sömnmedel med potentiellt beroendeframkallande egenskaper. Förskjutningen från förteckning IV (enkelpreparat) till förteckning II under 2001 beror på att flunitrazepam flyttades till förteckning II detta år.

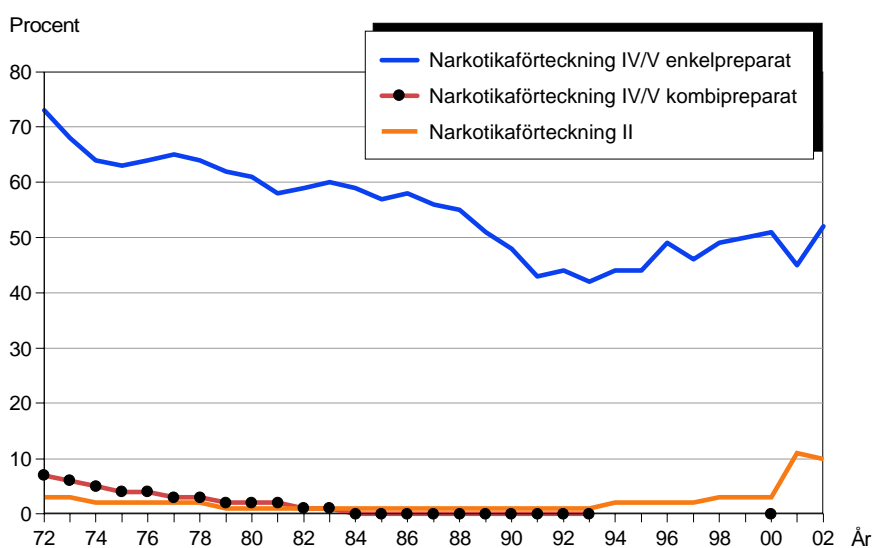


Diagram 35. Inleveranser av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002. (Tabell 86)

Bråk av lugnande medel och sömnmedel

Några exakta uppgifter om psykofarmakakonsumtionen finns inte att tillgå, men Apoteket ABs statistik över läkemedelsförsäljningen (inleveranser till apoteken) speglar troligen den totala konsumtionsförändringarna relativt väl. Bruket av lugnande medel och sömnmedel är dock inte jämnt fördelat, vare sig mellan olika geografiska områden eller mellan olika befolkningsgrupper. Inleveransdata får därför kompletteras med information från andra undersökningar. Förändringar i psykofarmakaanvändningen påverkas av bl a utvecklingen av nya preparat, förändringar i synen på psykiska problem och sjukdomar, antalet läkare, produktivetskraven i sjukvården, förändringar i totalbefolkningens ålderssammansättning, riskomständigheter som ökad arbetslöshet, ensamboende och social marginalisering.

Sedan slutet av 1980-talet har SIFO/TEMO genomfört intervjuundersökningar om bruk av lugnande medel och sömnmedel i befolkningen 15–75 år (se metodkapitlet). Enligt dessa har andelen som använt lugnande medel och/eller sömnmedel någon gång under de senaste 12 månaderna varierat mellan 10% och 13% (tabell 87). Omräknat i antal personer skulle omkring 650 000 svenskar i åldern 15–75 år ha använt lugnande medel eller sömnmedel någon gång under 2000. Motsvarande siffra 1988 var ca 820 000.

Majoriteten av dem som använt dessa medel under senaste året hade gjort detta under kortare perioder. Omkring 2% av befolkningen hade använt medlen dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 12 månaderna. I absoluta tal innebär detta att närmare 130 000 personer i åldern 15–75 år hade en relativt långvarig konsumtion av lugnande medel och sömnmedel.

När det gäller införskaftet av sömn- eller lugnande medel hade 80% av dem som använt dessa medel under senaste året, fått medlet mot recept utfärdat av en läkare för det aktuella problemet (enligt undersökningen från år 2000). Ca 5% hade använt medicin utskrivet vid ett tidigare tillfälle. 4% hade använt medicin utskrivet för någon annan i familjen medan 3% använt medicin utskrivet för någon annan. 9% hade fått tag på preparatet på okänt sätt och endast någon enstaka person uppgav att denne köpt medlet ”på gatan”.

Kön och ålder

Andelen kvinnliga brukare av lugnande medel och sömnmedel ligger genomgående högre än andelen manliga brukare enligt befolkningsundersökningarna. I regel har närmare dubbelt så många kvinnor som män använt sådana medel under senaste året. År 2000 svarade 13% av kvinnorna och 7% av männen att de gjort detta. I linje med detta är också det regelbundna bruket större hos kvinnorna.

Psykofarmakautvecklingen

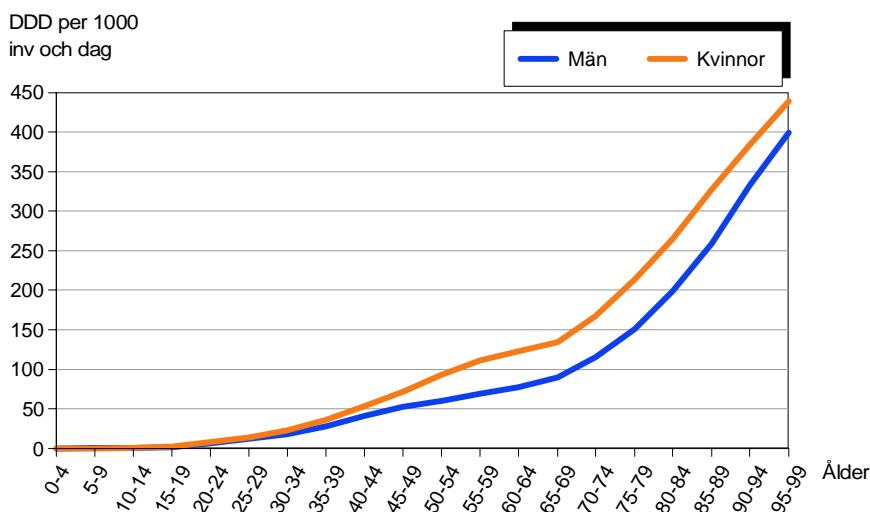


Diagram 36. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön, 2002. (Tabell 88)

Att kvinnor använder lugnande medel och sömnmedel i betydligt större utsträckning än vad män gör framgår också av Apoteket ABs stickprov från receptstatistiken över försäljning mot recept i antal DDD per 1 000 invånare och dag (diagram 36 och tabell 88).

Det sker enligt receptstatistiken en kontinuerlig ökning av förskrivningarna med stigande ålder. Skillnaderna mellan män och kvinnor är störst i åldersgrupperna mellan 45 och 74 år och båda könen har den i särklass största konsumtionen i de äldsta åldersgrupperna. En förklaring är att psykiska störningar och kroppsliga sjukdomar ökar med stigande ålder, vilket leder till ökad smärta och oro samt förändrat sömnmönster.

Bruket av lugnande medel och sömnmedel också enligt TEMO-undersökningarna betydligt mer vanligt bland dem över 50 år (tabell 87), vilket inte minst gäller det dagliga eller så gott som dagliga bruket.

Regionala skillnader

Försäljningsstatistiken över lugnande medel och sömnmedel uppvisar stora regionala variationer. I diagram 37 redovisas försäljningen av sömnmedel och lugnande medel för de fem län som hade den högsta respektive lägsta försäljningen 2001 (samtliga län redovisas i tabell 89). Uppsala län hade den högsta försäljningen med 81 DDD per 1 000 invånare och dag, till skillnad från tidigare år då Jönköping legat högst.

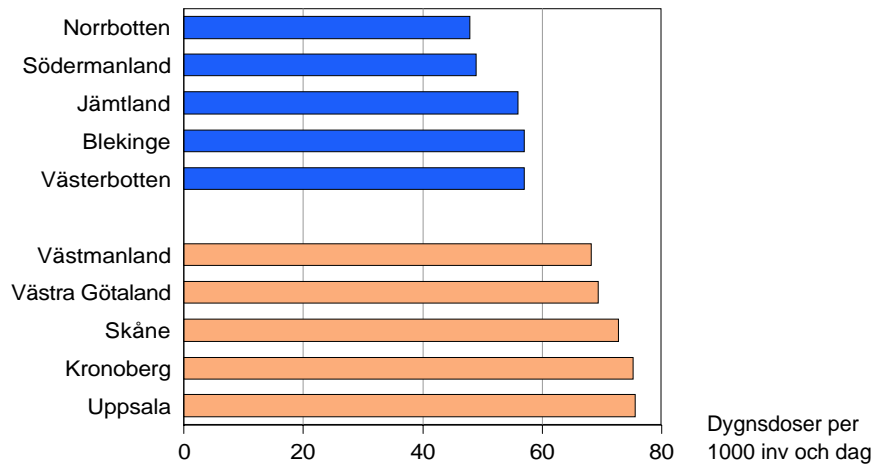


Diagram 37. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag år 2002 i län med låg respektive hög försäljning. (Tabell 89)

Den lägsta försäljningen redovisas för Norrbottens län med 48 DDD per 1 000 invånare och dag. Norrbotten brukar normalt ha den lägsta förskrivningsnivån, och i övrigt var det inte heller särskilt stora förändringar för andra län. Från TEMO-undersökningarna går det att skönja ett regionalt mönster i så måtto att användningen av lugnande medel och sömnmedel vanligen är större i de större städerna än i mindre orter.

De troligaste förklaringarna till de regionala skillnaderna är faktorer såsom sjukvårdens utbyggnad, läkartäthet, traditioner hos förskrivande läkare samt synen på användningen av psykofarmaka i behandlingsarbetet, varvid också kan beaktas att psykiatriker står för en ringa del av förskrivningen.

Sociala faktorer

En rapport från NEPI (1996), där man utgick från undersökningar genomförda i Stockholms stad och Malmöhus län, visade att användare av bensodiazepiner som grupp skiljde sig påtagligt från icke-användarna. Bland användarna var fler arbetslösa, lågutbildade, förtidspensionerade och storkonsumenter av alkohol. Personer med en multipel sjukdomsbild och änkor tillhörde också denna kategori. Användningen var större i kommuner kännetecknade av hög frekvens sjuklighet, arbetslöshet, suicid, nedsatt hälsa och kortare medellivslängd. Detta kan sammanhånga med att de som lever under svåra socioekonomiska förhållanden lättare utvecklar oro, ångest och sömnlöshet.

Undersökningar som gjorts i andra länder pekar i samma riktning (Lilja och Larsson 1998). Detta betyder inte att mönstret är detsamma överallt; en

NEPI-studie i Jönköpings län visade ett klart annorlunda mönster än i Stockholm och Skåne.

Missbruk av lugnande medel och sömnmedel

Missbruket av lugnande medel är utbrett. En global uppskattning pekar mot cirka 227 miljoner läkemedelsmissbrukare, vilket kan jämföras med 218 miljoner narkotikamissbrukare (UNDCP 1997). Att göra uppskattningar om missbrukets omfattning är dock vanskligt eftersom det inte råder full samstämmighet i hur det skall definieras. Missbruk kan dessutom förekomma som renodlat läkemedelsmissbruk men även i kombination med missbruk av andra droger. Det är exempelvis vanligt att narkotikamissbrukare även missbrukar läkemedel. Epidemiologiska undersökningar är inte heller vanligt förekommande. I Sverige bildades dock för några år sedan Nätverk för läkemedelsepidemiologi, NEPI, med uppgift att bland annat bevaka detta område.

Bensodiazepiner har förmåga att skapa beroende. Detta kan ske även vid låg dosering under lång tid. En NEPI-enkät i Jönköpings län tyder på att 60% långtidskonsumenter av bensodiazepiner anser sig vara beroende av medlen. Flunitrazepam (Rohypnol och dess synonymer) anses vara det mest missbrukade bensodiazepinpreparatet i Europa.

Preparatet har också uppmärksammats i samband med våldsbrott (Dåderman och Lidberg 1999). Illegal insmuggling av vissa läkemedel är vanlig och ökar. År 2002 beslagtogs tull och polis ca 720 000 tabletter vid 4 500 beslagstillfällen (se tabell 60). Flunitrazepam utgjorde 80% av tablettbeslagen detta år.

Bensodiazepiner skrivs ibland ut för längre perioder än de egentligen är avsedda för. Särskilt äldre har långa förskrivningsperioder. Antalet nytillkomna användare under ett år är betydligt lägre än de som fått preparaten förskrivna under hela året, vilket beror på att en betydande grupp använt preparaten under lång tid (Lilja och Larsson 1998). Även om detta i sig inte är detsamma som missbruk antyder det ett problem eftersom dessa medel inte är tänkta att användas under lång tid. Inga undersökningar har visat säkerställd positiv effekt under mer än tre månader (NEPI 1996).

Referenser

Allgulander C och Borg S (1977). *Konsumtion av sedativa-hypnotika i Sverige: Utvecklingstendenser 1947–1974*. Läkartidningen 1977, 74 (25–26): 2427–2431.

Dåderman A och Lidberg L (1999). *Rohypnol bör klassas som tung narkotika*. Läkartidningen 1999, 96:1005–1007.

Jonasson U och Jonasson B (1999). *Dödsfall genom bruk och missbruk av värktabletter*. Stockholm: Rättsmedicinalverket.

Lilja J och Larsson S (1998). *Nya perspektiv på depression och ångest. En socialpsykologisk forskningsöversikt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

NEPI (1996). *Användningen av lugnande medel och sömnmedel i Sverige*. Nätverk för läkemedelsepidemiologi. Stockholm: NEPI.

SOU 1993:5. *Bensodiazepiner - beroendeframkallande psykofarmaka*. Stockholm.

UNDCP (1997). *World Drug Report*. United Nations International Drug Control Programme. Oxford: Oxford University Press.

6. Snifningsutvecklingen

Inledning

Sniffning som fenomen blev vanligare under 1950-talet, främst bland yngre tonåringar. Då var sniffning oftast liktydigt med att man sniffade 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 sniffningsmedel under senare år, liksom aerosoler, vilka tjänstgör som drivgas i sprayburkar.

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

I januari 1961 trädde en kungörelse i kraft som förbjöd 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 att missbrukare av sniffningsmedel också kan tvångsvårdas.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

De bästa kunskapskällorna om sniffningens omfattning och utveckling bland ungdomar finns i CANs årliga undersökningar av elever i årskurs 9 i grundskolan (Hvitfeldt 2003) samt av mönstrande 18-åriga män (Guttormsson 2002) (se metodkapitlet för närmare beskrivning).

Sniffningsutvecklingen

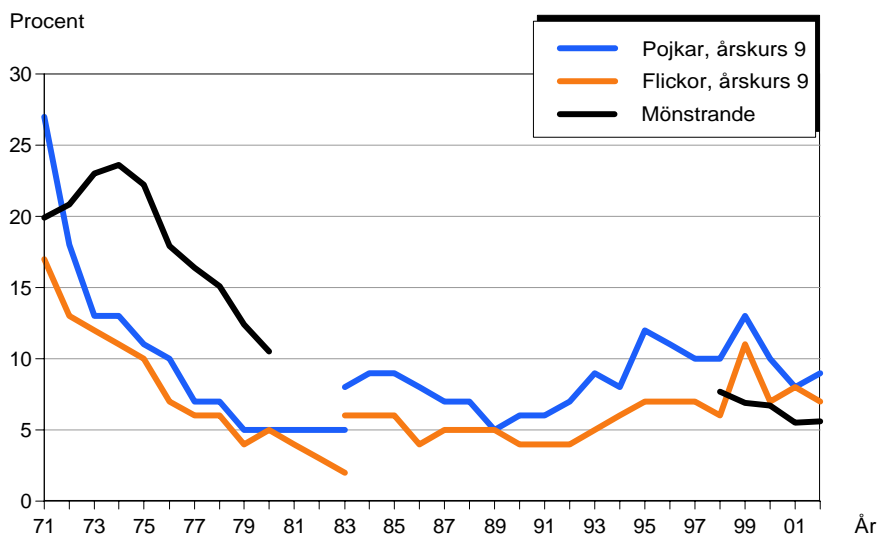


Diagram 38. Andelen elever i årskurs 9 respektive månstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2002. (Tabellerna 90 och 91)

I tabell 90 och diagram 38 redovisas andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång. Frågan har ändrats 1973 och 1983. Vid det senare tillfället gjordes en mer genomgripande ändring av frågan, varför hälften av eleverna fick besvara den gamla och hälften den nya. Två värden återges för detta år och svarsmönstret antog en högre nivå med den nya frågeformuleringen.

Under hela 1970-talet skedde en markant nedgång av sniffningen och 1983 var det endast 5% bland pojkarna och 2% bland flickorna som uppgav sådan erfarenhet. Andelen som med den nya frågeformuleringen svarade att de någon gång sniffat samma år var 8% respektive 6%. Sniffningserfarenheten fortsatte att sjunka och runt 1990 var nivåerna särskilt låga (ca 5%). Därefter ökade åter sniffningserfarenheten och har, med vissa fluktuationer, legat runt 9% sedan 1995.

Av tabell 90 framgår även hur många som sagt att de fortfarande sniffar. Frågan infördes 1986 och den närmaste tioårsperioden uppgav 1–2% detta, men sedan 1995 har andelarna varit någon procentenhet högre. Mera regelbunden sniffning hos skoleleverna är således ovanlig. År 2002 var lim/klistor den vanligaste typen av sniffningsmedel, därefter kom bensin och tändargas.

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de månstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna sjönk nivåerna relativt kraftigt mot slutet av 1970-talet. Åren 1998–2002 har andelarna legat klart lägre än på 1970-talet, och dessutom minskat från ca 8 till 6%.

Åren 1975–1999 fanns en fråga gällande sniffning under senaste tvåårsperioden. Andelarna som uppgett 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 TEMOs riksrepresentativa telefonintervjuer med ungdomar i åldern 16–24 år från 1998 och 2000 ställdes frågan ”Har Du någon gång sniffat butangas, bensin eller liknande”? Cirka 3–4% besvarade frågan jakande och könsfördelningen var jämn. Värdena är klart lägre än i mönstringsundersökningarna, som i sin tur är lägre än i skolundersökningarna. Detta kan bero på att såväl undersökningsmetodik som frågeformuleringar skiljer sig åt (TEMO inkluderade t ex inte lösningsmedel). Förutom att de äldre ungdomarna också kan ha glömt eller förtigt sniffningserfarenhet kan de dessutom ha omvärderat handlingen, jämfört med hur de skulle ha rapporterat den i yngre år. Endast enstaka promille av 16-24 åringarna svarade att de sniffat senaste tolv månadersperioden före undersökningen.

Vuxna

Kunskapen 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, hälften av dessa bedömdes vara i behov av LVM-vård. Denna siffra antogs vara en underskattning p g a bortfall och mörkertal (Socialdepartementet 1987).

I tabell 29 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2001 har antalet tvångsvårdade en viss dag minskat från ca 750 till 300. De senaste fyra åren har andelen tvångsvårdade där sniffning varit en del av missbruket uppgått till någon enstaka procent, medan motsvarande andel var runt 3% tidigare (Socialstyrelsen 2002 och tidigare publikationer i serien). Under 2000 vårdades en person för enbart lösningsmedelsmissbruk, 2001 var det inte någon som vårdades enbart för detta.

År 1992 och 1998 genomfördes undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige (Olsson et al 1993 och Olsson et al 2001). Antalet tunga narkotikamissbrukare beräknades till 19 000 respektive 26 000 dessa år (se kapitel 2 och 4 för närmare beskrivningar av undersökningarna). I dessa studier förekom en fråga huruvida missbruk av ”lösningsmedel (tinner, gas, bensin)” förekommit de senaste 12 månaderna. År 1992 uppgavs för en procent av de inrapporterade tunga missbrukarna att sådan sniffning förekommit, och motsvarande siffra för 1998 var närmare 2%. Det är emellertid okänt vilken betydelse sniffningen har för missbruket som helhet, liksom det

Sniffningsutvecklingen

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 studier var av samma ringa omfattning som för LVM-vårdade.

Regionala skillnader

Tabell 14 visar sniffningserfarenheten hos elever i årskurs 9 efter befolkningstäthet åren 1999 och 2000. Storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö utgör en egen region, medan de övriga är andra städer, tätorter, och glesbygd. En sammantagen analys av de båda åren antyder att sniffning är något vanligare i storstadsområden, uppgifterna är dock svårtolkade eftersom stora förändringar skett i vissa grupper mellan de båda åren.

Även enligt mönstringsundersökningen avtar sniffningserfarenheten något med minskande befolkningstäthet. Drygt 6% av dem som vuxit upp i storstadsområden uppgav sniffningserfarenhet medan motsvarande siffra för dem som vuxit upp på landsbygden var 4% år 2002. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 17 visar upp en spridning där vissa län hade väsentligt högre värden. År 2002 återfanns högsta andelen i Jämtlands län (8%) och den lägsta i Kronobergs län (ca 3%). Dessa län har även tidigare år utgjort ytterligheterna vad gäller sniffning i denna studie.

I TEMOs undersökningar bland ungdomar i åldern 16–24 år från 1998 och 2000 gick det dock inte att finna några specifika skillnader mellan regioner med olika befolkningstäthet.

Sociala faktorer

Det råder brist på undersökningar om sniffning i olika sociala grupper. Mönstringsundersökningen ger dock 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 gymnasieutbildning (20 respektive 6%). Vad gällde sysselsättning var år 2001 erfarenhet av sniffning vanligast bland dem som vare sig studerade eller arbetade (18%). Därefter kom de som arbetade (14%) och den minsta andelen återfanns bland dem som studerade (5%). Bland mönstrande med utländsk bakgrund hade 7% sniffat någon gång, jämfört med 5% bland dem med ”helsvensk” bakgrund.

I årskurs 9 uppgav 19% av eleverna som trivdes dåligt i skolan att de hade sniffat, jämfört med 6% bland dem som trivdes bra. Sniffning var även vanligare bland den femtedel som skolkade någon gång i månaden eller oftare jämfört med dem som aldrig skolkade (18% jämfört med 3%).

Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet

I de europeiska ESPAD-undersökningarna, som har genomförts 1995 och 1999, ställdes enkätfrågor om bl a sniffning till 15–16-åriga skolelever i ett flertal länder (Hibell et al 2000). I 1999 års undersökning var andelen elever som rapporterade sniffningserfarenhet högst på Irland (22%), Grönland (19%) och Malta (16%). De lägsta värdena påträffades i Rumänien (1%) och Bulgarien respektive Portugal (3%). Det gick inte att finna något typiskt geografiskt mönster för sniffningserfarenheten. Könsfördelningen var relativt jämn, även om pojkarna var i majoritet i en tredjedel av länderna och flickorna bara i några enstaka.

I diagram 39 jämförs 1995 och 1999 års värden för de länder som deltog båda åren. Siffrorna framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där minskningen mellan de båda åren överstigit två procentenheter åtskiljts från de andra genom olika markeringar.

På det hela taget är situationen relativt oförändrad, men i tre länder (Storbritannien, Litauen och Sverige) hade den uppenbart förbättrats mellan 1995 och 1999. I Sverige berodde nedgången enbart på en minskning bland pojkarna, och är mot bakgrund av ökningen i ordinarie skolundersökningen mindre säker.

Data från nationella skolundersökningar i åldern 15–16 år i USA visar att sniffningserfarenheten var cirka 15% i början av såväl 1990-talet som 2000-talet, med en puckel runt 1996 på 19% (Johnston et al 2003). Värt att notera är att också i USA rapporterar de äldre ungdomarna lägre livstidsprevalenssiffror gällande sniffning, jämfört med yngre ungdomar. Eftersom det i den amerikanska undersökningen är samma frågor och undersökningsmetodik i alla åldersgrupper antyder det, i linje med vad som sagts tidigare, att sniffning verkar vara ett fenomen som förtigs, glöms bort eller omvärderas när ungdomarna blir lite äldre.

Sniffningsutvecklingen

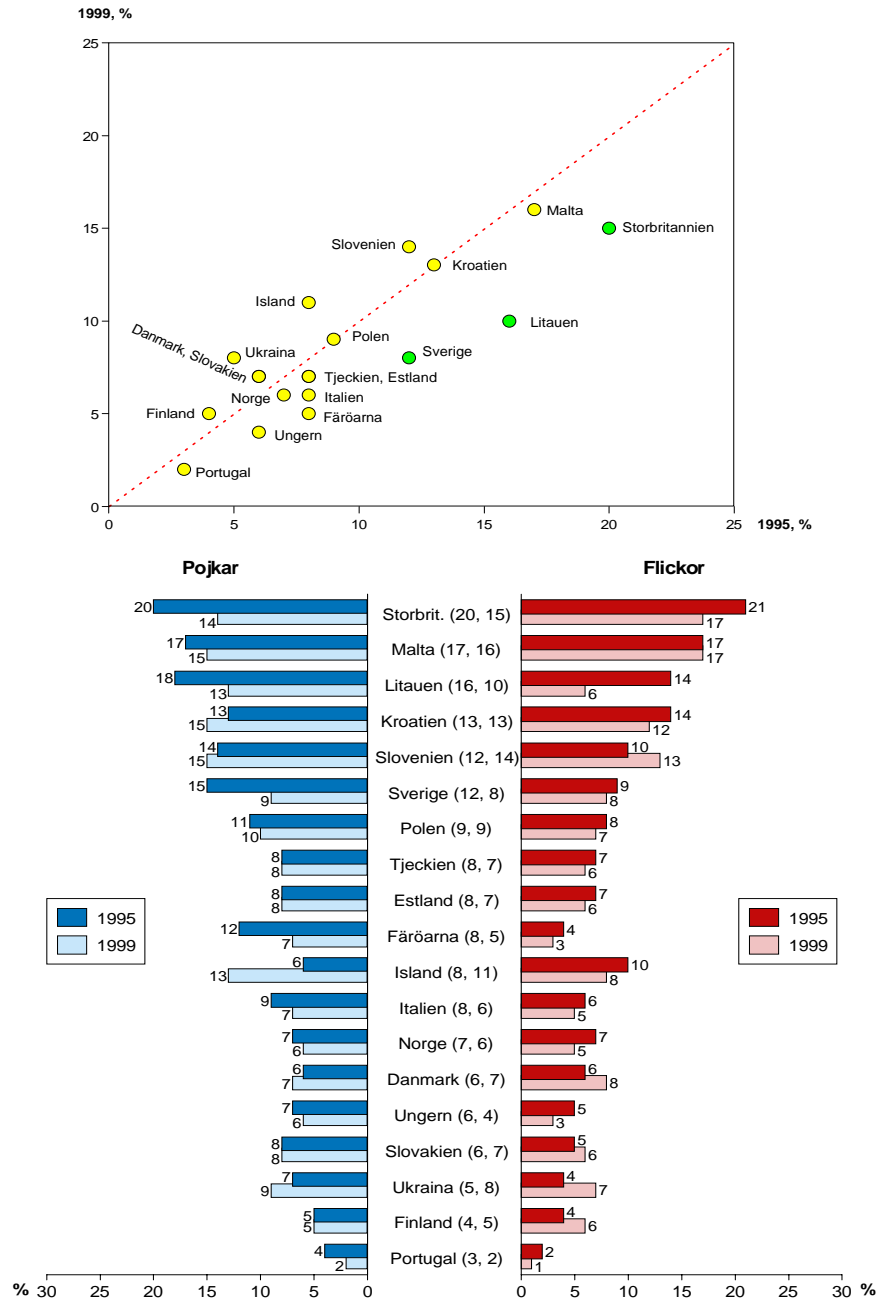


Diagram 39. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999.

Länder över den streckade linjen uppvisar ökningarna mellan undersökningarna medan länder under uppvisar minskningar. Värdena inom parentes refererar till samtliga elever 1995 och 1999.

Källa: Hibell et al (2000)

Referenser

Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.

Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2003). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2002*. 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.

Olsson O, Byqvist S, Gomér G (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

Socialstyrelsen (2002). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2001*. Statistik, Socialtjänst, 2002:8. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.

7. Dopningsutvecklingen

Inledning

Under 1990-talets början kom dopning som fenomen och användandet av dopningspreparat att uppmärksammas alltmer eftersom det blev uppenbart att användandet av dopningsmedel 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 doping 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 framtagen 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.

Den svenska lagstiftningen på området har gradvis skärpts. 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 och tillväxthormon. I linje med propositionen Åtgärder mot dopning (1998/99:3), byggd på förslag från Utredningen om dopning (SOU 1996:126), kriminaliserades den 1 april 1999 även bruket av sådana preparat. Samtidigt skärptes straffskalan, från två till maximalt fyra års fängelse, i och med införandet av grovt dopningsbrott.

Övriga dopningspreparat kontrolleras av varusmuggnings-, läkemedels-, eller narkotikalagstiftningen. I det följande kommer huvudsakligen hormonpreparaten att beröras.

Beslags- och kriminalstatistik

Merparten av de dopningsmedel som illegalt finns tillgängliga har smugglats in i landet. Av tabell 92 framgår tullens och polisens beslag av dopningspre-

Dopningsutvecklingen

parat. För polisens del har antalet beslagstillfällen ökat från 140 1995 till 410 2002 och är därmed på en högre nivå än den som gällde när dopningslagen var ny. Antalet tullbeslag har också ökat, från ca 50 i början av 1990-talet till 381 under 2002.

Trenden i antalet beslagtagna tabletter har fluktuerat. Årligen togs sammanlagt ca 350 000 tabletter perioden 1993–1994, därefter låg siffran runt 150 000, men 2002 togs över 500 000 tabletter och året dessförinnan 400 000. Även om mängden flytande preparat (ampuller) också har fluktuerat, får utvecklingen tolkas som uppåtgående, och med klart högre nivåer de tre senaste åren. Totalt togs 1 liter 1993 medan siffran de tre senaste åren legat runt 34 liter. Sett till både antal beslag och mängder så uppvisar de två senaste åren rekordnivåer.

Jämfört med exempelvis narkotikabrott har dopningsbrott lägre prioritet och många beslag sker slumpmässigt eller som bieffekter av annan brottsbekämpning. Lagstiftning, statistikföringsrutiner, utbildning och kunskaper har successivt förändrats under 1990-talet. Detta bör beaktas och kan delvis förklara variationerna i statistiken.

Sedan 1993, året efter dopningslagens tillkomst, finns rättsstatistiska uppgifter rörande brott mot dopningslagen (tabell 93). Antalet anmälningar för dopningsbrott var relativt många detta år och uppgick till 669 stycken. Därefter sjönk antalet anmälda brott till ca 300 men har sedan 1999 ökat, från drygt 400 till 640 år 2002.

Sedan 1999 har även antalet misstänkta och lagförda personer ökat och 2001 lagfördes 313 personer för dopningsbrott. Detta år utgjorde dopningsbrottet huvudbrott i en tredjedel av fallen, d v s den allvarligaste eller den enda brottsligheten i domen. Detta är en minskning jämfört med mitten av 1990-talet då andelen låg runt 50%.

Endast ca 2% av de misstänkta var kvinnor. Åldersfördelningen har andelsmässigt varit tämligen jämn mellan 1993 och 2002, möjligen med en svag tendens till minskning bland de yngsta. År 2002 var 16% av de dopningsbrottsmisstänkta under 19 år, nästan två tredjedelar 20-29 år och 22% 30 år och äldre.

Resultat från olika frågeundersökningar

Omfattning av dopningserfarenheten

Sedan 1993 har frågor om dopningsmedel inkluderats i CANs skolundersökningar (Hvitfeldt 2003), liksom i de riksrepresentativa intervjuundersökningar som genomförs i befolkningen samt sedan 1994 även i mönstringsunder-

sökningarna (Guttormsson 2002). En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet. Några resultat från dessa olika undersökningar presenteras i korthet nedan.

Erfarenhet av anabola steroider är tämligen ovanlig. Åren 1993–2002 har 1% av pojkarna i årskurs 9 respektive bland månstrande artonåringar svarat att de någon gång provat anabola steroider (tabell 95 och 96). Även i de riksrepresentativa telefonintervjuerna har någon procent av männen i åldern 16–24 år uppgett erfarenhet av anabola steroider (tabell 97), liksom i dopningsutredningens omfattande TEMO-studie från 1995 bland 10 000 män i åldrarna 18–30 år (Utredningen om dopning). Enligt intervjuerna av den vuxna befolkningen (15–75 år) har någon procent av männen 15–49 år svarat att de använt anabola steroider (tabell 98).

Av bl a månstringsundersökningarna och den omfattande TEMO-studien från 1995 framgår att de flesta med erfarenhet av anabola steroider endast använt preparaten vid enstaka tillfälle eller som en enstaka kur. I undersökningar där man frågat om aktuellt eller pågående bruk är det ytterst få som uppgett detta.

Erfarenheten av tillväxthormon är ännu mer begränsad jämfört med anabola steroider. Av flera olika undersökningar har framgått att tillväxthormon kan förväxlas 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%. Vidare är det mycket sällsynt att kvinnor uppger erfarenhet av hormondopningsmedel.

Det får konstateras att under 1993–2001, då dopningsfrågor ställts, har de låga värden som uppmättes i periodens början inte förändrats nämnvärt. Förutsatt att rapporteringsbenägenheten är ungefär densamma för anabola steroider som för narkotika visar flertalet av dessa undersökningar att det ofta är åtminstone ca 10–20 gånger fler pojkar/män som har provat narkotika.

Regionala skillnader

Av såväl skol- som månstringsundersökningarna (tabellerna 14 och 17) som befolkningsundersökningarna från TEMO (och Intervjubolaget år 2000) framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela landet, och enligt skolundersökningen var spridningen relativt jämn med avseende på befolkningstäthet.

I månstringsundersökningen avtog erfarenheten med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna är det normalt ca två gånger fler som provat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna. På grund av det stora antalet tillfrågade i månstringsundersökningen tillåter denna studie också presentation av data på länsnivå (tabell 17). Det framgår att värdena varierade mellan

Dopningsutvecklingen

0,5 och 1,4% och var lägst i Södermanland och Östergötland och högst i Västra Götaland och Jönköping 2002.

Lokalt på enskilda orter kan de variationerna vara ännu större. Detta visades exempelvis i en serie gymnasieundersökningar från 1994 som genomfördes bland 10 000 elever på åtta olika orter. Mellan 1–5% av pojkarna på de olika orterna uppgav erfarenhet av anabola steroider (Guttormsson et al 1995).

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 utlandsfödda mönstrande hade 2% prövat anabola steroider, jämfört med 1,5% bland svenskfödda med utlandsfödda föräldrar och 0,7% bland svenskfödda med svenska föräldrar.

Dopning och styrketräning

När de olika gymnasiestudierna 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. 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.

Samband med andra droger

I de ovan refererade studierna har det framkommit tydliga samband mellan hormondopningserfarenhet å ena sidan och annan drogerfarenhet å den andra. 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 de mönstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider så pass stor som 77% år 2002. Av bl a gymnasie- och mönstringsundersökningarna framgick att sambandet också gäller omfattande konsumtion av alkohol och erfarenhet av snifningsmedel.

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

Internationell jämförelse av dopningserfarenheten

I den sameuropeiska ESPAD-studien som genomfördes 1999 ställdes enkätfrågor om erfarenhet av anabola steroider till 15–16-åriga skolelever i ett antal länder (Hibell et al 2000). Svaren är dessvärre inte fullt jämförbara med 1995 års undersökning eftersom ”andra dopingmedel” också inkluderades då, utan att dessa definierades närmare.

Det var tämligen få flickor som uppgav erfarenhet av anabola steroider 1999. I 11 (av 29) länder uppgav dock 1% av flickorna detta, och i ytterligare fem länder var siffran 2%. Hälften av länderna med frekvenser över 0 låg i Östeuropa. För pojkarna låg värdena mellan 0–2% i 19 länder och över 2% i resterande 10. De högsta värdena uppmättes i Polen (6%) och på Cypern (5%). Av de 10 länder med värden över 2% låg sju i Östeuropa. De två länder som låg högst 1995, Kroatien och Polen, låg högt även 1999. I Sverige besvarade 2% av pojkarna och 0% av flickorna frågan jakande. För pojkarnas del var andelen dubbelt så hög jämfört med skolundersökningen från 1999, en skillnad som dock ryms inom felmarginalen för dessa studier.

Data från nationella skolundersökningar i USA visar att erfarenheten av anabola steroider är högre än i Sverige. Bland skolelever (både pojkar och flickor) i motsvarande årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 låg andelen som prövat anabola steroider på ca 2% 1991–1996 men har därefter ökat till närmare 4% (Johnston et al 2002). Således är erfarenheten av anabola steroider bland ungdomar (och yngre vuxna) lägre i Sverige än i USA, men likartad den i flera Västeuropeiska länder.

Referenser

Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. 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, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pampidou Group at the Council of Europe.

Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2003). *The Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2002*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Regeringens proposition 1998/99:3. *Åtgärder mot dopning*. Stockholm: Elanders.

Utredningen om dopning (1996). *Doping i folkhälsoperspektiv*. SOU 1996:126. Stockholm: Socialdepartementet.

Åtgärder mot dopning (1989). Departementsserien; 1989:60. Stockholm: Allmänna förlaget.

8. Tobaksutvecklingen

Inledning

Beskrivningen av tobaksutvecklingen görs huvudsakligen med hjälp av data rörande försäljningen av tobaksprodukter, och med data från ett antal frågeundersökningar som belyser konsumtionens utveckling och mönster. 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 helt fri (Magnusson och Nordgren 1994).

Socialstyrelsens tobaksutredning publicerade 1973 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 (f n 95 € per 1 000 cigaretter) inte behöver uppfylla 57-procentskravet.

Tobaksutvecklingen

År 1998 antogs ett direktiv om förbud mot alla former av tobaksreklam, vilket dock ogiltigförklarades av EG-domstolen i oktober 2000. Under slutet av 2002 antogs ett nytt förslag till förbud mot tobaksreklam, som beaktar de synpunkter som domstolen framförde. Huvudinriktningen i det nya förslaget är att förbjuda gränsöverskridande tobaksreklam i radio, tidningar och tidskrifter. Förbud mot icke-gränsöverskridande tobaksreklam faller dock inom respektive medlemsstats ansvar.

Under 2001 antogs också 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 görs avsevärt större och skall täcka 30 respektive 40% av cigarettpaketens fram- och baksida. I Sverige har direktivet också uppmärksammats för att varningstexten på snus ändras till: "Denna tobaksprodukt kan skada din hälsa och orsakar beroende." Förpackningar med de nya varningstexterna finns i handeln fr o m sommaren 2003.

I det sistnämnda direktivet bibehålls förbudet mot snus inom EU (utom Sverige). Förbudet kommer dock att bli föremål för EG-domstolens prövning då implementeringen av förbudet i Tyskland har ifrågasatts.

Under 2002 beslutades åter flera skärpningar av tobakslagen. Bl a infördes ett förbud mot s k indirekt tobaksreklam samt skyldighet för den som säljer tobak att anmäla detta till kommunen, som också ges rätt att ta ut avgift för sin tillsyn över tobakshandeln. Riksdagen har uttalat som sitt mål att alla restauranger och andra serveringar skall vara rökfria år 2004. Om detta mål inte kan uppnås på frivillig väg kommer lagstiftning att övervägas.

Konsumtionsutvecklingen

Tobaksförsäljningen

Data över tobaksförsäljningen i Sverige finns sedan en lång tid tillbaka. Statistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet har i viss mån minskat, särskilt sedan 1990-talets andra hälft, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet.

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 en kraftig försäljningsökning. Den nådde en topp 1976 då det såldes över 1 800 cigaretter per person 15 år och äldre. Av tabell 99 och diagram 40 framgår att försäljningen har minskat därefter. Efter

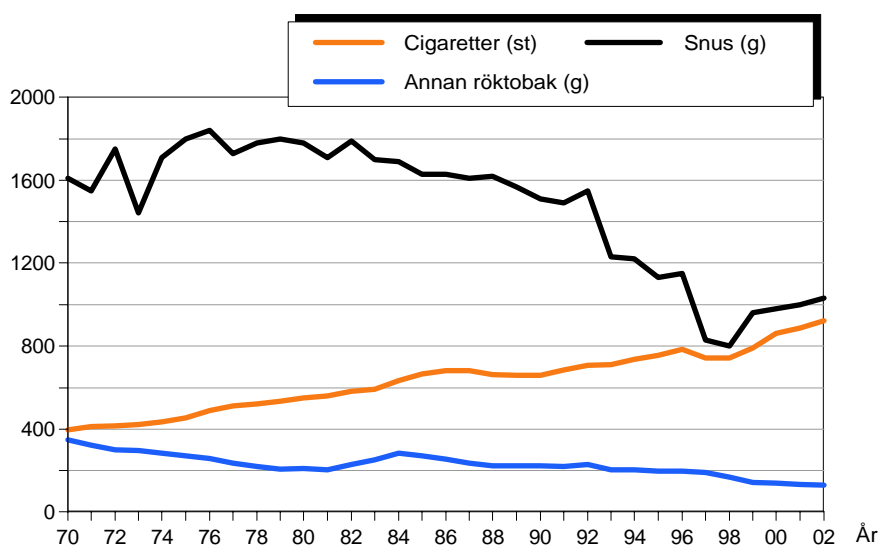


Diagram 40. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktokek) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2002. (Tabell 99)

den temporärt stora försäljningsnedgången 1997–1998, vilken sammanföll med de höga cigarettpriserna dessa år, har försäljningssiffrorna dock åter ökat något. Uppgången mellan 1999 och 2002, från 960 till 1030 sålda cigaretter, betyder dock inte att försäljningen återtagit samma nivå som före skattehöjningen. Annan röktokek har minskat konstant i försäljning sedan 1970.

Försäljningen av snus kom att minska efter andra världskriget. År 1945 såldes ca 1 200 gram snus per person 15 år och äldre. År 1968 hade mängden minskat till knappt 400 gram. Därefter har försäljningen ökat stadigt och uppgick till drygt 900 gram per person 15 år och äldre 2002, vilket totalt motsvarar 6 756 ton snus.

Oregistrerad försäljning

Den svenska försäljningsstatistiken ger inte en total bild av tobakskonsumtionen. Privat införsel och organiserad smuggling är ytterligare källor. 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.

Perioden 1970–1995 översteg aldrig tullens årliga beslag 6 miljoner cigaretter. Sedan 1997 har dock ca 40 miljoner cigaretter beslagtogs årligen (tabell 99). Den stora beslagsökningen kom parallellt med skattehöjningen, me-

Tobaksutvecklingen

dan prissänkningen 1998 således inte lett till att beslagen sjunkit. Det kan påpekas att Sverige har använts som transitland av cigarettsmugglare och att 2001 uppskattades exempelvis 45% av beslagen ha varit ämnade för den engelska marknaden.

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införda tobaksvaror, såväl taxfreevaror som småskalig smuggling. Enligt Persson (1999) uppskattades ca 20% av totalmarknaden av cigaretter våren 1998 komma från taxfreehandeln. Den registrerade försäljningen skulle sammanlagt ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettkonsumtionen 1998. Eftersom den registrerade försäljningen var exceptionellt låg detta år och delvis återtagit den tidigare nivån kan man anta att dagens registrerade försäljning speglar den faktiska konsumtionen klart bättre än vad den gjorde 1998.

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. Sedan 1980 finns nationellt representativa och jämförbara data insamlade inom ramen för denna studie. Vad gäller ungdomars tobaksvanor finns data från skolundersökningarna i årskurs 9, som genomförts årligen sedan 1971, och i mönstringsundersökningarna från år 2000 (se kapitel 2).

Tobaksbruk bland ungdomar

Av tabell 100 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare mellan 1971 och 2002. På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 och i högre grad mätte regelbunden rökning mellan dessa år är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna).

Som framgår var rökningen mera utbredd i början av 1970-talet för att sedan nå en relativt låg nivå under mitten av 1980-talet. Perioden 1989–1995 uppvisade en liten puckel, vilken planade ut under andra hälften av 1990-talet, även om detta är mera svårtolkat beroende på frågeändringen 1997. År 2002 svarade 25% av pojkarna och 34% av flickorna att de rökte.

För perioden 1983–2001 framgår även hur stor andel av eleverna som rökte varje eller nästan varje dag (tabell 100 och diagram 41). Värdena var återigen högre under 1990-talets första hälft, men om man jämför start- och slutåren har inga dramatiska förändringar skett då ca 10% av pojkarna och 16% av flickorna rökte dagligen/så gott som dagligen, såväl i slutet som i början av perioden.

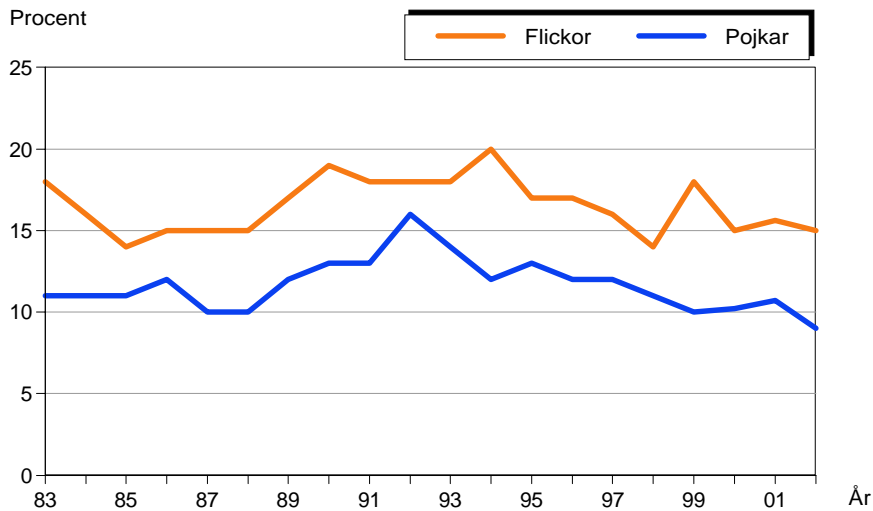


Diagram 41. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2002. (Tabell 100)

Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna, det är dock väsentligt många fler pojkar som snusar. Ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner könsskillnaderna. Under hela 1990-talet har andelen tobakskonsumenter varit i det närmaste likartad bland flickor och pojkar. År 2002 var det 34% av eleverna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

Snusfrågan ändrades också 1983 och 1997, varför tidsserien är något svårtolkad även i detta fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt av tabell 100. Snusvanorna förefaller ha varit mer omfattande under 1970-talet jämfört med 1990-talet. Detta innebär att snusvanornas utveckling bland niondeklassarna uppvisar en motsatt utveckling relaterat till den registrerade försäljningen. År 2002 svarade 25% av pojkarna och 5% av flickorna att de snusade.

År 2000 infördes frågor om rökning och snusning i drogvaneeenkäten som ges till alla mönstrande artonåringar. Liksom föregående år var det år 2002 totalt 44% som använde tobak i någon av dessa former. Närmare 27% rökte, varav 38% rökte dagligen. Dagligrökarna uppskattade sin genomsnittliga konsumtion till 13 cigaretter per dag.

Snusning uppgavs av 33%, varav över två tredjedelar snusade varje dag. Grupperna överlappade delvis varandra då 16% både rökte och snusade.

Tobaksbruk bland vuxna

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

År 1963 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 i början av 1970-talet.

År 1980 uppgick andelen dagligrökare till 36% bland de vuxna männen (16–84 år) och till 29% bland kvinnorna, enligt SCBs ULF-undersökning (tabell 101 och diagram 42). Därefter har rökningen minskat kontinuerligt såväl bland män som bland kvinnor, men minskningen har varit mer påtaglig bland männen. Detta har lett till att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män, något som är ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har skett i alla åldersgrupper, men har varit störst bland de yngre. I Folkhälsorapport 2001 konstaterades att nedgången i dagligrökning beror på att en stor andel rökare slutar samtidigt som färre börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

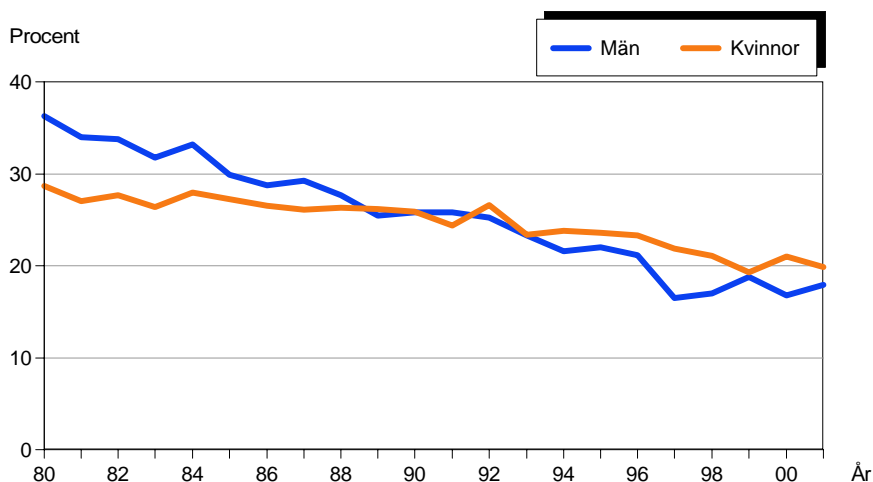


Diagram 42. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2001. (Tabell 101)

År 2001 svarade 18% av männen och 20% av kvinnorna att de rökte och i yngsta åldersgruppen (16–24 år) var andelarna 14 respektive 19%. Största andelen rökare återfanns i åldersgruppen 45–64 år (23 respektive 26%).

Snusning är fortfarande en utpräglad manlig vana. Trots att försäljningen av snus ökat stadigt sedan början av 1970-talet, är det svårt att finna någon motsvarande ökning av andelen snusare under de två senaste decennierna i ULF-undersökningarna. Andelen dagligsnusare bland vuxna män var 17% 1980 liksom 1989, och 20% år 1997. Bland kvinnor har dagligsnusandet hela tiden varit så gott som obefintligt (ca 1%). Detta kan innebära att de enskilda snusarna har ökat sin konsumtion samtidigt som det också kan vara så att de som tidigare både snusade och rökte i högre grad snusar idag.

Regionala skillnader

Relativt få uppgifter existerar om regionala rökvaneskillnader. Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 från 1999–2000 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till regioner med olika befolkningstäthet, dock med något högre värden för dem som bor i mindre tätorter (tabell 14). Skillnader uppträder dock om man betraktar könen var för sig. Bland pojkarna var rökning mindre vanligt bland dem som bodde i de tre storstadsregionerna och på landsbygden. Bland flickorna var rökningen minst omfattande i städer (exklusive storstadsregionerna).

ULF-undersökningarna har slagits samman för åren 1995–1999 och genererar därmed tillräckligt stora dataunderlag för nedbrytningar på länsnivå. Enligt dessa varierade andelen dagligrökare bland kvinnorna (16–74 år) i olika län mellan 29–19%, med Gotlands län i topp och Jämtlands län i botten. Bland männen placerade sig Jämtland näst sist, och Västerbotten allra sist (14%) medan Gotlands län låg högst även för männen (27%). De tre storstadslänen placerade sig på eller över riksgenomsnittet (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001). En H-regionindelning av ULF-undersökningen visar att rökning i vuxna befolkningen är något vanligare i storstadsområdena jämfört med de mera glesbefolkade områdena.

Även i mönstringsundersökningen från 2002 låg storstadslänen på eller över riksgenomsnittet vad gällde rökning (tabell 17, observera att Gotland inte ingår i redovisningen). Allra högst låg Stockholm men även Västerbotten visade högre värden, medan Dalarna och Västmanland låg lägst.

Sociala faktorer

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla sociala grupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i de mera välsituerade grupperna. Särskilt bland kvinnor var detta tydligt då arbetarklassens kvinnor knappast rökte alls på 1940-talet. Numera är förhållandena omvända. I ett längre per-

Tobaksutvecklingen

spektiv har således rökningen minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper. Perioden 1980–1999 har dock rökningen minskat såväl bland arbetare, lägre tjänstemän och mellan/högre tjänstemän (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

En 20-årsuppföljning av ULF-studierna (SCB 1997) visade bl a att bland dem som definierats som ”utbildningsfattiga” rökte 36% av männen och 43% av kvinnorna. I gruppen ”minst tre års högskola” var motsvarande siffror 14% respektive 13%. Bland sk ”ej facklärd arbetare” rökte 30% av männen och 33% av kvinnorna, mot 17% respektive 15% i kategorin ”högre tjänstemän”. Bland dem som ”tillhörde socialbidragshushåll” rökte 56% av männen och 45% av kvinnorna. Bland heltidsarbetande rökte 21% av männen och 28% av kvinnorna, jämfört med 38% för såväl män som kvinnor i gruppen ”långvarigt arbetslösa”.

År 2001 rökte enligt ULF-undersökningen 24% av arbetarna, 16% av tjänstemännen och 18% av företagarna. Bland förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa var andelen rökare 34%. Enligt samma studie var rökning dubbelt så vanligt bland utlandsfödda män, jämfört med dem som var födda i Sverige av svenskfödda föräldrar (31 jämfört med 16%). Bland kvinnorna i dessa två grupper fanns inga skillnader, däremot var det vanligt att svenskfödda kvinnor med utländsk bakgrund rökte.

Även i mönstringsundersökningen från 2001 var det vanligare att personer med utländsk bakgrund rökte, jämfört med infödda svenskar med svenskfödda föräldrar (33 respektive 27%). Med snusning förhöll det sig tvärtom, då 27 respektive 35% uppgav detta.

Av skolundersökningen i årskurs 9 framgår att skolk och otrivsel i skolan var vanligare hos elever som rökte. Andelen som skolkade ett par gånger i månaden eller oftare var 27% bland rökarna och 6% bland icke-rökarna år 2002. Andelen som trivdes dåligt i skolan uppgick till 10% i den förstnämnda gruppen och 5% i den sistnämnda.

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).

WHO har utvecklat en metod att utifrån nationell dödsorsaksstatistik beräkna antalet rökningrelaterade dödsfall i ett land (Peto 1994). Enkelt uttryckt innebär metoden att man använder lungcancerdödligheten i ett land som mått på hur länge och hur mycket man rökt i landet. Utifrån detta mått beräknar man den rökningrelaterade dödligheten i övrigt, med utgångspunkt från data

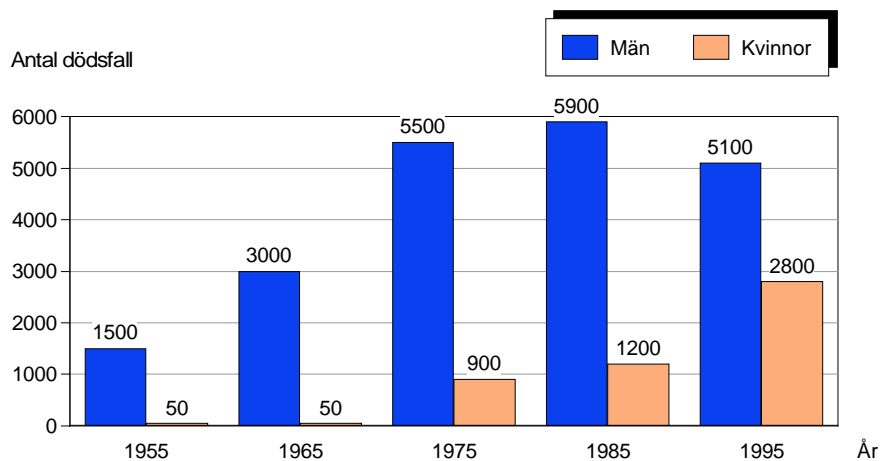


Diagram 43. Antalet rökningssrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.

Källa: WHO

i stora epidemiologiska studier. Metoden innebär sannolikt en underskattning av antalet rökningssrelaterade dödsfall, men det är ändå av intresse att betrakta utvecklingen enligt dessa beräkningar.

Av diagram 43 framgår att rökningen uppskattningsvis krävde 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. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och på samma sätt kan man efter 1985 se en minskning av rökningssrelaterad dödlighet bland männen. Bland kvinnorna har skadorna ökat kontinuerligt sedan mitten av 1960-talet och någon minskning kan ännu inte skönjas.

En beräkning gjord med utgångspunkt från dödsorsaksregistret av antalet rökningssrelaterade dödsfall för åren 1990-2000 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 har tvärtom ökat något, från 85 till 94 fall. Fortfarande står dock männen för majoriteten av dödsfallen således (Folkhälsoinstitutet 2003).

Internationell jämförelse av rökvanor

I de europeiska ESPAD-undersökningarna, som har genomförts 1995 och 1999, ställdes enkätfrågor bl a om rökning till 15–16-åriga skolelever i ett flertal länder (Hibell et al 2000). I 1999 års undersökning var andelen elever som hade rökt de senaste 30 dagarna före undersökningen högst på Grönland (67%). Därefter följde Bulgarien (50%) och Tjeckien respektive Frankrike (44%). I Sverige uppgick andelen till 30%, och på Cypern, där den var lägst, till 16%. Oftast var andelen rökare högre bland pojkarna än bland flickorna. Som en jämförelse kan nämnas att motsvarande andel i USA var 25%.

I diagram 44 jämförs 1995 och 1999 års resultat för de länder som deltog båda åren. Värdena framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där skillnaden mellan de båda åren överstigit två procentenheter markerats. Som framgår hade det inträffat ökning i många länder, främst i Litauen, Tjeckien, Danmark, Slovenien och Slovakien. Den största minskningen påträffades för Cypern (från 23 till 16%).

Förändringarna var i stort sett desamma för pojkar och flickor i respektive land. I Tjeckien respektive Slovakien hade dock flickorna ökat betydligt mer än pojkarna medan ökningen var större bland pojkarna i Litauen.

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 p g a av att frågeformuleringar och deltagande länder delvis skiljer sig åt.

I Folkhälsorapport 2001 (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001) jämfördes dagligrökning i den vuxna befolkningen i ett antal länder. Bland männen låg Estland, Spanien och Bulgarien allra högst (över 40% dagligrökare). Under 25% låg endast Slovakien och Sverige. Bland kvinnorna var en tredjedel dagligrökare i Danmark, Norge och Nederländerna, medan andelarna i Ryssland och Portugal var särskilt låga (7%).

Tobaksutvecklingen

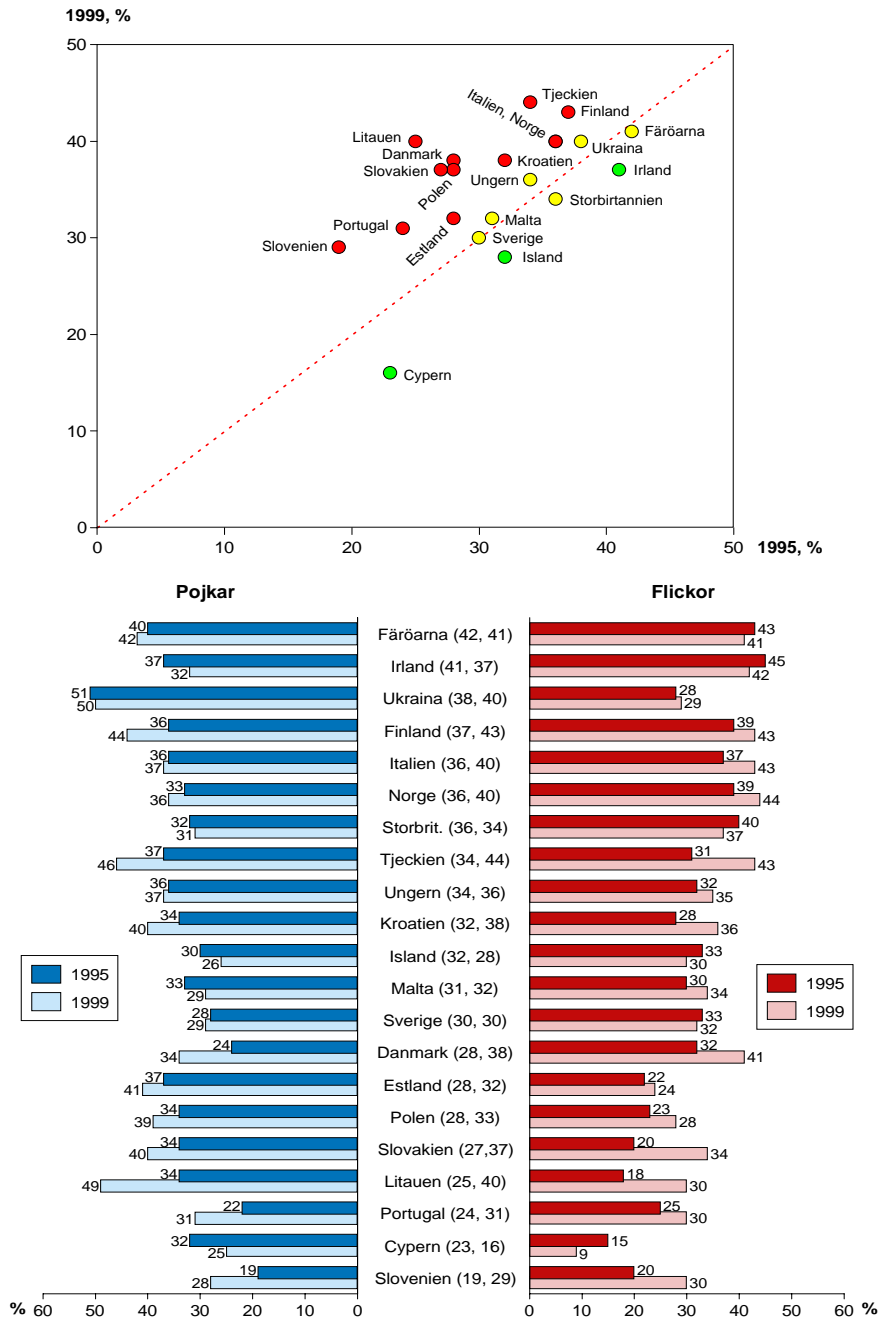


Diagram 44. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

Länder över den streckade linjen uppvisar öknings mellan undersökningarna medan länder under uppvisar minskningar. Värdena inom parentes refererar till samtliga elever 1995 och 1999.

Källa: Hibell et al (2000)

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.
- Folkhälsoinstitutet (2003). *Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta?* www.fhi.se
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T (2003). *Skolelevers drogvanor 2002*. Rapportserie nr 69. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- 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 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.
- SCB (1997). *Levnadsförhållanden. Rapport 91: Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Stockholm: SCB, Välfärdsprogrammet.
- 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 (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- SOU 1990:29. *Tobakslag: betänkande av Tobaksutredningen*. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Tabeller

Inledande tabellkommentarer

I tabellbilagan finns ett antal tabellkommentarer inkluderade. Dessa berör olika block av sammanhängande tabeller och förtydligar innehållet i dessa samt förklarar vissa definitioner. Huvudsakligen fokuserar de på att kommentera metodologiska förändringar som på något sätt kan ha påverkat de redovisade trenderna. För att få full förståelse för innehållet i tabellerna är det således viktigt att utöver fotnoterna i tabellerna också kontrollera tabellkommentarerna.

I flera fall har uppgiftslämnande källa varierat med åren. T ex erhöles vissa alkoholdata förut av Socialstyrelsen, därefter av Alkoholinspektionen och numer av Statens folkhälsoinstitut. Som källa anges i tabellerna endast aktuell uppgiftslämnare, men 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)

En viss försiktighet bör iakttagas vid tolkningen av siffrorna i tabellerna 1–4 som beskriver utvecklingen av statistikförd alkoholförsäljning, eftersom andelen oregistrerad alkoholkonsumtion sannolikt har varierat genom åren.

Försäljningen av mellanöl enligt tabell 2 gäller kvartal 4 för 1965 och kvartal 1-2 år 1977. Cider, alkoholisk och andra liknande produkter kan med nuvarande lagstiftning och statistikföringsrutiner dessvärre inte redovisas i tabell 2. Denna typ av dryckers bidrag till alkoholkonsumtionen kan återfinnas registrerat under såväl sprit- som vin- och maltdryckskategorierna. Av utrymmeskäl har åren 1946-1956 utgått och dessa siffror återfinns i Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2002.

Utvecklingen i länen beskrivs i tabellerna 3–4 och här anbefalles viss försiktighet i tolkningen. Semestervistelse, 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 o Bohus län samman med Älvsborgs län och Skaraborgs län till Västra Götalands län. Av utrymmeskäl och för jämförbarhetens skull har dessa län räknats samman även föregående år.

Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger i tabellerna 3–4, varför siffrorna för 1995 och framåt inte är fullt jämförbara med tidigare år. Bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingår heller inte i tabellerna 3–4.

Tabellerna 5–8 beskriver restaurangserveringens andel av den totala försäljningen, utvecklingen av antal serveringstillstånd samt ekonomiska aspekter på alkoholhanteringen. För indexutvecklingen bör noteras att Systembolaget bytt utgångsår och beräkningssätt, varför data skiljer sig jämfört med tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

Tabell 1. Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och dryckernas andel av totala försäljningen. Femårsmedeltal. 1861–2000. (Diagram 1)

År	Spritdrycker		Vin		Öl		Totalt	
	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%
1861–65	8,0	92	0,1	1	0,7	8	8,8	100
1866–70	6,6	90	0,1	1	0,7	9	7,3	100
1871–75	8,9	89	0,1	1	0,9	9	9,9	100
1876–80	7,5	87	0,1	1	1,0	12	8,7	100
1881–85	6,1	83	0,1	2	1,1	15	7,4	100
1886–90	5,3	78	0,1	1	1,4	20	6,8	100
1891–95	5,1	75	0,1	2	1,6	23	6,8	100
1896–00	5,9	75	0,1	1	1,8	23	7,9	100
1901–05	5,6	74	0,1	1	1,8	24	7,5	100
1906–10	5,0	74	0,1	2	1,7	24	6,8	100
1911–15	4,8	77	0,1	2	1,3	21	6,3	100
1916–20	2,3	68	0,2	6	0,9	26	3,4	100
1921–25	2,9	71	0,1	3	1,1	26	4,1	100
1926–30	3,1	68	0,2	4	1,3	28	4,6	100
1931–35	2,8	69	0,2	4	1,1	27	4,1	100
1936–40	2,7	67	0,2	4	1,2	29	4,1	100
1941–45	2,6	74	0,2	4	0,7	21	3,5	100
1946–50	3,2	72	0,3	6	1,0	22	4,5	100
1951–55	3,4	69	0,4	7	1,2	24	4,9	100
1956–60	3,4	66	0,5	10	1,2	24	5,1	100
1961–65	3,2	61	0,7	13	1,4	26	5,3	100
1966–70	3,3	50	0,9	14	2,4	36	6,6	100
1971–75	3,5	48	1,3	17	2,5	35	7,3	100
1976–80	3,7	50	1,5	20	2,0	26	7,5	100
1981–85	2,8	45	1,6	27	1,7	28	6,2	100
1986–90	2,3	36	1,8	28	2,3	35	6,4	100
1991–95	1,8	29	1,8	29	2,6	41	6,3	100
1996–00	1,3	22	2,0	33	2,6	43	6,0	100

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 2. Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och år samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1957–2002. (Diagram 2, 13 och 14)

År	Spritdrycker		Vin		Starköl	
	Liter	%	Liter	%	Liter	%
1957	3,6	68	0,5	9	0,1	1
1958	3,2	65	0,5	11	0,1	1
1959	3,1	63	0,6	12	0,1	2
1960	3,0	62	0,6	13	0,1	2
1961	3,2	62	0,7	13	0,1	2
1962	3,2	63	0,7	13	0,1	2
1963	3,0	59	0,7	14	0,2	4
1964	3,3	60	0,7	13	0,2	3
1965	3,4	60	0,8	13	0,2	2
1966	3,4	56	0,8	13	0,1	3
1967	3,4	54	0,9	13	0,2	3
1968	3,2	49	0,9	14	0,3	4
1969	3,3	46	1,0	14	0,3	4
1970	3,3	47	1,1	15	0,3	4
1971	3,2	45	1,1	16	0,3	3
1972	3,3	46	1,3	18	0,2	3
1973	3,4	49	1,2	17	0,2	3
1974	3,7	50	1,3	17	0,2	3
1975	3,8	49	1,4	18	0,2	3
1976	3,9	50	1,4	18	0,2	5
1977	3,7	51	1,5	21	0,4	5
1978	3,8	53	1,5	21	0,7	10
1979	3,8	53	1,5	21	0,8	12
1980	3,4	51	1,5	23	0,8	12
1981	3,1	48	1,5	24	0,7	13
1982	3,0	47	1,7	25	0,8	14
1983	2,8	45	1,6	27	0,8	14
1984	2,6	43	1,7	29	0,9	14
1985	2,5	42	1,7	29	0,9	14
1986	2,6	41	1,8	28	1,0	15
1987	2,4	38	1,8	28	1,0	17
1988	2,3	36	1,8	28	1,2	18
1989	2,3	34	1,9	28	1,3	19
1990	2,1	33	1,8	29	1,3	20
1991	2,1	33	1,8	29	1,2	19
1992	2,0	31	1,8	29	1,2	19
1993	1,9	30	1,8	29	1,3	20
1994	1,7	27	1,9	29	1,3	21
1995	1,6	25	1,8	29	1,4	23
1996	1,5	25	1,9	32	1,3	22
1997	1,3	22	2,0	34	1,4	24
1998	1,3	22	2,0	34	1,4	24
1999	1,3	21	2,1	34	1,6	26
2000	1,3	21	2,2	36	1,7	28
2001	1,4	21	2,4	38	1,8	27
2002	1,4	20	2,8	41	1,9	27

Källa: Statens folkhälsoinstitut. (För åren 1946-1956 se CAN-rapport nr 68.)

Forts. Tabell 2. Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och år samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1957–2002. (Diagram 2, 12, 13 och 14)

År	Mellanöl		Folköl		Totalt		Index
	Liter	%	Liter	%	Liter	%	1985=100
1957	.		1,2	22	5,3	100	87
1958	.		1,1	23	4,9	100	80
1959	.		1,2	24	4,9	100	81
1960	.		1,1	23	4,8	100	79
1961	.		1,1	23	5,1	100	83
1962	.		1,1	22	5,1	100	85
1963	.		1,2	24	5,1	100	84
1964	.		1,3	23	5,4	100	90
1965	0,3	5	1,1	19	5,7	100	94
1966	1,1	18	0,6	11	6,0	100	99
1967	1,4	21	0,5	9	6,3	100	104
1968	1,7	25	0,5	7	6,6	100	108
1969	2,1	30	0,4	6	7,0	100	116
1970	2,1	30	0,4	5	7,2	100	118
1971	2,1	30	0,4	5	7,0	100	115
1972	2,1	29	0,3	4	7,3	100	120
1973	2,0	29	0,3	4	7,0	100	115
1974	2,0	27	0,2	3	7,4	100	122
1975	2,1	28	0,2	2	7,6	100	125
1976	2,1	27	0,1	2	7,7	100	127
1977	1,0	13	0,7	10	7,3	100	120
1978	.		1,1	16	7,0	100	115
1979	.		1,0	15	7,1	100	117
1980	.		1,0	15	6,7	100	111
1981	.		0,9	15	6,3	100	104
1982	.		1,0	15	6,5	100	106
1983	.		0,9	14	6,1	100	101
1984	.		0,9	14	6,0	100	99
1985	.		1,0	16	6,1	100	100
1986	.		1,0	16	6,3	100	104
1987	.		1,0	17	6,2	100	102
1988	.		1,1	17	6,4	100	105
1989	.		1,2	18	6,5	100	108
1990	.		1,2	19	6,4	100	106
1991	.		1,2	19	6,3	100	103
1992	.		1,3	21	6,3	100	104
1993	.		1,3	21	6,2	100	102
1994	.		1,4	23	6,3	100	104
1995	.		1,4	23	6,2	100	102
1996	.		1,3	22	6,0	100	99
1997	.		1,2	20	5,9	100	97
1998	.		1,1	19	5,8	100	96
1999	.		1,1	18	6,1	100	100
2000	.		0,9	15	6,2	100	102
2001	.		0,9	14	6,5	100	107
2002	.		0,8	12	6,9	100	114

Källa: Statens folkhälsoinstitut. (För åren 1946-1956 se CAN-rapport nr 68.)

Tabell 3. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl^{a)} i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1986–2002^{b)}.

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
1986	6,9	4,5	4,8	4,5	3,9	4,2	4,8	6,3	4,5	4,3	4,6
1987	6,6	4,4	4,6	4,3	3,7	4,0	4,5	6,2	4,4	4,1	4,4
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	5,6	4,0	4,2	3,7	3,2	3,4	4,3	5,5	3,6	3,4	3,4
1996	5,4	3,8	4,1	3,6	2,9	3,2	4,0	5,2	3,3	3,0	3,1
1997	5,4	3,9	4,3	3,6	2,7	3,1	4,0	5,3	3,1	2,8	3,2
1998	5,4	3,9	4,2	3,6	2,7	3,0	3,9	5,2	3,0	2,8	3,1
1999	5,6	4,2	4,5	3,8	2,9	3,2	4,2	5,6	3,3	3,0	3,4
2000	5,9	4,4	4,6	4,0	2,9	3,2	4,2	5,9	3,3	3,1	3,3
2001	6,1	4,5	4,9	4,3	3,1	3,5	4,4	6,3	3,5	3,1	3,6
2002	6,3	4,9	5,3	4,6	3,3	3,7	4,8	6,7	3,7	3,3	4,0

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrland	Hela landet
1986	5,0	5,1	4,3	4,4	4,3	4,6	4,8	5,6	4,0	5,0	5,1
1987	4,8	4,7	4,2	4,2	4,1	4,4	4,6	5,4	3,7	4,8	4,8
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	4,0	4,4	3,5	3,8	3,8	3,6	3,9	5,0	3,7	4,0	4,1
1996	3,8	4,2	3,4	3,7	3,7	3,5	3,8	4,9	3,6	3,7	4,0
1997	3,8	4,4	3,4	4,1	3,7	3,5	3,9	5,0	3,7	3,8	3,9
1998	3,7	4,5	3,4	3,8	3,8	3,6	3,9	5,0	3,7	3,8	3,9
1999	4,0	5,0	3,7	4,1	4,1	3,9	4,2	5,4	4,1	4,1	4,2
2000	4,1	5,3	3,8	4,3	4,3	4,0	4,5	5,9	4,5	4,3	4,4
2001	4,4	6,0	4,1	4,5	4,6	4,5	4,8	6,3	4,8	4,7	4,6
2002	4,9	7,0	4,5	4,9	5,0	5,0	5,1	7,1	5,1	5,1	5,0

Källa: Systembolaget.

a) De svenska bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingår ej.

b) Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger, varför siffrorna inte är fullt jämförbara med föregående år.

Tabell 4. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl ^{a)} i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1992–2002 ^{b)}.

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
Spritdrycker											
1992	2,0	1,7	2,0	1,8	1,7	2,0	2,4	2,6	2,2	1,7	2,0
1993	1,9	1,6	1,8	1,7	1,7	1,9	2,3	2,5	2,0	1,7	1,9
1994	1,8	1,5	1,7	1,5	1,5	1,7	2,1	2,3	1,9	1,6	1,7
1995	1,7	1,4	1,6	1,4	1,4	1,6	2,0	2,1	1,7	1,4	1,5
1996	1,5	1,2	1,5	1,3	1,2	1,5	1,8	1,9	1,5	1,3	1,3
1997	1,4	1,1	1,4	1,2	1,0	1,3	1,6	1,8	1,3	1,0	1,2
1998	1,3	1,1	1,3	1,1	1,0	1,2	1,5	1,7	1,2	1,0	1,2
1999	1,3	1,1	1,3	1,1	1,0	1,2	1,5	1,7	1,2	1,0	1,2
2000	1,4	1,1	1,3	1,1	0,9	1,2	1,5	1,7	1,2	1,0	1,1
2001	1,3	1,0	1,3	1,1	0,9	1,2	1,4	1,6	1,2	0,9	1,1
2002	1,2	1,0	1,3	1,1	0,9	1,2	1,4	1,6	1,2	0,9	1,1
Vin											
1992	3,1	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,4	2,3	1,3	1,6	1,6
1993	3,0	1,9	1,7	1,6	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,7	1,5
1994	3,0	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,5	2,2	1,3	1,8	1,5
1995	3,0	1,9	1,7	1,6	1,1	1,2	1,5	2,2	1,3	1,6	1,4
1996	2,9	1,8	1,8	1,6	1,0	1,1	1,4	2,1	1,2	1,5	1,3
1997	2,9	2,0	1,9	1,6	1,0	1,2	1,5	2,3	1,2	1,4	1,4
1998	2,9	1,9	1,9	1,6	1,0	1,1	1,4	2,2	1,1	1,4	1,4
1999	3,1	2,1	2,1	1,8	1,1	1,2	1,6	2,5	1,4	1,5	1,5
2000	3,1	2,1	2,0	1,8	1,1	1,2	1,5	2,5	1,3	1,5	1,5
2001	3,3	2,3	2,3	2,0	1,2	1,4	1,8	2,9	1,4	1,6	1,7
2002	3,5	2,6	2,6	2,2	1,3	1,5	2,0	3,2	1,6	1,8	2,0
Starköl											
1992	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	1,0	0,5	0,5	0,6
1993	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,7	1,0	0,5	0,5	0,6
1994	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,8	1,1	0,6	0,6	0,6
1995	1,0	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	1,2	0,6	0,5	0,6
1996	1,0	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,8	1,1	0,6	0,4	0,5
1997	1,1	0,8	1,0	0,8	0,7	0,6	0,9	1,2	0,6	0,4	0,6
1998	1,1	0,8	1,0	0,8	0,7	0,6	0,9	1,2	0,6	0,4	0,6
1999	1,2	1,0	1,1	1,0	0,8	0,7	1,1	1,5	0,7	0,5	0,7
2000	1,4	1,0	1,2	1,0	0,9	0,8	1,1	1,6	0,8	0,6	0,7
2001	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	0,9	1,3	1,8	0,9	0,6	0,8
2002	1,5	1,2	1,5	1,3	1,1	1,0	1,4	1,9	1,0	0,6	0,9

Källa: Systembolaget.

a) De svenska bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingår ej.

b) Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger, varför siffrorna inte är fullt jämförbara med föregående år.

Forts.

Forts.

Tabell 4. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl ^{a)} i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1992–2002 ^{b)}.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrbottnen	Hela Landet
Spritdrycker											
1992	1,9	2,4	1,8	1,8	1,9	2,0	2,2	2,6	1,9	2,5	2,0
1993	1,8	2,2	1,7	1,7	1,7	1,8	2,0	2,5	1,7	2,2	1,8
1994	1,6	2,1	1,5	1,6	1,7	1,6	1,9	2,4	1,6	2,0	1,7
1995	1,5	1,9	1,4	1,4	1,5	1,5	1,7	2,3	1,5	1,8	1,6
1996	1,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,4	1,6	2,1	1,4	1,6	1,4
1997	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3	1,2	1,5	2,0	1,3	1,4	1,3
1998	1,2	1,7	1,1	1,1	1,3	1,2	1,4	2,0	1,3	1,4	1,2
1999	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	2,0	1,3	1,6	1,2
2000	1,2	1,8	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4	2,0	1,4	1,3	1,2
2001	1,2	1,8	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4	2,1	1,4	1,3	1,2
2002	1,2	2,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	2,1	1,3	1,3	1,2
Vin											
1992	1,8	1,4	1,4	1,6	1,3	1,4	1,3	1,6	1,2	1,2	1,8
1993	1,8	1,4	1,3	1,6	1,3	1,3	1,3	1,5	1,2	1,1	1,8
1994	1,8	1,6	1,3	1,6	1,4	1,3	1,3	1,6	1,2	1,2	1,8
1995	1,7	1,5	1,3	1,6	1,4	1,3	1,3	1,6	1,2	1,1	1,8
1996	1,7	1,5	1,3	1,6	1,4	1,3	1,4	1,6	1,3	1,2	1,8
1997	1,8	1,6	1,4	1,7	1,5	1,4	1,5	1,8	1,4	1,3	1,8
1998	1,6	1,6	1,3	1,6	1,5	1,3	1,5	1,7	1,3	1,2	1,8
1999	1,8	1,9	1,5	1,8	1,7	1,6	1,7	2,1	1,6	1,4	1,9
2000	1,8	2,0	1,5	1,8	1,7	1,6	1,7	2,1	1,6	1,4	2,0
2001	2,1	2,4	1,7	2,1	2,0	1,9	2,0	2,5	1,9	1,7	2,2
2002	2,4	3,0	1,9	2,3	2,2	2,2	2,3	2,9	2,2	2,0	2,4
Starköl											
1992	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7
1993	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,9	0,7
1994	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,9	0,7
1995	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	1,0	0,8
1996	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,1	0,9	1,0	0,8
1997	0,8	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,2	1,0	1,1	0,8
1998	0,8	1,1	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	1,2	1,0	1,1	0,9
1999	1,0	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,4	1,2	1,3	1,0
2000	1,0	1,5	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,6	1,4	1,4	1,1
2001	1,1	1,7	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,8	1,5	1,6	1,2
2002	1,3	2,0	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	2,0	1,6	1,8	1,3

Källa: Systembolaget.

a) De svenska bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingår ej.

b) Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger, varför siffrorna inte är fullt jämförbara med föregående år.

Tabell 5. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2002.

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

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 6. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera sprit, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd för klubbar och slutna sällskap. 1977–2002. ^{a)} (Diagram 3)

År	Till allmänheten					Till klubbar och 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	4 347	1 735	75	282	6 439	1 845	8 284
1993	4 474	1 796	78	279	6 627	1 887	8 514
1994	5 143	1 934	87	296	7 460	1 916	9 376
1995	5 812	1 937	86	286	8 121	2 021	10 142
1996	..	..	..	..	..	..	..
1997	6 532	1 760	78	207	8 577	2 040	10 617
1998	7 077	1 615	74	263	9 029	1 904	10 933
1999	7 371	1 447	46	281	9 145	1 904	11 049
2000	7 945	1 367	42	290	9 644	1 906	11 550
2001	8 090	1 269	42	289	9 690	1 890	11 580
2002	8 502	1 240	49	288	10 062	1 897	11 959

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 7. Konsumentuppgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1985–2000.

År		Sprit	Vin	Öl	Summa	Totalt
1985	S	7 345	3 879	1 603	12 828	
	R	919	892	1 376	3 188	16 015
	R %	11%	19%	46%	20%	
1986	S	7 639	4 172	1 897	13 707	17 351
	R	992	973	1 679	3 644	
	R %	11%	19%	47%	21%	
1987	S	7 894	4 482	2 199	14 575	18 696
	R	1 071	1 034	2 017	4 121	
	R %	12%	19%	48%	22%	
1988	S	7 996	4 735	2 641	15 371	19 883
	R	1 097	1 032	2 383	4 512	
	R %	12%	18%	47%	23%	
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	24 884
	R	1 225	1 001	3 582	5 809	
	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	25 060
	R	1 170	1 001	3 976	6 147	
	R %	13%	12%	53%	25%	
1996	S	7 424	7 813	3 552	18 794	25 035
	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	31 091
	R	2 533	2 194	5 007	9 734	
	R %	25%	18%	56%	31%	

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 8. Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. Dec 1984–dec 2002. December 1984=100.

År	Sprit	Vin ^{a)}	Starköl
1984	100	100	100
1985	96	99	101
1986	105	104	112
1987	99	100	111
1988	98	96	118
1989	100	96	121
1990	99	100	127
1991	93	97	118
1992	88	93	119
1993	89	93	113
1994	91	94	111
1995	91	96	107
1996	95	101	113
1997	96	101	91
1998	99	104	93
1999	99	105	93
2000	100	106	90
2001	98	96	89
2002	97	97	88

Källa: Systembolaget.

a) Inklusive cider (1991) och blanddrycker (1996).

Tabell 9a. Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 1996, 1998, 2000, 2001 och 2002, uppdelad på dryckesslag och anskaffningssätt, i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. ^{a)}

Dryckestyp och ursprung	1996	1998	2000	2001	2002
Sprit	2,7	2,6	2,3	2,5	2,6
Systembolaget och restauranger	1,5	1,3	1,3	1,4	1,4
Resandeförsel	0,5	0,7	0,6	0,7	0,7
Smugglad	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Hembränd	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2
Vin	2,3	2,7	3,0	3,3	3,8
Systembolaget och restauranger	1,9	2,1	2,2	2,5	2,7
Resandeförsel	0,3	0,4	0,6	0,7	0,7
Smugglat ^{b)}	..	..	0,0	0,0	0,0
Hemtillverkat	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Starköl	1,7	1,8	2,1	2,4	2,7
Systembolaget och restauranger	1,4	1,4	1,7	1,8	1,9
Resandeförsel	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
Smugglat ^{b)}	..	..	0,1	0,2	0,3
Hemtillverkat	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folköl	1,3	1,2	1,0	0,9	0,8
Totalt	8,0	8,2	8,4	9,1	9,9
Andelen oregistrerad konsumtion	26%	27%	26%	29%	30%

Källa: Stockholms Universitet, SoRAD.

a) P g a avrundning är summan av delmängderna inte alltid densamma som totalsumman.

b) Frågor om smuggling av vin och starköl ställdes inte 1996 och 1998 men kvantiteterna var med all sannolikhet lägre än de som uppmättes i de tre senare mätningarna.

Tabell 9b. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2002, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 4)

Dryckestyp och ursprung	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsumtionen (%)	Liter alkohol 100%
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	47	12	
Resandeförsel	27	7	
Smugglade	10	3	
Hembrända	9	2	
Restaurangförsäljning	7	2	
Summa	100	26	2,6
Vin			
Systembolagets försäljning	64	25	
Resandeförsel	19	7	
Restaurangförsäljning	8	3	
Hemtillverkat	8	3	
Smugglat	1	0	
Summa	100	39	3,8
Starköl			
Systembolagets försäljning	49	13	
Restaurangförsäljning	23	6	
Resandeförsel	18	5	
Smugglat	10	3	
Hemtillverkat	1	0	
Summa	100	27	2,7
Folköl			
Livsmedelsbutiker	99	8	
Restaurangförsäljning	1	0	
Summa	100	8	0,8
Totalt		100	9,9

Källa: Stockholms Universitet, SoRAD.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 10–27)

Som tidigare påpekats ger konsumtionsvaneundersökningar lägre konsumtionsvolymmer än försäljningssiffrorna. Detta beror inte minst på att man, medvetet eller omedvetet, underskattar sin konsumtion. Bortfallet innehåller också en överrepresentation av storkonsumenter, vilket också bidrar till de för låga konsumtionssiffrorna.

I tabell 10 tillkom blanddrycker, d v s alkoholisk och stark cider, 1998. I och med att inga frågor ställdes om dessa drycker de närmast föregående åren, samtidigt som dryckerna fanns att köpa då, innebär det att totalkonsumtionsvolymen före 1998 varit underskattande de närmast föregående åren. År 1987 byttes metod för att beräkna totalkonsumtionen, något som ledde till högre estimat, i synnerhet hos killarna.

Med begreppet ”ickekonsumenter” i tabellerna 11–12 avses elever som svarat att de inte dricker alkohol, övriga har konsumerat alkohol åtminstone någon gång.

Stället för 18 cl sprit enligt tabell 13 så efterfrågades en ”kvartering sprit” före 2000 (d v s 35 cl). Genom att ställa båda frågevarianterna år 2000 kunde man dra slutsatsen att förändringen ledde till så liten skillnad i svarsmönstret att den var försumbar. T o m 1977 efterfrågades 5 burkar mellanöl medan starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet tillkom 1999.

I tabell 14 motsvaras ”Sthlm/Gbg/Mmö” av H-region 1, 8 och 9. ”Städer” motsvaras av H-region 3, ”Tätorter” av H-region 4 och ”Landsbygd” av H-region 5 och 6.

I tabellerna 15–17 beskrivs de mörkstrandes 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 not). Den kraftiga uppgången 1997 av andelen som i berusningssyfte uppger att de brukar dricka lättvin förklaras av detta. Gotland har utslutits ur redovisningen i tabell 17 p g a högt och snedfördelat bortfall.

I tabellerna 18–21 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstrecken mellan åren 1979/80 och 1989/90 innebär att undersökningen är genomförd över ett årsskifte). P g a vissa metodologiska förändringar, bl a en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1996 års undersökning är det vanskligt att göra jämförelser över tid, i synnerhet som frågor om cider och alkoholisk inte började ställas förrän 1998. Vid undersökningen 2000 anlätades ett nytt opinionsinstitut (Intervjubolaget) vilket lett till ytterligare jämförelsesvårigheter (se kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet).

Tabell 10. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2002. (Diagram 5)

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	0,6	2,3	2,7	1,4	1,5
1990	5 977	1,0	0,4	1,0	0,5	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,0	1,8		
1991	5 883	1,0	0,4	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,6		
1992	5 851	1,1	0,3	0,9	0,4	0,2	0,1	.	.	1,2	0,7	3,3	1,6		
1993	5 913	1,1	0,5	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,7		
1994	5 868	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,2	0,7	3,3	1,8		
1995	5 577	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,0	1,9		
1996	6 027	1,2	0,6	0,7	0,4	0,1	0,2	.	.	0,9	0,6	3,0	1,7		
1997	5 683	1,2	0,6	0,8	0,4	0,1	0,2	.	.	1,0	0,8	3,2	2,0		
1998	5 455	1,2	0,6	0,9	0,4	0,1	0,2	0,4	0,4	1,2	0,9	3,9	2,4		
1999	5 198	1,1	0,4	1,0	0,4	0,1	0,2	0,4	0,4	1,4	1,0	3,9	2,3		
2000	5 290	1,2	0,4	1,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0,4	1,7	1,2	4,9	2,7		
2001	5 569	0,9	0,3	1,3	0,5	0,1	0,2	0,5	0,4	1,7	1,5	4,6	2,9		
2002	5 349	0,8	0,4	1,2	0,6	0,1	0,2	0,5	0,4	1,4	1,4	4,0	2,9		

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. 1971–2002.

År	Antal	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%					
			0-0,4	0,5-1,4	1,5-2,9	3,0-4,9	5,0-9,9	10,0-
1971	1 914	9	.	.	.	.	.	.
1972	3 089	10	.	.	.	.	.	.
1973	2 789	11	.	.	.	.	.	.
1974	2 352	11	..	..	..	..	..	..
1975	2 087	11	..	..	..	..	..	..
1976	2 151	9	..	..	..	..	..	..
1977	3 096	9	21	15	11	10	14	16
1978	4 734	11	22	14	13	11	15	13
1979	4 630	12	25	15	11	10	13	12
1980	4 977	13	30	17	11	10	10	9
1981	4 827	15	35	16	9	7	9	7
1982	2 599	19	31	13	9	8	9	9
1983	833	.	.	.	.	.	.	.
1984	825	.	.	.	.	.	.	.
1985	795	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 942	18	30	16	11	8	8	7
1987	2 958	20	31	14	10	7	9	7
1988	2 722	22	32	13	10	7	8	7
1989	2 863	22	27	15	11	8	9	7
1990	3 019	20	29	14	10	8	9	8
1991	2 980	18	27	13	10	9	10	9
1992	3 000	18	26	14	10	9	10	10
1993 ^{a)}	1 495	20	29	14	9	8	10	8
1994	2 919	18	27	13	11	9	10	10
1995	2 827	22	27	14	10	8	10	8
1996	3 071	23	26	13	10	8	10	8
1997	2 935	23	26	13	10	9	9	9
1998	2 760	21	22	13	11	8	10	11
1999	2 683	24	22	12	9	9	10	12
2000	2 499	19	19	13	12	8	12	14
2001	2 796	20	23	12	10	7	10	13
2002	2 726	23	25	13	9	7	9	10

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. 1971–2002.

År	Antal	Icke-konsumenter	Liter alkohol 100%					
			0-0,4	0,5-1,4	1,5-2,9	3,0-4,9	5,0-9,9	10,0-
1971	1 921	10	.	.	.	.	.	.
1972	2 996	9	.	.	.	.	.	.
1973	2 996	8	.	.	.	.	.	.
1974	2 282	10	..	..	..	..	..	..
1975	2 130	10	..	..	..	..	..	..
1976	1 985	9	..	..	..	..	..	..
1977	2 938	7	26	15	13	12	13	12
1978	4 809	8	28	17	13	12	12	8
1979	4 729	8	31	17	15	10	11	7
1980	4 964	11	36	19	12	8	8	5
1981	4 669	14	43	16	10	7	6	3
1982	2 547	18	40	15	10	6	5	4
1983	808	.	.	.	.	.	.	.
1984	796	.	.	.	.	.	.	.
1985	707	.	.	.	.	.	.	.
1986	2 878	21	41	15	8	5	5	2
1987	2 820	20	39	17	10	5	5	3
1988	2 708	25	37	15	9	6	4	3
1989	2 851	24	37	15	9	6	5	3
1990	2 958	21	36	16	10	6	7	4
1991	2 903	21	34	16	10	7	6	3
1992	2 851	20	36	17	10	6	5	3
1993 ^{a)}	1 466	22	36	14	10	7	6	4
1994	2 949	21	32	17	11	8	7	4
1995	2 750	19	34	16	11	7	6	4
1996	2 956	21	35	14	12	8	6	3
1997	2 748	21	33	17	10	7	7	5
1998	2 695	17	33	16	10	9	6	6
1999	2 515	20	32	15	10	9	7	6
2000	2 605	18	23	20	11	9	9	6
2001	2 605	18	31	15	10	8	8	7
2002	2 623	22	31	14	10	6	7	7

Källa: CAN.

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

Tabell 13. Berusningsbenägenhet. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2002. (Diagram 7)

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	32	23
2001	5 569	38	38	30	25
2002	5 349	35	36	29	24

Källa: CAN.

a) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl/cider eller 6 burkar foklöl vid samma tillfälle.

Tabell 14. Alkohol, rökning, sniffning, narkotika och anabola steroider efter befolkningstäthet och kön. Årskurs 9. Procent. 1999 och 2000.

	Sthlm/ Göteborg/ Malmö		Städer		Tätorter		Landsbygd	
	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI
1999								
Totalkonsumtion (liter alkohol 100% per år)	3,9	2,3	3,5	2,1	4,7	2,8	4,1	2,2
Berusad varje/nästan varje gång man dricker	31	32	37	35	45	37	43	44
Intensivkonsumtion ^{a)} 1 gång/mån el oftare	26	22	33	19	33	25	28	23
Druckit hembränt senaste 12 månaderna	31	32	43	39	47	47	50	54
Röker	25	38	33	33	33	39	29	39
Har sniffat	16	10	12	10	9	11	14	10
Använt narkotika	13	9	8	7	5	6	7	6
Använt anabola steroider	1	0	0	0	2	0	1	0
2000								
Totalkonsumtion (liter alkohol 100% per år)	4,2	2,8	5,5	2,4	6,0	3,2	3,2	2,3
Berusad varje/nästan varje gång man dricker	34	40	43	33	41	41	38	40
Intensivkonsumtion ^{a)} 1 gång/mån el oftare	31	24	35	21	34	27	26	22
Druckit hembränt senaste 12 månaderna	26	33	42	37	43	45	44	47
Röker	27	41	31	32	34	37	26	36
Har sniffat	10	10	12	5	11	9	6	5
Använt narkotika	11	12	11	6	9	7	4	6
Använt anabola steroider	1	0	1	0	1	1	0	1

Källa: CAN.

a) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande 18 cl sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl eller 6 burkar folköl vid samma tillfälle.

Tabell 15. ”Hur ofta dricker Du alkohol så att Du känner Dig berusad?” Procentuell fördelning bland mönstrande. 1973–2002. (Diagram 7)

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

Källa: CAN.

a) Frågan är inte 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. 1981–2002.

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

Källa: CAN. Bastalen framgår av föregående tabell.

a) Före 1997 kallades "Vanligt vin" i enkäten för "Lättvin". Ändringen innebär att svarsfrekvenserna för såväl "Lättvin" som "Starkvin" inte är jämförbara med tidigare år.

Tabell 17. Mönstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2002.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- konsum- erar minst 1 gång/ vecka ^{a)}	An- vänt nar- kotika	Använt ecstasy	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker
Stockholm	7 420	9,4	11,5	26,0	5,1	6,5	1,2	31,2
Uppsala	1 166	11,8	5,5	19,6	3,8	5,8	0,8	26,2
Södermanland	1 496	10,1	7,7	16,6	2,6	4,3	0,5	25,3
Östergötland	1 530	11,6	6,3	12,6	2,9	3,5	0,5	22,5
Jönköping	1 830	14,2	8,1	14,0	3,3	3,9	1,4	25,6
Kronoberg	868	9,2	9,4	14,9	2,6	2,6	0,7	27,9
Kalmar	1 072	8,5	8,1	13,2	2,4	5,6	0,9	23,8
Gotland	173	..	..	..	..	..	..	..
Blekinge	724	7,3	11,0	12,3	2,5	6,1	0,6	23,9
Skåne	4 708	9,1	8,1	18,1	3,8	4,9	1,0	26,9
Halland	1 635	6,8	12,4	17,6	3,4	5,1	0,7	27,2
Västra Götaland	7 496	10,2	12,0	19,2	4,5	6,6	1,4	27,8
Värmland	1 215	8,2	10,4	14,7	3,2	4,4	0,7	23,1
Örebro	973	13,5	7,1	10,7	1,5	3,7	0,8	23,4
Västmanland	973	11,9	6,4	12,9	2,2	4,8	1,1	22,0
Dalarna	1 023	8,6	7,6	15,5	2,3	5,0	-	21,8
Gävleborg	1 117	9,4	9,5	16,1	3,0	7,6	1,3	28,4
Västernorrland	1 060	12,9	6,1	15,4	3,8	7,5	0,6	24,9
Jämtland	708	9,0	7,3	19,4	3,8	7,8	1,3	26,7
Västerbotten	1 060	13,4	7,5	15,6	3,8	7,2	0,9	30,4
Norrbottn	1 158	12,7	6,3	13,0	1,9	7,1	0,8	26,9
Hela riket	39 742	10,2	9,2	17,9	3,6	5,6	1,0	26,8

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%. 1979/80–2000. (Diagram 8)

År	Pojkar (ålder)				Flickor (ålder)			
	16–19		20–24		16–19		20–24	
	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	1,8	1,0	3,3	0,5	0,8	0,6	1,1
1996	1,8	1,7	1,4	3,4	0,5	0,7	0,3	1,1
1998	1,5	1,6	1,3	3,7	0,4	0,6	0,3	1,2
2000	1,2	1,8	0,9	3,6	0,3	0,5	0,2	1,0

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO och 2000 Intervjubilagens telefonintervjuer.

Tabell 19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inkl starkvin) och **cider** i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. (Diagram 8)

År	Pojkar (ålder)				Flickor (ålder)			
	16–19		20–24		16–19		20–24	
	Vin	Cider	Vin	Cider	Vin	Cider	Vin	Cider
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	0,5	.	0,7	.	0,5	.	0,9	.
1996	0,4	.	0,8	.	0,7	.	1,2	.
1998 ^{a)}	0,3	0,6	0,8	0,6	0,5	0,7	1,2	0,8
2000	0,3	0,8	1,0	0,6	0,5	0,7	1,4	0,8

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO och 2000 Intervjubilagens telefonintervjuer.

a) Frågor om cider och blanddrycker har inte ställts tidigare år.

Tabell 20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **starksprit** resp den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. (Diagram 6 och 8)

År	Pojkar (ålder)				Flickor (ålder)			
	16–19		20–24		16–19		20–24	
	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	4,5	1,5	6,6	0,3	2,2	0,4	3,0
1996	1,1	5,0	1,9	7,5	0,4	2,3	0,4	3,0
1998 ^{a)}	0,8	4,8	1,7	8,2	0,4	2,7	0,5	4,0
2000	1,1	5,4	1,8	7,9	0,5	2,5	0,9	4,3

Källor: 1979/80–1994 SIFO besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO och 2000 Intervjubilagens telefonintervjuer.

a) Exklusive blanddrycker var konsumtionen bland pojkar 16–19 år 4,2 liter och 20–24 år 7,6 liter. Bland flickor var motsvarande siffror 2,0 liter respektive 3,2 liter.

Tabell 21. Inställningen till alkohol bland ungdomar 16–24 år 1996–2000. Procent.

		1996	1998	2000		
		Totalt	Totalt	Totalt	Pojkar	Flickor
Alkohol är ett av våra största samhällsproblem	Instämmer	34	29	53	47	58
	Varken för el. emot	46	43	16	15	16
	Tar avstånd	19	27	32	38	26
Man bör höja åldern för att få dricka på restaurang till 20 år	Instämmer	15	10	.	.	.
	Varken för el. emot	14	15	.	.	.
	Tar avstånd	70	74	.	.	.
Vi har för många restriktioner kring alkohol i det här landet	Instämmer	37	36	.	.	.
	Varken för el. emot	43	44	.	.	.
	Tar avstånd	20	20	.	.	.
Man bör sänka åldern för att få köpa alkohol på Systembolaget till 18 år	Instämmer	35	38	.	.	.
	Varken för el. emot	18	16	.	.	.
	Tar avstånd	47	45	.	.	.
Att ta in lite för mycket sprit från ett annat land är en bagatellartad förseelse	Instämmer	72	73	.	.	.
	Varken för el. emot	17	17	.	.	.
	Tar avstånd	11	11	.	.	.
Det borde vara lagligt att få tillverka sprit för personligt bruk	Instämmer	23	24	26	33	18
	Varken för el. emot	21	26	12	13	11
	Tar avstånd	56	50	62	54	71
Det är ett allvarligt brott att sälja hembränt eller smuggelsprit till ungdomar	Instämmer	77	71	.	.	.
	Varken för el. emot	13	17	.	.	.
	Tar avstånd	10	12	.	.	.

Källor: TEMO och Intervjubolaget.

Tabell 22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

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 23. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Kvinnor 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

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.

Tabell 24. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Män 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

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 25. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–29 år.** 1982–2000. (Diagram 10)

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 26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 30–49 år.** 1982–2000. (Diagram 10)

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 27. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 50–70 år.** 1982–2000. (Diagram 10)

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.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen (tabellerna 28–46)

En hel del av dessa tabeller är hämtade från administrativa register vilket gör att man måste vara försiktig vid användning av dem som indikatorer på utvecklingen av alkoholrelaterade problem. Förändringar i det administrativa systemets egenskaper, såväl som förändringar i omfattningen av de alkoholrelaterade problemen, kan ge utslag i statistiken.

Tabellerna 28–29 beskriver antalet missbrukare i institutionsvården enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 6§ Socialtjänstlagen (SoL). Tabellerna redovisar situationen 1 november från och med 1998. Tidigare gjordes tvärsnittsundersökningarna den 31 december vilket kan ha en viss inverkan på uppgifterna. År 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader, vilket förklarar den kraftiga ökningen detta år. Sedan 1998 definieras vuxen dessutom som 21 år och äldre, istället för 18 år och äldre som tidigare (gäller endast uppgifterna om vård enligt Socialtjänstlagen). Antalet LVM-vårdade under 1998 har inte kunnat beräknas.

I tabellerna 30–37 redovisas uppgifter rörande sjukhusvård 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.

I tabellerna 31 och 32 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen.

Sedan år 2000 redovisas samtliga anmälda trafikbrott, tidigare redovisades endast dem där det fanns en skäligen misstänkt person. Detta gör att data i tabell 41 för år 2000 ligger på en högre nivå och inte går att jämföra med tidigare år. Sedan 1999 inkluderas också rattfylleri under påverkan av narkotika i trafiknykterhetsbrottsstatistiken. Åren 1999 och 2000 går inte drograttfylleriet att särskilja, medan detta utgjorde anmälningsgrund i 24% av fallen 2002 och i 21% året dessförinnan.

Tabell 46 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 28. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6§ Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983-2001.

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	257	32	3 172	27	3 429
2000	251	29	3 246	26	3 497
2001	297	31	3 182	25	3 479

Källa: Socialstyrelsen.

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

b) Fr o m 1998 räknas ej längre 18-20-åringar vårdade enl SoL som vuxna. Inga LVM-siffror är tillgängliga för detta år.

Tabell 29. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2001.

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	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1999	257	174	68	83	32	109	42	97	38	46	18
2000	251	177	71	74	29	122	49	74	29	51	20
2001	297	208	70	91	31	114	38	113	38	70	24

Källa: Socialstyrelsen.

a) Kan även inkludera kombinationer med lösningsmedel.

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

Tabell 30. Antal utskrivningar med alkoholrelaterade huvuddiagnoser (se bilaga 1) inom den totala slutenvården samt deras andel av totala antalet utskrivningar. 1987–2001. ^{a)}

År	Antal utskrivningar			Andel alkoholrelaterade utskrivningar					
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
1987	763 164	909 133	1 672 297	40 917	5,4	10 461	1,2	51 378	3,1
1988	745 701	887 610	1 633 311	38 919	5,2	10 001	1,1	48 920	3,0
1989	727 536	792 996	1 520 532	35 000	4,8	9 664	1,2	44 664	2,9
1990	739 953	906 499	1 646 452	34 019	4,6	9 583	1,1	43 602	2,6
1991	770 175	940 209	1 710 384	32 589	4,2	9 510	1,0	42 099	2,5
1992	762 814	942 309	1 705 123	32 885	4,3	9 764	1,0	42 649	2,5
1993	770 038	947 744	1 717 782	32 919	4,3	9 570	1,0	42 489	2,5
1994	753 971	919 048	1 673 019	33 180	4,4	10 047	1,1	43 227	2,6
1995	732 985	889 917	1 622 902	31 340	4,3	9 579	1,1	40 919	2,5
1996	723 863	869 048	1 592 911	29 103	4,0	9 459	1,1	38 562	2,4
1997	702 689	844 408	1 547 097	27 493	3,9	9 325	1,1	36 818	2,4
1998	701 372	847 655	1 549 027	25 838	3,7	9 033	1,1	34 871	2,3
1999	689 214	825 768	1 514 982	26 532	3,8	9 525	1,2	36 057	2,4
2000	670 460	806 187	1 476 647	27 091	4,0	9 924	1,2	37 015	2,5
2001	663 534	795 985	1 459 519	25 988	3,9	9 726	1,2	35 714	2,4

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) År 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över detta årtal.

Tabell 31. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och standardiserade dödstal. 1969–2000 ^{a)} (Diagram 11, 12 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	16,4	80	2,0	700	38
1970	102	153	217	204	104	678	18,1	102	2,6	780	42
1971	148	177	255	215	123	806	20,7	112	2,8	918	49
1972	160	246	303	270	120	973	24,0	126	2,8	1 099	59
1973	203	231	344	303	136	1 081	26,0	136	3,0	1 217	65
1974	248	312	423	309	158	1 262	29,7	188	3,6	1 450	77
1975	276	305	396	320	160	1 240	28,8	217	4,1	1 457	78
1976	314	338	440	373	183	1 369	32,2	279	5,4	1 648	87
1977	320	372	497	413	193	1 518	36,1	277	5,5	1 795	95
1978	371	350	559	445	211	1 629	38,4	307	5,8	1 936	102
1979	421	405	684	537	231	1 893	45,7	385	7,4	2 278	120
1980	368	436	584	474	310	1 810	44,9	362	7,6	2 172	114
1981	327	348	554	482	264	1 661	39,4	314	6,2	1 975	103
1982	358	359	532	527	334	1 775	42,9	335	6,6	2 110	110
1983	313	358	494	493	300	1 639	39,5	319	6,3	1 958	102
1984	324	354	510	457	307	1 636	39,3	316	6,2	1 952	102
1985	297	372	463	478	306	1 570	37,1	346	6,6	1 916	100
1986	299	393	475	490	316	1 624	38,8	349	6,9	1 973	103
1987	270	378	471	465	271	1 542	39,8	313	7,6	1 855	96
1988	238	401	456	458	286	1 527	39,5	312	7,6	1 839	95
1989	223	401	437	451	322	1 542	39,5	292	6,9	1 834	94
1990	177	409	472	488	331	1 562	39,8	315	7,5	1 877	96
1991	196	439	476	527	338	1 623	41,0	353	8,2	1 976	100
1992	166	404	495	533	399	1 649	41,7	348	8,0	1 997	100
1993	171	386	482	471	409	1 611	40,4	308	7,1	1 919	96
1994	174	392	519	442	374	1 559	38,5	342	7,8	1 901	94
1995	187	372	543	450	398	1 581	38,8	369	8,5	1 950	96
1996	135	344	525	490	371	1 531	37,3	334	7,7	1 865	92
1997	129	286	519	405	353	1 376	33,6	316	7,1	1 692	83
1998	107	282	566	450	336	1 381	33,2	360	8,1	1 741	86
1999	99	302	517	448	355	1 369	32,8	352	7,9	1 721	85
2000	96	261	573	449	339	1 349	31,8	369	8,1	1 718	84

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 32. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 1) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal. 1988–2000.

Län	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00
Stockholm	29	28	31	32	33	31	29	30	31	22	26	26	23
Uppsala	16	17	18	19	19	20	16	18	16	15	16	13	16
Södermanland	17	18	13	28	23	18	18	22	15	11	14	13	15
Östergötland	14	18	14	19	16	21	18	17	15	17	16	10	11
Jönköping	14	15	19	18	18	14	13	15	13	10	13	13	10
Kronoberg	13	15	15	12	14	12	10	15	13	17	19	19	21
Kalmar	15	19	15	14	16	19	14	13	15	12	15	11	9
Gotland	12	13	6	12	30	18	15	33	28	14	14	13	16
Blekinge	9	16	17	21	18	18	14	18	19	15	19	20	19
Skåne	18	17	19	22	19	19	22	23	20	24	19	21	21
Halland	19	14	15	16	15	19	13	17	17	15	18	18	20
Västra Götaland	38	34	39	33	35	32	31	33	31	29	21	22	22
Värmland	19	26	18	19	23	19	19	20	16	21	14	16	18
Örebro	24	15	15	19	20	22	18	15	16	17	13	13	16
Västmanland	18	18	19	20	21	23	23	20	19	13	18	17	18
Dalarna	16	21	19	18	16	20	22	16	21	17	14	17	20
Gävleborg	23	27	17	23	23	25	24	28	17	22	16	18	19
Västernorrland	24	23	24	26	23	23	24	23	21	19	22	20	15
Jämtland	34	24	31	29	31	18	20	23	15	16	22	15	16
Västerbotten	15	17	19	14	17	17	15	15	18	15	12	13	11
Norrbottn	26	28	22	24	18	19	24	20	20	17	23	22	18
Hela landet	22	22	22	23	23	22	22	22	21	19	19	19	19

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser med tidigare år.

Tabell 33. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholpsykos** (F10.3-F10.9). 1956–2000. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1956	28	.	.	.	.
1957	15	.	.	.	.
1958	17	.	.	.	.
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

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 iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 34. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholberoende** (F10.2). 1956–2000. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1956	73	.	72	1	.
1957	84	.	82	2	.
1958	60	.	55	5	.
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

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 35. Alkoholrelaterad dödlighet: **Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar** (K70.0-K70.4, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1956–2000. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1956	380	.	246	134	.
1957	391	.	232	159	.
1958	386	.	233	153	.
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	442	459	614	287	901
1998	542	463	669	336	1 005
1999	531	400	623	308	931
2000	512	403	586	329	915

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

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 iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 36. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholförgiftning** (T51.0-T51.9).
1956–2000. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1956	20	.	19	1	.
1957	9	.	8	1	.
1958	15	.	13	2	.
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

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

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 iakttagas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 37. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkohol-förgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956–2000. ^{a)}

År	Alkoholpsykos (F10.3- F10.9)	Alkoholism (F10.2)	Lever- cirrhos ^{b)}	Alkohol- förgiftning (T51)	Totalt per 100 000 invånare
1956	0,4	1,0	5,2	0,3	6,9
1957	0,2	1,1	5,3	0,1	6,8
1958	0,2	0,8	5,2	0,2	6,5
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	5,0	0,7	10,4
1998	0,3	4,6	6,1	0,8	11,8
1999	0,2	4,4	6,0	0,7	11,3
2000	0,1	4,1	5,8	0,9	10,9

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

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) Fr o m 1997 ICD-10 koder: K70.0-K70.4, K74.0-K74.6, K76.0-K76.1, K76.6

Tabell 38. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB), efter kön. 1963–2002. ^{a)}

År	Män		Kvinnor		Totalt
	Antal	%	Antal	%	
1963	99 134	97	2 868	3	102 002
1964	108 655	97	3 134	3	111 789
1965	114 360	97	3 385	3	117 745
1966	115 252	97	3 424	3	118 676
1967	121 840	97	3 759	3	125 599
1968	108 159	97	3 613	3	111 772
1969	105 784	97	3 747	3	109 531
1970	100 403	97	3 640	3	104 043
1971	100 248	96	3 693	4	103 941
1972	106 539	96	4 103	4	110 642
1973	106 890	96	4 783	4	111 673
1974	114 518	96	5 097	4	119 615
1975	114 538	95	5 562	5	120 100
1976	104 981	95	5 206	5	110 187
1977	78 499	95	4 467	5	82 966
1978	105 941	94	6 298	6	112 239
1979	117 448	95	6 830	5	124 278
1980	119 231	94	7 405	6	126 636
1981	113 174	94	6 811	6	119 985
1982	118 437	94	7 396	6	125 833
1983	110 718	94	7 282	6	118 000
1984	103 300	94	6 985	6	110 285
1985	90 771	94	5 941	6	96 712
1986	91 558	94	5 964	6	97 522
1987	87 542	94	6 013	6	93 555
1988	81 324	93	6 128	7	87 452
1989	75 780	93	6 092	7	81 872
1990	69 812	93	5 587	7	75 399
1991	66 053	92	5 994	8	72 047
1992	62 130	92	5 514	8	67 644
1993	61 504	92	5 694	8	67 198
1994	72 707	91	7 141	9	79 848
1995	57 791	91	5 922	9	63 713
1996	52 440	91	5 440	9	57 880
1997	55 544	91	5 780	9	61 324
1998	60 061	90	6 340	10	66 401
1999	47 170	90	4 961	10	52 131
2000	43 020	90	4 626	10	47 646
2001	40 760	90	4 563	10	45 323
2002	39 427	89	4 736	11	44 163

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år ej medtagits. Dessa uppgick 2002 till 164 personer.

Tabell 39. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB), efter ålder och kön. 1963–2002. ^{a)} (Diagram 14)

År	15–17 år	18–19 år ^{b)}	20 år och däröver	15 år och däröver			Index 1985=100
				Män	Kvinnor	Totalt	
1963	9	21	18	34	1	17	121
1964	10	22	19	37	1	19	136
1965	11	26	19	38	1	20	143
1966	11	25	19	38	1	19	136
1967	13	25	20	40	1	20	143
1968	12	22	18	35	1	18	129
1969	11	24	17	34	1	17	121
1970	11	25	16	32	1	16	114
1971	12	23	16	32	1	16	114
1972	12	23	17	34	1	17	121
1973	12	23	17	34	2	17	121
1974	14	26	18	36	2	19	136
1975	14	27	18	36	2	19	136
1976	12	24	17	33	2	17	121
1977	9	15	13	24	1	13	93
1978	11	22	16	33	2	17	121
1979	11	25	18	36	2	19	136
1980	10	25	19	36	2	19	136
1981	9	22	18	34	2	18	129
1982	10	22	18	36	2	19	136
1983	9	19	18	33	2	17	121
1984	8	18	15	31	2	16	114
1985	7	15	13	27	2	14	100
1986	9	17	13	27	2	14	100
1987	9	15	12	26	2	14	100
1988	9	16	11	24	2	13	93
1989	8	16	10	22	2	12	86
1990	9	14	9	20	2	11	79
1991	8	13	8	19	2	10	71
1992	7	13	8	15	1	9	64
1993	8	14	8	15	1	8	57
1994	9	16	9	17	2	9	64
1995	8	14	7	14	1	7	50
1996	6	11	7	12	1	7	50
1997	7	13	7	13	1	7	50
1998	8	15	7	14	1	7	50
1999	7	12	5	11	1	6	43
2000	6	12	5	10	1	5	36
2001	6	12	5	9	1	5	36
2002	5	12	5	9	1	5	36

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) I denna tabell ingår ej oidentifierade personer. 2002 var dessa 8 766.

b) 18–20 år före 1970.

Tabell 40. Antalet ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter län. 1986–2002. ^{a)}

Län	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02
Stockholm	14	12	11	10	8	8	8	8	10	8	7	6	7	4	3	3	3
Uppsala	7	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	6	7	5	4	5	6
Södermanland	13	12	13	13	13	15	13	13	15	12	12	12	13	11	9	8	6
Östergötland	14	12	12	11	10	9	9	10	11	9	8	8	9	8	9	8	8
Jönköping	11	11	11	10	9	8	7	7	7	5	5	6	6	5	5	5	5
Kronoberg	7	7	7	7	7	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	3	2
Kalmar	10	9	9	9	7	6	5	5	6	4	4	4	4	4	5	4	4
Gotland	12	11	10	10	9	9	7	8	7	6	5	6	5	5	5	5	5
Blekinge	12	12	12	11	10	8	7	8	10	6	6	6	10	9	8	6	6
Skåne	8	7	8	7	6	6	6	5	7	5	5	6	6	5	4	4	4
Halland	6	6	7	7	7	6	6	6	7	5	5	6	7	6	7	6	5
Västra Götaland	16	17	14	13	12	11	10	10	11	10	9	9	11	8	8	7	6
Värmland	12	10	10	8	8	7	6	7	8	6	6	6	8	5	5	4	4
Örebro	10	10	11	10	11	12	10	10	11	9	8	8	10	7	7	7	6
Västmanland	15	15	14	14	13	13	13	13	16	12	9	10	11	10	9	9	9
Dalarna	11	11	11	9	7	7	6	6	7	5	5	4	4	4	3	5	4
Gävleborg	9	8	8	7	6	6	5	5	6	4	4	4	4	2	3	3	4
Västernorrland	10	10	9	9	9	10	9	9	9	7	6	7	6	6	6	6	7
Jämtland	8	8	8	6	6	5	5	4	7	6	6	6	8	6	6	6	7
Västerbotten	8	7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	6	6	4	4	4	5
Norrbottn	11	10	10	9	9	8	8	9	10	8	7	7	8	7	7	6	5
Hela landet	12	11	10	10	9	8	8	8	9	7	7	7	7	6	5	5	5

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år inte medtagits. För åren 1973–1985, se Rapport 98.

Tabell 41. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2002 ^{a)}.

Anmälda brott			Anmälda brott			Anmälda brott		
År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare
1950	3 460	49	1970	17 036	212	1990	25 508	297
1951	4 658	66	1971	18 672	231	1991	26 100	302
1952	5 530	78	1972	18 108	223	1992	24 563	284
1953	6 508	91	1973	19 680	242	1993	24 298	278
1954	7 442	103	1974	20 931	256	1994	21 011	239
1955	9 071	125	1975	21 685	265	1995	17 078	193
1956	11 694	160	1976	20 766	253	1996	15 023	170
1957	12 026	163	1977	22 187	269	1997	13 551	153
1958	12 286	166	1978	22 671	274	1998	12 127	137
1959	13 490	181	1979	21 701	262	1999	13 941	157
1960	12 702	170	1980	21 681	261	2000	17 403	196
1961	13 329	177	1981	21 065	253	2001	18 030	203
1962	12 678	168	1982	21 217	25	2002	19 583	217
1963	12 592	166	1983	22 493	270			
1964	14 822	193	1984	21 925	263			
1965	16 494	213	1985	19 769	237			
1966	17 031	218	1986	23 152	277			
1967	18 001	229	1987	22 923	273			
1968	15 923	201	1988	24 351	298			
1969	18 442	231	1989	26 167	308			

Källa: Brå.

a) Sedan 1999 inkluderas också rattfylleri under påverkan av narkotika och sedan år 2000 inkluderar statistiken även anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas.

Tabell 42. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2002. ^{a)}

År	Ålder							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	14 251
1985	532	1 219	2 660	2 080	3 665	2 426	1 459	14 041
1986	560	1 234	2 916	2 224	3 809	2 725	1 586	15 054
1987	325	939	3 194	2 194	3 926	2 986	1 688	15 252
1988	343	925	3 253	2 306	3 891	3 117	1 803	15 638
1989	370	1 060	3 606	2 701	4 161	3 370	1 912	17 180
1990	389	905	3 384	2 810	4 345	3 516	2 081	17 430
1991	463	807	3 205	2 914	4 618	3 975	2 414	18 396
1992	388	721	2 642	2 687	4 364	3 735	2 584	17 121
1993	440	655	2 322	2 487	4 161	3 687	2 860	16 612
1994	367	512	1 991	1 913	3 697	3 421	2 762	14 663
1995	489	516	1 380	1 468	2 864	2 749	2 329	11 795
1996	419	410	1 256	1 282	2 698	2 594	2 357	11 016
1997	332	450	1 228	1 242	2 773	2 588	2 548	11 161
1998	320	411	1 181	1 138	2 592	2 550	2 470	10 662
1999 ^{b)}	187	275	1 086	1 004	2 348	2 252	2 341	9 493
2000 ^{c)}	383	513	1 443	1 217	2 922	2 660	2 543	11 695
2001	450	611	1 786	1 425	3 307	2 918	2 920	13 422
2002	509	674	1 959	1 520	3 362	3 088	3 127	14 246

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 enstaka personer.

Tabell 43. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2001 ^{a)}. (Diagram 13)

År	Olyckor med dödlig utgång		Andra olyckor med personskada			Delaktiga förare totalt			Index per inv. 1985=100
	Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade	Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade	Delaktiga förare	Därav misstänkta alkoholpåverkade	Antal	%	
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	712	35	5 22 143	702	3	22 855	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 23 083	751	3	23 796	791	3	71
2000	786	51	6 23 315	804	3	24 101	855	4	77
2001	750	51	7 23 507	923	4	24 257	974	4	87

Källa: Vägverket.

a) I tabellen ingår ej sådana olyckor för vilka uppgifter om ev alkoholpåverkan hos föraren saknas.

Tabell 44. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2001.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
-15	72	0	4	0	6
15	496	2	9	1	2
16-17	275	1	26	3	9
18-19	1 083	4	73	7	7
20-24	2 815	12	172	18	6
25-34	4 777	20	216	22	5
35-44	4 501	19	212	22	5
45-54	3 573	15	147	15	4
55-64	2 522	10	72	7	3
65-74	1 173	5	23	2	2
75-	881	4	3	0	0
Okänd	2 089	9	17	2	1
Totalt	24 257	100	974	100	4

Källa: Vägverket.

Tabell 45. Antal lagföringar för sjöfylleri. 1974-2001.

År	Antal	År	Antal	År	Antal
1974	58				
1975	58	1985	98	1995	70
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		
1983	125	1993	67		
1984	111	1994	62		

Källa: Brå.

Tabell 46. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2002.

År	Genomförda analyser	Alkohol förekomst		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

Källa: Rättsmedicinalverket.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 47–52)

I tabell 47 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i kapitel 2 och detta är hämtat ur den s k ECAS-studien.

I tabell 48 och 49 beskrivs utvecklingen av försäljningen av alkoholdrycker i ett antal olika länder. Försiktighet vid jämförelse av de absoluta konsumtionsnivåerna länderna emellan rekommenderas. Försäljningssiffrorna är inte alltid insamlade på likartat sätt och under exakt samma tidsperiod. T ex ingår lättdrycker för vissa länder men inte för andra, ibland baseras data på produktion istället för försäljning osv. Däremot kan utvecklingen i olika länder jämföras, även om det även i dessa fall är viktigt att beakta att det kan förekomma förändringar och kvalitetsbrister som förrycker statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 50 redovisas försäljningsdata från den s k ECAS-studien. Länderna är indelade i tre kluster, ett med vinländer (Frankrike, Grekland, Italien, Portugal, Spanien) ett med ölländer (Belgien, Danmark, Irland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Österrike) och ett med spritländer (Finland, Norge, Sverige).

I tabell 51 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder samt år 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 52 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen ovan och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

Tabell 47. 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: ECAS.

Tabell 48. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2001. (Diagram 16)

Land	Sprit liter 100%	Öl liter	Vin liter	Totalt liter 100%
1. Luxemburg	1,6	100,9	64,4	12,4
2. Tjeckien	3,7	158,1	16,5	10,9
3. Irland	2,4	150,8	11,8	10,8
4. Rumänien	4,5	50,5	30,0	10,6
5. Portugal	1,4	61,3	50,0	10,6
6. Frankrike	2,4	35,9	56,9	10,5
7. Spanien	2,4	75,0	36,2	10,5
8. Tyskland	1,9	123,1	23,9	10,4
9. Ungern	3,0	64,0	31,0	9,8
10. Danmark	1,1	98,6	31,2	9,5
11. Österrike	1,4	106,9	31,0	9,2
12. Schweiz	1,5	51,1	43,1	9,1
13. Ryssland	6,3	30,0	7,7	8,6
14. Storbritannien	1,5	97,1	17,5	8,5
15. Slovakien	4,4	86,4	10,9	8,2
16. Belgien	1,2	98,0	18,7	8,2
17. Cypern	3,2	60,3	16,8	8,2
18. Nederländerna	1,7	80,5	18,9	8,1
19. Grekland	1,9	39,0	34,0	7,9
20. Italien	0,4	28,9	50,0	7,6
21. Nya Zeeland	1,6	80,0	16,7	7,6
22. Lettland	5,5	35,0	4,0	7,5
23. Australien	1,2	93,0	20,0	7,4
24. Finland	2,1	80,2	20,1	7,4
25. Polen	3,3	60,5	6,0	7,0
26. USA	1,9	83,2	7,5	6,7
27. Kanada	2,0	68,8	10,1	6,6
28. Japan	2,9	40,0	2,5	6,5
29. Argentina	0,3	37,0	34,0	6,2
30. Bulgarien	2,2	25,0	21,4	6,0
31. Chile	1,6	27,0	16,0	4,9
32. Sverige	1,0	55,3	15,5	4,9
33. Sydafrika	0,8	55,8	9,2	4,8
34. Norge	0,8	50,7	10,9	4,4
35. Brasilien	1,5	46,7	1,9	4,1
36. Island	1,0	49,0	8,0	3,9
37. Kina	3,0	15,8	0,2	3,8
38. Mexico	0,7	48,6	0,2	3,2
39. Estland	1,6	6,8	2,8	2,6
40. Turkiet	0,4	17,0	0,8	1,3
41. Marocko	-	3,5	1,3	0,3
42. Indien	0,2	0,7	-	0,2

Källa: World Drink Trends 2003.

Tabell 49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2001. (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	6,1	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	4,0	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	4,1	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	4,3	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	3,7	9,6	11,5	9,1	8,5
1994	5,4	9,9	6,8	3,5	3,8	9,2	11,4	9,0	8,7
1995	5,2	10,0	6,9	3,6	3,9	9,1	11,4	8,7	9,0
1996	4,9	10,0	6,8	3,7	4,1	9,1	11,2	8,4	9,4
1997	5,1	9,9	7,1	3,9	4,3	9,1	10,9	8,3	9,7
1998	4,9	9,5	7,1	4,3	4,2	8,2	10,8	7,9	9,7
1999	4,9	9,5	7,2	4,0	4,8	8,4	10,7	8,4	9,6
2000	4,9	9,5	7,1	4,0	5,0	8,4	10,4	8,0	10,7
2001	4,9	9,5	7,4	3,9	4,4	8,2	10,5	7,9	10,8

Källa: World Drink Trends 2003.

Forts.

Forts.

Tabell 49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare ^{a)}. 1965–2001. (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	8,2
1980	13,0	10,9	8,9	11,0	13,6	7,3	11,4	11,0	8,2
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	7,2	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	12,3	7,9	12,1	9,7	7,7	11,3	9,8	6,7
1995	8,2	12,1	8,0	12,0	9,5	7,6	10,9	9,8	6,5
1996	7,8	11,6	8,1	11,6	9,3	8,0	10,7	9,7	6,6
1997	7,8	11,4	8,2	11,3	10,1	8,2	10,8	9,5	6,6
1998	7,7	13,3	8,1	11,3	10,1	8,0	10,6	9,3	6,6
1999	7,6	12,9	8,2	11,0	10,1	8,4	10,6	9,3	6,7
2000	7,5	13,2	8,2	10,9	10,2	8,4	10,5	9,4	6,7
2001	7,6	12,4	8,1	10,6	10,5	8,5	10,4	9,2	6,7

Källa: World Drink Trends 2003.

Tabell 50. 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. 1955–1995. (Diagram 18)

År	Vinländer	Ölländer, inkl Neder- länderna	F d spritländer (Finland, 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

Källa: ECAS.

Tabell 51. 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: ECAS.

Tabell 52. 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: ECAS.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 53–59)

I tabell 53 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 prova narkotika och det får observeras att dessa andelar är beräknade utifrån de elever som inte använt narkotika.

Det stora internbortfallet i mönstringsundersökningen 1985 och 1987 berodde på tekniska svårigheter att läsa de optiska blanketterna (tabellerna 54 och 55). 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 rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall.

Uppgiften om mönstrande som erbjudits narkotika gällde enbart cannabis 1976–1988. Av dem som erbjudits narkotika 2002 hade 93% erbjudits cannabis. Frågorna om narkotikaerfarenheten har enligt fotnoten i tabell 54 ändrats något 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 57 och 58 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 så efterfrågas sedan 1998 cannabis, amfetamin, kokain, heroin, LSD, ecstasy, tidigare narkotika i allmänhet.

Tabell 53. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2002. (Diagram 21, 22 och 23)

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

Källa: CAN.

a) 1986–1997 avsåg frågan endast hasch eller marijuana.

Tabell 54. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2002. (Diagram 21, 22 och 23)

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

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 55. Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination? Procentuell fördelning bland mänstrande. 1976–2002.

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

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 56. Inställning till narkotika bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. Procent.

		1996	1998	2000		
				Totalt	Pojkar	Flickor
Narkotikan är ett av våra största samhällsproblem	Instämmer	70	64	71	66	76
	Varken för el. emot	21	24	12	13	11
	Tar avstånd	9	12	17	21	13
Det borde vara tillåtet att få röka hasch	Instämmer	3	4	.	.	.
	Varken för el. emot	6	5	.	.	.
	Tar avstånd	91	91	.	.	.
Om man avkriminaliserade narkotikan skulle narkotik användningen öka kraftigt	Instämmer	66	65	.	.	.
	Varken för el. emot	24	26	.	.	.
	Tar avstånd	9	9	.	.	.
Straffen för olaglig försäljning av narkotika borde vara ännu hårdare	Instämmer	81	75	.	.	.
	Varken för el. emot	10	14	.	.	.
	Tar avstånd	9	11	.	.	.
Man skulle själv få bestämma om man vill knarka eller ej	Instämmer	13	13	.	.	.
	Varken för el. emot	20	19	.	.	.
	Tar avstånd	67	68	.	.	.
Att testa droger är ett led i en normal tonårsutveckling	Instämmer	10	8	.	.	.
	Varken för el. emot	18	14	.	.	.
	Tar avstånd	71	78	.	.	.
Det är bra med den liberalisering av narkotikalagstiftningen som äger rum på olika håll i Europa	Instämmer	8	8	.	.	.
	Varken för el. emot	27	28	.	.	.
	Tar avstånd	65	63	.	.	.

Källor: TEMO och Intervjubilaget.

Tabell 57. Andel personer 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 58. Andel personer 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 59. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 24)

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 tunga narkotikamissbrukare avses de som injicerat den senaste 12-månadersperioden (oavsett frekvens) eller de som har använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (UNOs definition).

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 60–64)

Beslagsstatistiken i tabellerna 60–64 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. Generellt gäller att antalet beslag är en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna mängderna. Anledningen till detta är att enstaka större beslag ibland får stort genomslag i statistiken. I vissa fall kan detta dessutom handla om narkotika som egentligen inte varit avsett för den svenska marknaden.

Det kan vara värt att notera att inträdet i den Europeiska unionen bidragit till att tullens arbets sätt delvis har ändrats och att det internationella underrättelsearbetet utvecklats. Under 2002 gjorde tullen klart färre beslag jämfört med föregående år, samtidigt som mängderna var större. Detta får ses mot bakgrund av den uttalade strategin att arbeta med så kallade riskprofiler och underrättelsebaserade kontroller.

Kategorin ”läkemedel” i tabell 60 innehåller till den allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om narkotikaklassade smärtstillande läkemedel också kan ingå.

I totalsiffran i tabell 60 ingår även andra narkotikasorter än de som särredovisas i tabellen. I Rikskriminalpolisens redovisning av narkotikabeslag inkluderas även poppers, hälsofarliga varor och dopningsmedel, sådana icke-narkotiska medel ingår dock inte i tabell 60.

I amfetaminbeslagen i tabell 62 ingår även de besläktade preparaten metamfetamin och fenmetrazin. Sådana beslag är tämligen ovanliga och utgjorde sett till antal 4% år 2002.

Tabell 60. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel, 1965–2002. (Diagram 25 och 31)

År	Medel				Antal beslag ^{b)}				
	Canna- bis	Heroin	Am- feta- min	Läke- me- del ^{a)}	Av tull	Av polis	Totalt	Per 100 000 invånare	Index per 100 000 invånare, 1985=100
1965	.	.	.	.	32	300	332	4	6
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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

b) Inkluderar även narkotiska preparat som inte redovisas i tabellen.

Tabell 61. Polisens och tullens beslag av **cannabis** (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2002. (Diagram 32)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 62. Polisens och tullens beslag av **amfetamin**^{a)}. 1970–2002. (Diagram 32)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin.

Tabell 63. Polisens och tullens beslag av **kokain**, 1975–2002. (Diagram 31 och 32)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 64. Polisens och tullens beslag av **heroin**. 1970–2002. (Diagram 32)

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
1991	564	5	44	6	608	11
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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Kriminalstatistik (tabellerna 65–74)

I tabell 65 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. År 2002 motsvarade antalet nedlagda timmar på narkotikaärenden 6% av samtliga arbetade polistimmar.

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 65).

Ökningen av anmälda smugglingsbrott år 2001 i tabell 65 är åtminstone delvis artificiell och beror på tekniska förbättringar av inrapporteringen av dataunderlagen från Tullverket.

År 1997 slogs Malmöhus län samman med Kristianstads län till Skåne län och 1998 slogs Göteborg o 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 69–74 redovisas lagföringar med narkotikabrott som huvud- eller bibrott. I tabell 69 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.

Ålderssuppgift saknades år 2000 för två personer i tabell 69, varför delsummor och total inte helt överensstämmer.

I tabell 74 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.

Avslutningsvis bör nämnas att narkotikabrottslighet är ett typiskt s k spaningsbrott. Detta innebär att det i stora stycken är omfattningen av polisens och tullens spaningsarbete som avgör hur många brott som kommer att upptäckas.

Tabell 65. Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2002.

År	Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden ^{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	905	11	58	21 110	258	60
1976	230	967	12	63	17 879	217	50
1977	304	1 374	17	89	20 753	252	58
1978	309	1 108	13	68	20 655	250	58
1979	322	1 341	16	84	22 615	273	63
1980	335	2 564	31	163	59 447	715	166
1981	391	2 336	28	147	67 587	812	188
1982	440	2 046	25	132	68 566	824	191
1983	481	1 999	24	126	48 019	577	134
1984	523	1 892	23	121	38 238	459	106
1985	495	1 597	19	100	35 971	431	100
1986	538	1 508	18	95	38 028	454	105
1987	528	1 856	22	116	41 869	499	116
1988	482	1 644	19	100	29 003	344	80
1989	478	1 556	18	95	33 607	396	92
1990	466	1 498	18	95	26 517	310	72
1991	551	1 379	16	84	30 765	357	83
1992	560	1 500	17	89	29 229	337	78
1993	632	995	11	58	40 749	467	108
1994	670	816	9	47	30 785	351	81
1995	676	689	8	42	28 473	323	75
1996	721	635	7	37	30 874	349	81
1997	914	561	6	32	30 378	344	80
1998	901	446	5	26	31 566	357	83
1999	901	542	6	32	36 523	410	95
2000	869	353	4	21	32 423	365	85
2001	889	1 365	15	79	32 405	364	84
2002	964	1 478	16	84	38 005	425	99

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992 och i synnerhet 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten.

b) Ökningen 2001 är åtminstone delvis artificiell och beror på förbättrad inrapportering av dataunderlagen från Tullverket.

Tabell 66. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2002.

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	1 180	100
1981	104	8	171	13	753	58	261	20	1 289	100
1982	140	11	151	12	672	54	280	23	1 243	100
1983	107	9	115	10	678	59	254	22	1 154	100
1984	111	10	126	11	675	59	224	20	1 136	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	1 012	100
1988	92	9	131	13	625	61	171	17	1 019	100
1889	88	9	106	11	603	64	150	16	947	100
1990	62	6	123	12	663	66	160	16	1 008	100
1991	89	8	116	11	720	67	146	14	1 071	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	177	21	117	14	373	45	162	20	829	100

Källa: Brå.

Tabell 67. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2002.

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
1989	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

Källa: Brå.

Tabell 68. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2002. (Diagram 25)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggningslagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1985=100
	Totalt	Därav överlåtelse					
		Antal	%				
1970	5 023	.	.	639	5 662	70	90
1971	4 955	.	.	523	5 478	68	86
1972	5 245	.	.	444	5 689	70	89
1973	5 080	.	.	418	5 498	68	86
1974	4 677	.	.	611	5 288	65	82
1975	3 763	1 468	39	514	4 277	52	66
1976	3 923	1 297	33	529	4 452	54	69
1977	3 636	1 276	35	713	4 349	53	67
1978	3 778	1 299	34	753	4 531	55	70
1979	3 557	1 253	35	700	4 257	51	65
1980	5 936	2 228	38	1 180	7 116	86	109
1981	7 091	2 570	36	1 289	8 380	101	128
1982	7 496	2 590	35	1 243	8 739	105	133
1983	6 360	2 046	32	1 154	7 514	90	115
1984	5 595	2 033	36	1 136	6 731	81	103
1985	5 649	2 047	36	918	6 567	79	100
1986	5 530	1 949	35	896	6 426	77	98
1987	5 521	1 952	35	1 012	6 533	78	99
1988	5 678	1 911	34	1 019	6 697	79	101
1989	6 216	1 864	30	947	7 163	84	107
1990	6 668	1 862	28	1 008	7 676	90	114
1991	7 052	1 896	27	1 071	8 123	94	120
1992	7 077	1 855	26	897	7 974	92	117
1993	6 706	1 685	25	688	7 394	85	108
1994	7 984	1 860	23	620	8 604	98	125
1995	9 110	1 711	19	463	9 573	108	138
1996	8 782	1 719	20	496	9 278	105	133
1997	10 159	1 936	19	466	10 625	120	153
1998	11 049	1 964	18	441	11 490	130	165
1999	10 020	1 696	17	380	10 400	117	149
2000	11 966	1 665	14	579	12 545	141	180
2001	12 954	1 767	14	760	13 714	154	196
2002	14 376	1 958	14	829	15 205	170	217

Källa: Brå.

Tabell 69. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelser enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2001. (Diagram 26)

År	Ålder								Totalt		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

Källa: Brå.

Tabell 70. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2001.

År	Endast en typ av medel		Flera typer av medel				Totalt
	Antal	Andel av totalen, %	Cs och cannabis	Cs och opiat	Cannabis och opiat	Övriga kombinationer	
1975	1 955	84	254	10	10	96	2 325
1976	1 930	81	309	22	32	82	2 375
1977	2 142	84	261	19	28	87	2 537
1978	2 211	86	185	22	41	110	2 569
1979	2 238	86	216	11	29	104	2 598
1980	3 684	87	327	21	48	140	4 220
1981	5 057	87	506	33	52	196	5 844
1982	5 256	86	584	30	50	169	6 089
1983	4 347	86	526	17	24	151	5 065
1984	3 960	86	474	14	27	131	4 606
1985	3 959	86	377	27	26	198	4 587
1986	4 319	87	413	23	18	186	4 959
1987	4 210	86	438	36	20	209	4 913
1988	4 179	84	490	27	48	227	4 971
1989	4 275	84	473	30	54	268	5 100
1990	4 575	84	480	24	79	284	5 442
1991	4 773	83	494	36	72	361	5 736
1992	5 156	81	550	54	107	468	6 335
1993	4 784	80	510	53	70	529	5 946
1994	5 475	77	787	83	111	664	7 120
1995	5 574	71	1 078	100	107	973	7 832
1996	5 567	68	1 156	120	153	1 234	8 230
1997	6 270	66	1 398	109	161	1 511	9 449
1998	6 558	65	1 634	113	148	2 062	10 144
1999	7 086	66	1 656	121	170	1 672	10 771
2000	7 285	64	1 724	109	172	2 036	11 326
2001	7 252	59	1 662	149	169	2 653	12 320

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **cannabis** ingått, efter ålder. 1975–2001. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **centralstimulantia** ingått, efter ålder. 1975–2001. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **opiater** ingått, efter ålder. 1975–2001. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 74. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel ^{a)}. 1975–2001.

År	Medel						Samtliga domar och strafförelägganden	
	Cannabis		Centralstimulantia		Opiater			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1975	1 337	58	1 040	45	77	3	2 325	100
1976	1 118	47	1 374	58	139	6	2 375	100
1977	1 272	50	1 427	56	156	6	2 537	100
1978	1 577	61	823	32	219	9	2 569	100
1979	1 622	62	888	34	173	7	2 598	100
1980	2 924	69	1 114	26	373	9	4 220	100
1981	4 371	75	1 421	24	369	6	5 844	100
1982	4 456	73	1 783	29	283	5	6 089	100
1983	3 584	71	1 572	31	242	5	5 065	100
1984	3 258	71	1 493	32	160	3	4 606	100
1985	2 811	61	1 705	37	211	5	4 587	100
1986	3 256	66	1 709	34	172	3	4 959	100
1987	3 167	64	1 749	36	255	5	4 913	100
1988	2 996	60	1 901	38	269	5	4 971	100
1989	3 468	68	1 730	34	332	7	5 100	100
1990	3 382	62	1 847	34	320	6	5 442	100
1991	3 356	59	1 924	34	463	8	5 736	100
1992	3 520	56	2 179	34	599	9	6 335	100
1993	2 673	45	2 513	42	594	10	5 946	100
1994	3 040	43	3 311	47	786	11	7 120	100
1995	3 339	43	3 688	47	747	10	7 832	100
1996	3 325	40	3 965	48	856	10	8 230	100
1997	4 023	43	4 370	46	838	9	9 449	100
1998	4 372	43	4 682	46	895	9	10 144	100
1999	4 746	44	4 889	45	952	9	10 771	100
2000	5 021	44	4 828	43	953	8	11 326	100
2001	5 054	41	5 070	41	982	8	12 320	100

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 75–77)

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 75 och 76). 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 77). 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 75. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens fri-
vård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april, 1966–2002. ^{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

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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 76. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april, 1966–2002. ^{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

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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 1984 ingick ej kriminalvårdsanstalten Roxtuna, 2001 ingick ej Beateberg, Smälteryd samt Täby och 2002 ingick ej Hinseberg och Sörbyn.

Tabell 77. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2001. ^{a)}

År	Grava narkotikamissbrukare		Narkotikamissbrukare		Ej narkotikamissbrukare		Alla inrapporterade	
	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

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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 78–84)

År 1987 ersattes ICD 8 med ICD 9, och från och med 1997 klassificeras sjukdomar och dödsorsaker i Sverige enligt ICD 10 (ICD uttyds International Classification of Diseases). Dessa byten kan ha lett till att jämförbarheten försämrats över tid och detta kan vid olika tillfällen vara mer eller mindre giltigt för olika diagnoser, såväl för sjukdomar som för dödsorsaker. I bilaga 1 framgår vilka ICD-koder som använts i årets rapport. Vad gäller ICD 9 hänvisas till Rapport 99 och tidigare.

Tabell 78 visar utvecklingen av utskrivningar av dem som vårdats med narkomani som huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker. I tabell 79 redovisas samma typ av uppgifter men fördelade på län. Totalsummorna överensstämmer inte helt mellan tabellerna eftersom länsstillhörigheten inte alltid är känd. Av tabell 78 framgår även antalet unika individer som vårdats med narkomanidiagnos någon gång sedan 1987. Detta ger en uppfattning om antalet nyttillkomna missbrukare inom sjukvården. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras.

Tabell 80 visar antalet narkotikamissbrukare smittade av hepatit (gulst). Av de hepatitformer som förekommer är numera hepatit-C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna. Det bör observeras att sådan diagnostik blev möjlig först 1990 och att ökningen påföljande år är ett resultat av detta.

Tabellerna 81 och 82 beskriver utvecklingen av antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer med intravenöst missbruk. Den absoluta majoriteten är intravenöst smittade men sexuell smitta kan också ha förekommit. Länsindelningen i tabell 82 utgörs egentligen av landstingens gränser. Dessa överensstämmer dock i stort med länsgränserna. De nya länsindelningarna 1997 respektive 1998 har inte tillämpats i tabellen varför de redovisade siffrorna är fullt jämförbara under hela perioden. Siffrorna baseras på i vilket län smittan ursprungligen skedde, inte den nuvarande boendeorten för den smittade.

I tabell 83 redovisas utvecklingen av narkotikarelaterad dödlighet enligt Socialstyrelsens diagnosurval och i tabell 84 redovisas som en jämförelse EMCDDAs urval av diagnoser, som rekommenderas för europeiska jämförelser. Denna standard (DRD-standard version 3.0) tar mera fasta på underliggande diagnoser, och diagnoskoderna 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.

Tabell 78. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2001. ^{a)} (Diagram 28)

År	Narkotikarelaterade utskrivningar						Utskrivna personer	Förstagångsvårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%		
1987	2 396	69	1 054	31	3 450	100	1 796	1 796
1988	2 613	69	1 190	31	3 803	100	2 069	1 458
1989	2 723	69	1 224	31	3 947	100	2 137	1 314
1990	2 897	70	1 255	30	4 152	100	2 308	1 334
1991	3 070	70	1 342	30	4 412	100	2 568	1 419
1992	3 137	70	1 337	30	4 474	100	2 543	1 282
1993	3 190	69	1 424	31	4 614	100	2 664	1 299
1994	3 471	70	1 502	30	4 973	100	2 851	1 350
1995	3 875	70	1 633	30	5 508	100	3 009	1 372
1996	4 128	72	1 645	28	5 773	100	3 245	1 495
1997	4 980	72	1 917	28	6 897	100	3 974	2 013
1998	5 036	72	1 986	28	7 022	100	4 113	1 997
1999	5 121	71	2 104	29	7 225	100	4 308	2 010
2000	5 574	71	2 250	29	7 824	100	4 498	1 992
2001	5 948	71	2 455	29	8 403	100	4 665	2 090

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).

Tabell 79. Antal narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvård (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2001. ^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	1 780	52	389	11	450	13	831	24	3 450	100
1988	2 099	55	390	10	461	12	853	22	3 803	100
1989	2 094	53	387	10	501	13	965	24	3 947	100
1990	2 244	54	373	9	511	12	1 024	25	4 152	100
1991	2 338	53	431	10	584	13	1 059	24	4 412	100
1992	2 407	54	364	8	606	14	1 097	25	4 474	100
1993	2 213	48	465	10	827	18	1 109	24	4 614	100
1994	2 490	50	462	9	890	18	1 131	23	4 973	100
1995	2 918	53	483	9	874	16	1 233	22	5 508	100
1996	2 813	49	644	11	1 002	17	1 316	23	5 775	100
1997	2 783	40	924	13	1 101	16	2 089	30	6 897	100
1998	2 409	34	1 021	15	1 204	17	2 388	34	7 022	100
1999	2 518	35	951	13	1 129	16	2 627	36	7 225	100
2000	3 010	38	912	12	1 219	16	2 683	34	7 824	100
2001	3 418	41	1 035	12	1 049	12	2 901	35	8 403	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttagas 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 80. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2002.

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

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 81. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2002. (Diagram 29)

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	30	15	45	306	15
1989	32	13	45	304	15
1990	34	9	43	335	13
1991	19	11	30	327	9
1992	16	11	27	350	8
1993	15	10	25	390	6
1994	24	6	30	258	12
1995	13	6	19	247	8
1996	15	7	22	225	10
1997	16	9	25	240	10
1998	13	3	16	252	6
1999	13	2	15	217	7
2000	14	2	16	240	7
2001	26	10	36	277	13
2002	21	8	29	287	10

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 82. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2002.

År	Stockholms län	f d Göteborgs och Bohus län	f d Malmöhus län	Övriga län	Riket totalt
1985	119	1	0	21	141
1986	168	4	4	28	204
1987	63	4	10	21	98
1988	36	1	3	5	45
1989	25	2	9	9	45
1990	33	2	2	7	44
1991	20	0	5	5	30
1992	18	3	2	4	27
1993	18	2	1	5	26
1994	20	1	6	3	30
1995	8	0	2	9	19
1996	12	1	2	7	22
1997	17	1	2	5	25
1998	11	0	2	3	16
1999	10	1	2	2	15
2000	11	2	3	1	17
2001	25	0	0	11	36
2002	17	1	0	11	29

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 83. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (huvudsakligen beroendesyndrom och förgiftningar, se bilaga 1). Kön, ålder och åldersstandardiserade dödstal. 1969–2000.^{a)} (Diagram 25 och 30)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index per inv. 1985=100
	-19	20-29	30-39	40-49	50-	Antal	Standardiserade döds-tal ^{b)}	Antal	Standardiserade döds-tal ^{b)}		
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	0,3	44	30
1972	5	13	8	11	6	27	0,6	16	0,4	43	29
1973	0	8	10	9	7	27	0,6	7	0,2	34	23
1974	3	10	4	1	5	19	0,4	4	..	23	16
1975	3	17	2	4	5	19	0,4	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	1,2	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	0,3	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	1,5	36	0,8	103	69
1984	3	35	37	19	46	95	2,2	45	1,0	140	93
1985	1	26	48	24	51	104	2,3	46	1,0	150	100
1986	3	32	40	32	31	81	1,8	57	1,2	138	92
1987	0	46	61	11	23	104	2,4	37	0,9	141	93
1988	2	40	47	22	14	86	2,0	39	0,9	125	82
1989	0	28	53	17	15	87	2,0	26	0,6	113	74
1990	1	44	49	28	21	113	2,6	30	0,7	143	93
1991	2	32	61	27	25	120	2,7	27	0,6	147	95
1992	1	30	73	36	36	128	2,9	48	1,1	176	113
1993	2	30	76	44	29	138	3,1	43	1,0	181	116
1994	4	39	80	47	34	159	3,6	45	1,0	204	129
1995	1	36	64	58	35	141	3,1	53	1,2	194	122
1996	7	40	84	73	47	188	4,2	63	1,4	251	158
1997	4	38	94	77	52	214	4,8	51	1,1	265	167
1998	4	42	78	77	62	209	4,7	54	1,2	263	165
1999	1	59	97	70	53	219	4,9	61	1,4	280	176
2000	11	87	102	80	73	282	6,4	71	1,6	353	221

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa år.

b) Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden anges eftersom de narkotikarelaterade dödsfallen inträffar inom ett relativt snävt åldersintervall. Därmed elimineras de skillnader som beror på variationer i åldersstruktur och siffrorna för de olika åren blir jämförbara.

Tabell 84. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.0 – se tabellkommentarerna), fördelat på län. 1987-2000.

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

Källor: Dödsorsaksregistret och Statens folkhälsoinstitut.

Tabellkommentarer: Psykofarmakautvecklingen (tabellerna 85–89)

Tabellerna 85–86 och 88 redovisar statistik över leveranser till apoteken av vissa läkemedel i antal definierade dygnsdoser (DDD - dvs den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen med en sjukdom som utgör medlets huvudindikation) per 1 000 invånare och dag.

En del av den ökning som redovisades för 1996 beror på den hamstring som skedde inför årsskiftet 1996/1997, till följd av en ändring av högkostnads-skyddet fr o m januari 1997.

Den 1 maj 2001 flyttades flunitrazepam från förteckning IV till förteckning II, vilket förklarar förändringen av det inbördes förhållandet mellan de två grupperna i tabell 86. Åren 1994–1999 salufördes inga kombipreparat, men år 2000 återkom ett sådant på marknaden.

I tabell 87 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 mellan olika år. Medelvärdena utjämnar dessa variationer och ger en ”sannare” bild av utvecklingen.

Uppgifterna i tabell 88 bygger på receptstatistik som sammanställs utifrån stickprov på utlämnade recept. Sedan 1999 ingår sk dosdispenseringar i denna statistik. Med detta avses att apoteket gör uttag ur tillverkarens originalförpackning och färdigställer läkemedel för varje intagningstillfälle för minst en veckas förbrukning till enskild person.

Tabell 85. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002. (Diagram 34)

År	Lugnande medel/sömnmedel N05B + N05C	Antidepressiva medel N06A
1972	69	8
1973	64	8
1974	63	7
1975	62	7
1976	63	6
1977	64	6
1978	65	6
1979	64	6
1980	63	7
1981	62	7
1982	65	7
1983	66	7
1984	66	8
1985	66	8
1986	67	8
1987	66	9
1988	65	9
1989	62	9
1990	58	9
1991	54	10
1992	55	11
1993	56	13
1994	57	18
1995	58	28
1996	62	35
1997	58	32
1998	61	38
1999	62	42
2000	64	49
2001	65	56
2002	66	61

Källa: Apoteket AB, ACS, inleveransstatistik.

Tabell 86. Inleveranser till apoteken av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2002. (Diagram 35)

År	Narkotikaförteckning II	Narkotikaförteckning IV/V enkelpreparat	Narkotikaförteckning IV/V kombipreparat
1972	3	73	7
1973	3	68	6
1974	2	64	5
1975	2	63	4
1976	2	64	4
1977	2	65	3
1978	2	64	3
1979	2	62	2
1980	1	61	2
1981	1	58	2
1982	1	59	1
1983	1	60	1
1984	1	59	0
1985	1	57	0
1986	1	58	0
1987	1	56	0
1988	1	55	0
1989	1	52	0
1990	1	48	0
1991	1	43	0
1992	1	44	0
1993	1	42	0
1994	2	44	.
1995	2	44	.
1996	2	48	.
1997	2	46	.
1998	3	49	.
1999	3	50	.
2000	3	51	0
2001	11	45	.
2002	10	52	.

Källa: Apoteket AB, ACS, inleveransstatistik.

Tabell 87. Andel personer som använt sömnmedel och/eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna, efter kön och efter ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

År	Kön		Ålder			Alla
	Män	Kvinnor	16–29	30–49	50–75	
1988	10	17	6	11	22	13
1989	10	17	5	11	20	13
1990	9	15	5	10	19	12
1991	9	14	4	9	18	11
1992	8	13	5	7	18	10
1993	7	13	4	7	18	10
1994	7	13	4	7	18	10
1996	7	13	5	7	17	10
1998	7	13	5	7	17	10
2000	7	13	6	7	16	10

Källor: SIFO och TEMO.

Tabell 88. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2002. (Diagram 36)

Alder	Män	Kvinnor	Totalt
0-4	0	0	0
5-9	0	0	0
10-14	0	0	0
15-19	2	2	2
20-24	7	8	8
25-29	12	14	14
30-34	18	23	22
35-39	28	36	33
40-44	41	53	48
45-49	53	71	63
50-54	60	93	77
55-59	69	111	90
60-64	77	123	100
65-69	90	135	113
70-74	115	167	144
75-79	151	214	187
80-84	199	264	239
85-89	259	328	305
90-94	333	384	370
95-99	399	439	432

Källa: Apoteket AB, ACS, receptstatistik.

Tabell 89. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) till apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag 2002 i respektive län. (Diagram 37)

Län	DDD/tid	Län	DDD/tid
Stockholm	66	Värmland	68
Uppsala	76	Örebro	65
Södermanland	49	Västmanland	68
Östergötland	58	Dalarna	61
Jönköping	67	Gävleborg	60
Kronoberg	75	Västernorrland	60
Kalmar	62	Jämtland	56
Gotland	58	Västerbotten	57
Blekinge	57	Norrbottn	48
Skåne	73		
Halland	66		
Västra Götaland	69		

Källa: Apoteket AB, ACS, inleveransstatistik.

Tabellkommentarer: Sniffningsutvecklingen (tabellerna 90–91)

Tabell 90 redovisar andelen pojkar och flickor i årskurs 9 som sniffat någon gång. År 1973 förändrades frågeställningen något, detta bedöms dock 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.

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 91 redovisar andelen mänstrande som sniffat någon gång för åren 1970–1980 samt från 1998 och framåt, då frågan återinfördes i formuläret. Uppgifter om frekvens saknas för åren 1978–1980. I tabellen redovisas även andelen som sniffat under de senaste två åren för perioden 1975–1999. Tekniska problem medförde stora bortfall åren 1985 och 1987. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall.

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

Tabell 90. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2002. (Diagram 38)

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	6	.
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	11	3	3
2000	5 290	10	7	3	2
2001	5 569	8	8	2	2
2002	5 349	9	7	2	2

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

Tabell 91. Andelen mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren.^{a)} Procent. 1970/71–2002. (Diagram 38)

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	.	.	.

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 92–98)

Beslagsstatistiken i tabell 92 får tolkas med viss försiktighet bl a då statistikföringsrutiner för dopningsmedel har utvecklats sedan 1990-talets början och för att lagstiftningen på området har skärpts 1992 respektive 1999. Statistiken kan också påverkas av stora enskilda beslag.

Det bör påpekas att polisen redovisar antal beslagstillfällen medan tullen redovisar antal beslag. Ampuller med injektionspreparat redovisas i mängd vätska. Före 1997 redovisade dock tullen antal ampuller. Ampuller innehåller normalt en milliliter vätska, men även tvåmilliliters förekommer, varför tullens data blir något underskattande före 1997.

I lagföringarna i tabell 93 ingår fällande domar, godkända strafförelägganden samt åtalsunderlåtelse.

Av tabellerna 95–98 framgår att cirka 1% av de manliga ungdomarna någon gång provat anabola steroider och att ännu färre använt tillväxthormon. 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%.

Sedan 1992 viktas resultaten i månstringsundersökningen rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall (tabell 96).

Tabell 92. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat 1990–2002. ^{a)}

År	Polisbeslag			Tullbeslag		
	Antal beslags- tillfällen	Tabletter (antal)	Flytande (liter)	Antal beslags- tillfällen	Tabletter (antal)	Flytande (liter) ^{b)}
1990	.	.	.	19	79 379	0
1991	.	.	.	65	68 501	5
1992	.	.	.	47	46 879	0
1993	295	126 000	1	75	174 259	0
1994	236	144 000	3	104	232 015	14
1995	140	103 200	6	77	108 436	6
1996	170	70 000	9	122	34 054	16
1997	200	75 600	12	165	51 573	23
1998	170	12 800	3	109	83 627	14
1999	200	93 600	11	136	142 705	13
2000	293	34 000	9	142	112 827	25
2001	301	31 600	10	240	385 770	26
2002	410	65 000	8	381	454 688	26

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register och Generaltullstyrelsens Tullmålsjournal.

a) Eftersom polisens och tullens statistik är sammanställd på delvis olika sätt kan inga summeringar göras.

b) För tullens del kan den flytande mängden vara något högre än redovisat 1990–1996 p g a annorlunda redovisningsmetod.

Tabell 93. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2002.

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	.	.

Källa: Brå.

Tabell 94. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2002.

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

Källa: Brå.

Tabell 95. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2002.

År	Antal	Anabola steroider		Tillväxthormon ^{a)}	
		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

Källa: CAN.

a) Fr o m 1995 redovisas enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 96. Andel månstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2002.

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	.	.	.

Källa: CAN.

a) 1995–1999 efterfrågades injektionsbruk explicit.

Tabell 97. Andelen i ungdomsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.

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	–	1	0	–	0	0	0
1998	0	–	–	0	0	0	–	–	–	1
2000	1	0	0	1	1	0	–	–	–	0

Källor: SKOP, TEMO och Intervjubolaget.

Tabell 98. Andelen i befolkningsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon ^{a)}				
	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) Fr o m 1996 frågas efter tillväxthormon i injektionsform, tidigare Genotropin.

Tabellkommentarer: Tobaksutvecklingen; (tabellerna 99–101)

I tabell 99 beskrivs försäljningen av tobaksvaror i Sverige sedan 1970. I synnerhet vad det gäller senare år rekommenderas en viss försiktighet vid tolkningen av försäljningsnivåerna, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet. Av tabellen framgår också Tullverkets beslag av cigaretter.

I tabell 100 redovisas utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9. 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. Den tillfälliga nedgången 1983–1997 berodde på att frågeställningen då i högre grad mätte dagligrökning. De separat redovisade uppgifterna gällande dem som röker dagligen/så gott som dagligen har dock inte påverkats av detta.

Tabell 101 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt SCBs ULF-undersökningar. Tidigare specialredovisades i denna publikation åldersgruppen 18–70 år, men numera används de åldersintervall som SCB redovisar.

Tabell 99. 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. 1970–2002. (Diagram 40)

År	Försäljning			Beslag, miljoner cigaretter
	Cigaretter (st)	Annan rök-tobak (g)	Snus (g)	
1970	1 610	349	395	2
1971	1 550	322	410	2
1972	1 750	298	414	3
1973	1 440	296	420	3
1974	1 710	283	435	3
1975	1 800	270	453	4
1976	1 840	258	489	4
1977	1 730	234	512	3
1978	1 780	219	522	3
1979	1 800	209	535	3
1980	1 780	211	548	3
1981	1 710	204	559	2
1982	1 790	229	582	2
1983	1 700	252	594	1
1984	1 690	285	636	1
1985	1 630	271	667	1
1986	1 630	256	681	1
1987	1 610	237	681	1
1988	1 620	225	663	1
1989	1 570	224	660	2
1990	1 510	225	659	2
1991	1 490	219	685	3
1992	1 550	230	708	4
1993	1 230	204	709	6
1994	1 220	203	734	5
1995	1 130	197	755	6
1996	1 150	197	785	17
1997	830	191	741	39
1998	800	168	743	46
1999	960	143	789	32
2000	980	139	861	45
2001	1 000	134	889	48
2002	1 030	130	924	27

Källor: Swedish Match och Tullverket.

Tabell 100. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker, 1971–2002. (Diagram 41)

År	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	41	47	.	.	.	.
1972	6 085	.	.	.	.	.	.
1973	5 594	.	.	.	.	.	.
1974	4 634	31	45	.	.	25	4
1975	4 217	32	45	.	.	26	5
1976	4 136	27	40	.	.	29	5
1977	6 034	25	40	.	.	30	8
1978	9 543	25	38	.	.	29	7
1979	9 359	21	34	.	.	29	6
1980	9 941	21	33	.	.	30	8
1981	9 496	23	35	.	.	30	7
1982	5 146	25	32	.	.	30	7
1983 ^{a)}	3 262	19 15	30 22	11	18	29 21	7 2
1984	32 819	16	22	11	16	24	1
1985	1 502	16	21	11	14	21	2
1986	5 820	17	22	12	15	24	2
1987	5 778	17	24	10	15	25	2
1988	5 430	17	24	10	15	22	2
1989	5 714	23	30	12	17	20	3
1990	5 977	20	31	13	19	20	2
1991	5 883	19	27	13	18	16	1
1992	5 851	22	27	16	18	19	0
1993	5 913	20	26	14	18	17	0
1994	5 868	17	29	12	20	19	1
1995	5 577	19	27	13	17	19	1
1996	6 027	19	25	12	17	17	1
1997 ^{a)}	5 683	17 28	25 37	12	16	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	30	36	10	15	26	4
2001	5 569	30	36	11	16	27	5
2002	5 349	25	34	9	15	25	5

Källa: CAN.

a) När nya frågor infördes 1983 och 1997 fick hälften av eleverna besvara de gamla och hälften de nya.

Tabell 101. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2001. (Diagram 42)

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

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 dödsorsaksklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)*. Även om klassifikation är bättre än de föregående, i så måtto att den bättre beskriver sjukdomar och dödsfall i enlighet med dagens kunskaper, så kan det vara problematiskt med översättningar från tidigare versioner. Detta för med sig att man måste vara försiktig med tolkningar där tidsserierna passerar över årtalen då nya revisioner införts; 1958, 1969, 1987 och 1997, vilket gäller ett antal tabeller i rapporten.

I många fall, där det varit fråga om enstaka koder så redovisas dessa i tabellerna. I andra fall gäller redovisningen ett index som inte på ett enkelt sätt låter sig redovisas i tabellrubriken. I det följande beskrivs därför dessa index enligt ICD 10. För en närmare beskrivning av koderna i den 9:e revisionen hänvisas till Rapport 99.

Alkoholindex sjukhusvård (tabell 30)	Klartext	Alkoholindex dödsorsaker (tabell 31–32)	Klartext
C15.0–C15.9	Malign tumör i matstrupe	E24.4	Alkoholutlöst pseudo-cushingsyndrom
F10.0–9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10.1–9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G62.1	Alkoholpolyneuropati	G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
I42.6	Alkohol-kardiomyopati	G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
K70.0–K70.4 K74.0–K74.6 K76.0–K76.1 K76.6	Kronisk leversjukdom och levercirrhos	G72.1	Alkoholutlöst myopati
K85–K86.9	Sjukdom i bukspottkörtel	I42.6	Alkohol-kardiomyopati

Bilaga 1

T51.0–T51.9	Toxisk effekt av alkohol	K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
		K70.0–K70.9	Leversjukdom orsakad av alkohol
		K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
		O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret p g a alkoholmissbruk hos modern
		P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
		Q86.0	Fetalt hydantoin-syndrom
		T51.0–T51.9	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
Narkotikaindex sjukhusvård (tabell 78-79)	Klartext	Narkotikaindex dödsorsaker (tabell 83)	Klartext
F11.1–F11.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater;	F11.1–F11.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater;
F12.1–F12.9	Cannabis	F12.1–F12.9	Cannabis
F14.1–F14.9	Kokain	F13.1–F13.9	Sedativa och hypnotika

F15.1–F15.9	Stimulantia, däribland koffein	F14.1–F14.9	Kokain
F16.1–F16.9	Hallucinogener	F15.1–F15.9	Stimulantia, däribland koffein
F18.1–F18.9	Flyktiga lösningsmedel	F16.1–F16.9	Hallucinogener
F19.1–F19.9	Flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser	F18.1–F18.9	Flyktiga lösningsmedel
		F19.1–F19.9	Flera droger i kombination och andra 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	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel (opium, heroin, kodein, morfin, metadon)
		T40.5–T40.9	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel (kokain, o-specifierade medel, cannabis, LSD, meskalin, psilocin, psilocybin)
		T43.6	Förgiftning med psykotropa läkemedel (amfetamin)
		Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
		Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2000:7

Utkom från trycket
den 20 november 2000

Omtryck

beslutade den 10 oktober 2000.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika¹ att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika² skall ändras enligt nedanstående.

Föreskrifterna kommer därför att ha följande lydelse från och med den dag då dessa föreskrifter träder i kraft.

1 § Med narkotika förstås

a) ämnen och droger, som är upptagna i förteckningarna I, II och III, förekommande stereoisomerer (med undantag av dextrometorfan, dextrorfan och fenylpropanolamin), estrar och etrar av dessa ämnen, samt förekommande salter av nämnda ämnen, isomerer, estrar och etrar, oavsett om varorna utgör naturprodukter eller är syntetiskt framställda;

b) ämnen som är upptagna i förteckningarna IV och V, samt förekommande salter av dessa ämnen;

c) beredningar, med nedan nämnda undantag, som innehåller eller är framställda av under a) nämnda varor;

d) beredningar som innehåller under b) nämnda ämnen enbart eller i blandning med varandra;

e) läkemedel godkända för försäljning, som innehåller under b) nämnda ämnen, klassificeras som narkotika endast i den mån Läkemedelsverket så beslutat.

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

¹ Förordningen senast ändrad 2000:694.

² Ändrad genom LVFS 1997:15, 1998:3, 1998:12, 1999:6.

c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;

d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;

e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;

f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention³ ingår i beredningarna.

3 § De svenska förteckningarna inbegriper fem förteckningar med följande principiella innebörd:

Förteckning I, narkotika som normalt inte har medicinsk användning.

Förteckning II–IV, narkotika med medicinsk användning och som vid varje införsel eller utförsel kräver ett import/exportcertifikat.

Förteckning V, narkotika enligt svensk lag men som inte omfattas av internationella konventioner. Narkotika enligt förteckning V kräver inte import/exportcertifikat.

Den internationella förteckningen hänvisar till att ämnet finns upptaget i 1961 års allmänna narkotikakonvention (N I–IV)⁴ respektive 1971 års psykotropkonvention (P I–IV) inklusive tillägg.

NARKOTIKAFÖRTECKNINGAR

Under rubriken certifikat anges om införsel/utförsel kräver tillstånd i varje enskilt fall, J, eller att tillstånd i varje enskilt fall inte krävs, N.

Nomenklaturen i förteckningarna är i huvudsak INN-namn, men med svensk språkform.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
| Acetorfin	II	N I+IV	J
| Acetyl-alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Acetyldihydrokodein	II	N II	J
| Acetylmotadol	II	N I	J
| Alfaacetylmotadol	II	N I	J
| Alfameprodin	II	N I	J
| Alfametadol	II	N I	J
| Alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Alfa-metyltiofentanyl	II	N I+IV	J

³ Convention on Psychotropic Substances, 1971.

⁴ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Alfaprodin	II	N I	J
Alfentanil	II	N I	J
Allobarbital	IV	P IV	J
Allylprodin	II	N I	J
Alprazolam	IV	P IV	J
Amfepramon	II	P IV	J
Amfetamin	II	P II	J
Aminorex	IV	P IV	J
Amobarbital	IV	P III	J
Anileridin	II	N I	J
Aprobarbital	V	–	N
Barbital	IV	P IV	J
Bensetidid	II	N I	J
Bensfetamin	II	P IV	J
Bensylmorfin	II	N I	J
Besitramid	II	N I	J
Betacetylmetadol	II	N I	J
Beta-hydroxifentanyl	II	N I+IV	J
Beta-hydroxi-3-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Betameprodin	II	N I	J
Betametadol	II	N I	J
Betaprodin	II	N I	J
Brallobarbital	V	–	N
Brolamfetamin DOB, brom-STP	I	P I	J
Bromazepam	IV	P IV	J
Brotizolam	IV	P IV	J
Buprenorfin	IV	P III	J
Butalbital (butalbarbital)	IV	P III	J
Butobarbital	IV	P IV	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Cyklobarbital	IV	P III	J
Delorazepam	IV	P IV	J
Desomorfin	II	N I+IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
DET, <i>N,N</i> -dietyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
Dexamfetamin	II	P II	J
Dextromoramid	II	N I	J
Dextropropoxifen	III	N II	J
Diampromid	II	N I	J
Diazepam	IV	P IV	J
Dietyltiambuten	II	N I	J
Difenoxin	II	N I	J
Difenoxylat	II	N I	J
Dihydroetorfin	II	N I	J
Dihydrokodein	II	N II	J
Dihydromorfin	II	N I	J
Dikaliumklorazepat	V	–	N
Dimenoxadol	II	N I	J
Dimefeptanol	II	N I	J
Dimetyltiambuten	II	N I	J
Dioxafetylbutyrat	II	N I	J
Dipipanon	II	N I	J
DMA, 2,5-dimetoxiamfetamin	I	P I	J
DMHP, 3-(1,2-dimetylheptyl)-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6 <i>H</i> -dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	P I	J
DMT, <i>N,N</i> -dimetyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
DOET, 2,5-dimetoxi-4-etylamfetamin	I	P I	J
DOM, STP, 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metyl-fenyl)-propan	I	P I	J
Drotebanol	II	N I	J
Ekgonin, samt dess estrar och derivat som kan omvandlas till ekgonin eller kokain	II	N I	J
Estazolam	IV	P IV	J
Eticyklidin, PCE	I	P I	J
Etilamfetamin, etylamfetamin	II	P IV	J
Etinamat	IV	P IV	J
Etklorvynol	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Etonitazen	II	N I	J
Etorfin	II	N I+IV	J
Etoxidin	II	N I	J
Etryptamin	I	P I	J
Etylloflazepat	IV	P IV	J
Etylmetyltiambuten	II	N I	J
Etylmorfin	III	N II	J
Fenadoxon	II	N I	J
Fenampromid	II	N I	J
Fenazocin	II	N I	J
Fencyklidin, PCP	II	P II	J
Fendimetrazin	II	P IV	J
Fenetyllin	II	P II	J
Fenkamfamin	II	P IV	J
Fenmetrazin	II	P II	J
Fenobarbital	IV	P IV	J
Fenomorfan	II	N I	J
Fenoperidin	II	N I	J
Fenproporex	II	P IV	J
Fentanyl	II	N I	J
Fentermin	II	P IV	J
1-Fenyl-2-butylamin	II	–	J
[1-fenyl-1-piperidyl-(2)-metyl]acetat	II	–	J
Fludiazepam	IV	P IV	J
Flunitrazepam	IV	P III	J
Flurazepam	IV	P IV	J
Folkodin	III	N II	J
Furetidin	II	N I	J
Gammahydroxibutyrat, GHB	II	–	J
Glutetimid	IV	P III	J
Halazepam	IV	P IV	J
Haloxazolam	IV	P IV	J
Heptabarbital	V	–	N
Heroin	I	N I+IV	J
Hexapropymat	V	–	N
Hexobarbital	V	–	N
Hydrokodon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Hydromorfinol	II	N I	J
Hydromorfon	II	N I	J
Hydroxipetidin	II	N I	J
Hydroxitetrahydrocannabinoler	I	PI	J
Ibogain	I	–	J
Isometadon	II	N I	J
Kamazepam	IV	P IV	J
Karfentanil	II	–	J
Karisoprodol	IV	–	J
Kat (de ovanjordiska delarna av 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
Meprobatat	IV	P IV	J
Meskalin	I	P I	J
Mesokarb	IV	P IV	J
Metamfetamin	II	P II	J
Metamfetamin racemat	II	P II	J
Metazocin	II	N I	J
Metadon	II	N I	J
Metadonintermediat	II	N I	J
Metakvalon	II	P II	J
Metkatinon	I	P I	J
Metohexital	V	–	N
Metopon	II	N I	J
4-Metylaminoorex	I	P I	J
Metyldesorfin	II	N I	J
Metyldihydromorfin	II	N I	J
Metylfenidat	II	P II	J
Metylfenobarbital	IV	P IV	J
3-Metylfentanyl	II	N I+IV	J
4-Metyltioamfetamin (4-MTA)	I	–	J
3-Metyltiofentanyl	II	N I+IV	J
Metylpentynol	V	–	N
Metyprolon	IV	P IV	J
Midazolam	IV	P IV	J
MMDA, 5-metoxi-3,4-metylendioxiamfetamin	I	PI	J
Modafinil	IV	–	J
Moramidintermediat	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Morferidin	II	N I	J
Morfin	II	N I	J
Morfinmetylbromid och andra femvärda kväve-morfinderivat, speciellt inkluderande morfin-N-oxiderivat, däribland Kodein-N-oxid	II	N I	J
Morfin-N-oxid	II	N I	J
MPPP, 1-metyl-4-fenyl-4-piperidinolpropionat	I	N I+IV	J
Myrofin	II	N I	J
N-(1-fenetyl-4-(3-metylpiperidyl))propionanilid	I	–	J
N-etyl MDA	I	P I	J
N-hydroxiamfetamin	I	–	J
N-hydroxi MDA	I	P I	J
Nabilon	II	–	J
Nikokodin	III	N II	J
Nikodikodin	III	N II	J
Nikomorfin	II	N I	J
Nimetazepam	IV	P IV	J
Nitrazepam	IV	P IV	J
Noracymetadol	II	N I	J
Nordazepam	IV	P IV	J
Norkodein	III	N II	J
Norlevorfanol	II	N I	J
Normetadon	II	N I	J
Normorfin	II	N I	J
Norpipanon	II	N I	J
Opium	II	N I	J
Oxazepam	IV	P IV	J
Oxazolam	IV	P IV	J
Oxykodon	II	N I	J
Oximorfon	II	N I	J
Para-fluorfentanyl	I	N I+IV	J
Parahexyl, 3-hexyl-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6H-dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	PI	J
Pentobarbital	IV	P III	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Pemolin	II	P I	J
Pentazocin	III	P III	J
PEPAP	I	N I+IV	J
Petidin	II	N I	J
Petidinintermediat A	II	N I	J
Petidinintermediat B	II	N I	J
Petidinintermediat C	II	N I	J
Piminodin	II	N I	J
Pinazepam	IV	P IV	J
Pipradol	II	P IV	J
Piritramid	II	N I	J
PMA, parametoxiamfetamin	I	PI	J
Prazepam	IV	P IV	J
Proheptazin	II	N I	J
Properidin	II	N I	J
Propiram	III	N II	J
Propylhexedrin	II	–	J
Psilocin, 3-[2-(Dimetylamino)etyl]indol-(4)-ol	I	P I	J
Psilocybe cubensis	I	–	J
Psilocybe semilanceata (toppslätskivling)	I	–	J
Psilocybin	I	P I	J
Pyrityldion	V	–	N
Pyrovaleron	II	P IV	J
Racemetorfan	II	N I	J
Racemoramid	II	N I	J
Racemorfan	II	N I	J
Remifentanil	II	–	J
Rolicyklidin, PHP, PCPY	I	P I	J
Sekbutabarital	IV	P IV	J
Sekobarbital	II	P II	J
Sufentanil	II	N I	J
Svampar som innehåller ämnena psilocybin eller psilocin, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts	I	–	J
Tebakon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Tebain	II	N I	J
Temazepam	IV	P IV	J
Tenamfetamin, MDA	I	P I	J
Tenocyklidin, TCP 1-(1-(2-tienyl)cyklohexyl)-piperidin	I	P I	J
Tetrahydrocannabinoler ⁶	I	P I	J
Tetrazepam	IV	P IV	J
Tilidin	II	N I	J
Tiofentanyl	I	N I+IV	J
TMA, 3,4,5-trimetoxiamfetamin	I	P I	J
Triazolam	IV	P IV	J
Trimeperidin	II	N I	J
Tybamat	V	–	N
Vallmohalm, koncentrat av	II	N I	J
Vinbarbital	V	–	N
Vinylbital	IV	P IV	J
Zipeprol	IV	P II	J
Zolpidem	V	–	N
Zopiklon	V	–	N

Denna författning träder i kraft omedelbart.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

⁶ Med tetrahydrocannabinoler avses i "List of Psychotropic substances under international control" (utgiven av International Narcotics Control Board) upptagna isomerer och stereo-kemiska varianter.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2001:4Utkom från trycket
den 25 april 2001

beslutade den 23 mars 2001

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ skall ändras enligt nedanstående:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Flunitrazepam	II	P III	J

Denna författning träder i kraft den 1 maj 2001.

Övergångsbestämmelser

För recept och rekvisitioner förordnade före den 1 maj 2001 gäller tidigare bestämmelser för upprepade uttag. Förordnade recept och rekvisitioner efter denna tidpunkt, dock senast den 1 augusti 2001, är giltiga utan de nya kraven under den tid som angivits på receptet/rekvisitionen, dock längst till den 1 augusti 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2000:7



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2002:4

Utkom från trycket
den 26 juni 2002

beslutade den 13 juni 2002.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen om kontroll av narkotika i fråga om 3 §¹ verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika att substanserna 2-CB och PMMA skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2-CB, 4-bromo-2,5-dimetoxifenetylamin	I	P II	J
PMMA, 4-metoxi-N-metylamfetamin	I	-	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2001:4.