

Drogutvecklingen i Sverige

Rapport 2004



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 82

Stockholm 2004

Förord

Alltsedan 1970-talets början har CAN producerat årliga rapporter som beskriver drogutvecklingen i Sverige, ibland i samarbete med andra, men i likhet med årets rapport oftast som ensam utgivare. Publikationen är den mest heltäckande sammanställningen över drogutvecklingen som står att finna i Sverige.

Till skillnad från tidigare år ges årets publikation ut på hösten istället för på våren. Det främsta skälet till detta är att utsikterna att publicera en så uppdaterad rapport som möjligt är allra störst vid denna tidpunkt. Även framgent planeras denna publikation komma ut på hösten.

Arbetet med *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004* har utförts med Ulf Guttormsson som redaktör. CANs Siv Byqvist och Linnea Rask har medverkat i datainsamlingen och Britta Grönlund har stått för korrekturläsning samt sättning. Tack till Paul Nordgren på Statens folkhälsoinstitut för hjälp med textuppdatering i kapitlet om tobaksutvecklingen.

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

Stockholm i november 2004

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

1. Sammanfattning	19
Alkoholutvecklingen.....	19
Narkotikautvecklingen.....	24
Psykofarmakautvecklingen.....	27
Sniffningsutvecklingen.....	28
Dopningsutvecklingen.....	28
Tobaksutvecklingen.....	29
2. Alkoholutvecklingen	31
Inledning.....	31
Alkoholpolitik.....	31
Konsumtionsutvecklingen.....	34
Skadeutvecklingen.....	51
Internationella aspekter.....	62
Referenser.....	71
3. Narkotikautvecklingen.....	73
Inledning.....	73
Narkotikapolitik.....	74
Utbud av olika narkotiska preparat.....	77
Utvecklingen av experimentell/tillfällig användning av narkotika... ..	84
Utvecklingen av tungt missbruk.....	89
Vård, sjuklighet och dödlighet.....	100
Narkotikasituationen i några andra länder.....	107
Referenser.....	110
4. Psykofarmakautvecklingen.....	113
Inledning.....	113
Försäljning av psykofarmaka.....	114
Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel.....	116
Bruk av lugnande medel och sömnmedel.....	117
Missbruk av lugnande medel och sömnmedel.....	120
Referenser.....	122

5. Sniffningsutvecklingen	123
Inledning	123
Missbrukets omfattning	123
Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet	127
Referenser	129
6. Dopningsutvecklingen.....	131
Inledning	131
Beslags- och kriminalstatistik	131
Resultat från olika frågeundersökningar	132
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten.....	135
Referenser	136
7. Tobaksutvecklingen	137
Inledning	137
Konsumtionsutvecklingen	138
Konsekvenser av tobakskonsumtion.....	145
Internationell jämförelse av rökvanor	146
Referenser	149
8. Metodproblem och tillförlitlighet.....	151
Inledning	151
Metodproblem vid frågeundersökningar	152
Beskrivning av de redovisade undersökningarna	157
Indikatorer på bruk och missbruk	163
Referenser	165
Tabeller.....	167
Bilagor:	
1. ICD-koder	279
2. Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika..	283

Diagram

Alkoholutvecklingen

1. Alkohol försäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1861–2000. Femårsmedeltal.	34
2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2003.	35
3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2003.	38
4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i liter 100% alkohol i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2003.	40
5. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2003.	41
6. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2004.	43
7. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	44
8. 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. 1972–2004.	45
9. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003.	47
10. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter alkohol 100%. 1982–2000.	48
11. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, mätt i centiliter alkohol 100%. 1982–2000.	49
12. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2002.	53
13. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002.	54

14. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt försäljningen av alkoholdrycker per invånare 15 år och däröver. 1966–2003.....	60
15. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000.....	63
16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2002.	65
17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2002.	67
18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre. 1955–2001.....	68
19. Antal döda i levercirrhos per 100 000, 15 år och äldre, i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995.	69
20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig minst tre gånger de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.	70

Narkotikautvecklingen

21. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2003.....	78
22. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2003.	80
23. Andelen elever i årskurs 9 som aldrig använt narkotika som ”haft möjlighet” att pröva samt ”vet någon som kan ge eller sälja narkotika”, respektive andelen mänstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2004.	81
24. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2003 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2003.	82
25. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2004.	85
26. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2004.	86
27. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998.....	92

28. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotika-relaterade dödsfall, per invånare. 1965–2003.	93
29. Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia, opiater. 1975–2003.	95
30. 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.	98
31. Antal slutenvårdstillfällena, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotika-relaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2002.	103
32. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2003.	104
33. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2002.	106
34. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995 och 1999.	108

Psykofarmakautvecklingen

35. Försäljning av lugnande medel och sömnmedel respektive anti-depressiva medel. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003.	115
36. Försäljning av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003.	116
37. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2003.	118
38. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag år 2003 i län med låg respektive hög försäljning.	119

Snifningsutvecklingen

39. Andelen elever i årskurs 9 respektive mänstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2004.	124
40. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999.	128

Tobaksutvecklingen

41. 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. 1970–2003. 139
42. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2004. 141
43. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2003. 143
44. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995. 146
45. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999. 148

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. 169
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. 1958–2003..... 170
3. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1987–2003 172
4. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1993–2003. 173
5. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2003..... 175
6. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2003..... 176
7. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker och på restauranger räknat i miljoner kronor. 1986–2002. 177
8. Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. December 1984–december 2003. 178
9. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2003..... 179
10. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2003, uppdelad på dryckestyp och ursprung. 180

Konsumtionsvaneundersökningar

11. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2004. 182
12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2004. 183

13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2004.	184
14. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2004.	185
15. Drogvanor bland elever i årskurs 9 i olika regioner i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2002–2004.	186
16. ”Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?” Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2003.	187
17. ”Brukar Du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?” Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2003.	188
18. Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2003.	189
19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av folköl och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	190
20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inkl starkvin) och blanddrycker i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	191
21. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av sprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2003.	192
22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–70 år. 1982–2000.	193
23. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000.	193
24. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000.	194
25. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–29 år. 1982–2000.	194
26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 30–49 år. 1982–2000.	195
27. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 50–70 år. 1982–2000.	195

Skadeutvecklingen; sjuklighet och dödlighet

28. Antal personer i institutionsvård för missbruk enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller 6§ Socialtjänstlagen (SoL) den 1 november. 1983–2003.	197
29. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2003.	198

30. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2002.....	199
31. Antal dödsfall med alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002.....	200
32. Dödlighet i alkoholdiagnos länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1990–2002.....	201
33. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1956–2002.....	202
34. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende. 1956–2004.....	203
35. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos. 1956–2002.....	204
36. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning. 1956–2002.....	207
37. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956–2002.....	206

Skadeutvecklingen; fylleri, trafik och olyckor

38. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB), efter kön. 1963–2003.....	208
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. 1963–2003.....	209
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. 1987–2003.....	210
41. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2003.....	211
42. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2003.....	212
43. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2003.....	213
44. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2003.....	214
45. Antal lagföringar för sjöfylleri. 1974–2003.....	214

46. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rätts-
medicinskt. 1992–2003. 215

Internationella aspekter

47. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder.
1950–2000. 217
48. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och
öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2002. 218
49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA,
räknat i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2002. 219
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. 1955–2001. 221
51. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska
länder, fördelat på kön. 1950–1995. 222
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. 223

Narkotikautvecklingen

Beslagsstatistik

53. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1965–
2003. 225
54. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och
plantor). 1970–2003. 226
55. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2003. 227
56. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2003. 228
57. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2003. 229
58. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2003 års penningvärde för
hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram,
medianvärden. 1988–2003. 230

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar

59. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon
som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland
dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön.
1971–2004. 232

60.	Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2003.....	233
61.	Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination? Procentuell fördelning bland mönstrande. 1976–2003.....	234
62.	Andelen som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.....	235
63.	Andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.	235
64.	Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998.	236

Kriminalstatistik

65.	Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2003.....	238
66.	Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2003.....	239
67.	Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2003.....	240
68.	Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2003.	241
69.	Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2003.	242
70.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2003.	243
71.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2003.....	244
72.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2003.	245
73.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2003.	246
74.	Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2003.....	247

Missbrukare inom kriminalvården

75. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2003.	249
76. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april. 1966–2003	250
77. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2003.	251

Sjuklighet och dödlighet

78. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos. 1987–2002.	254
79. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2002.	255
80. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2003.	256
81. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2003.	257
82. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2003.	258
83. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Kön, ålders och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002.	259
84. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.0), fördelat på län. 1987–2002.	260

Psykofarmakautvecklingen

85. Försäljning av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) från apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003.	262
86. Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V från apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003.	263
87. Andel personer som använt sömnmedel och/eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna, efter kön och efter ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000.	264

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. 2003..... 265
89. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag efter län. 2003. 265

Snifningsutvecklingen

90. Andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång respektive fortfarande sniffar. 1971–2004..... 267
91. Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2003. 268

Dopningsutvecklingen

92. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2003..... 270
93. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2003. 271
94. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2003..... 271
95. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2004..... 272
96. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2003. 272
97. Andelen i 16–24-åringar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003..... 273
98. Andelen i befolkningsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000..... 273

Tobaksutvecklingen

99. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktaobak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2003. 275
100. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2004. 276
101. Andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år). 1980–2003. 277

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 drogproblemets omfattning och utveckling. Inom andra ger de däremot en sämre bild, beroende på kvalitetsbrister eller på att vissa typer av information helt enkelt saknas. Frågor som berör datakällorna och deras eventuella brister behandlas utförligt i kapitel 8.

Alkoholutvecklingen

Den registrerade alkoholförsäljningen, eller den statistikförda konsumtionen, omfattar Systembolagets och restaurangernas försäljning samt butikernas folkölsförsäljning. Den omfattar inte resandeförsel, legalt eller illegalt tillverkad alkohol, smuggling eller konsumtion i anslutning till utlandsresor – d v s oregistrerad konsumtion.

De uppgifter som brukar användas för att beskriva konsumtionsutvecklingen utgörs dels av data över försäljningen och dels av information från olika frågeundersökningar om oregistrerad konsumtion. Till stor del saknas mått på den totala alkoholkonsumtionens omfattning över tid, utom från 1990-talet och framåt då metoder utvecklats för att bättre uppskatta denna.

En mycket generaliserande beskrivning av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden är att den ligger på en högre nivå nu än för 50 år sedan, relaterat till invånarantalet. År 1954, d v s det sista helåret med motbok, uppgick den till ca 5 liter ren alkohol per invånare 15 år och däröver. Efter en mer eller mindre konstant ökning kulminerade försäljningen 1976 med 8 liter ren alkohol. Efter att den registrerade låg runt 6 liter mellan 1983 och 1999 så har den ökat till 7 liter 2003.

Om även den oregistrerade konsumtionen beaktas blir ökningen den senaste femårsperioden desto högre. År 1998 beräknades den totala konsumtionen till 8,1 liter ren alkohol och 2003 var motsvarande siffra 10,3 liter. Den totala konsumtionen för 2004 har med utgångspunkt från första halvårets data beräknats till 10,8 liter.

År 2003 beräknades den totala konsumtionen vara drygt 3 liter högre än den registrerade (eller 32%). Denna differens har sedan 1980-talet blivit allt stör

Sammanfattning

re, men med en kraftigare ökning mot slutet av 1990-talet. Ökningen beror främst på att privatinförseln ökat och 2003 beräknades 21% av konsumtionen härröra från privat införd alkohol, medan 8% kom från illegala källor (smuggling och hembränning). Sedan 1 januari 2004 är den successiva anpassningen av införselreglerna genomförd och numera är reglerna för privatinförsel mycket generösa, vilket förklarar ökningen av privatinförd alkohol.

Grovt sett har spritförsäljningen minskat alltsedan 1970-talets slut, från 3,8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre 1979 till 1,3 liter 2003. Perioden efter andra världskriget karakteriseras främst av en kontinuerligt ökande vin och starkölsförsäljning. År 2003 uppgick vinförsäljningen till 2,9 liter och starkölsförsäljningen till 2,0 liter. Således har båda dessa alkoholsorter passerat spriten i försäljningsstatistiken, och detta skedde i mitten av 1990-talet. Folkölsförsäljningen har däremot minskat sedan 1995.

Av försäljning 2003 utgjorde öl (starköl och folköl) och vin 40 respektive 41% medan spriten stod för 19%, allt räknat i ren alkohol. Tar man hänsyn även till den oregistrerade konsumtionen innebär det att spritandelen ökar (till 25%), medan öl- och vinandelarna sjunker till 36 respektive 39%.

En bedömning av konsumtionsutvecklingen som baseras på försäljningsstatistiken blir riktig endast under förutsättning att den oregistrerade konsumtionen är av ungefär oförändrad omfattning år från år. Så är alltså inte fallet då den oregistrerade konsumtionsandelen har ökat under de senaste 10–15 åren, i synnerhet efter 1995.

Av undersökningarna om oregistrerad konsumtion framkom att den största enskilda källan för alkoholanskaffning 2003 utgjordes av Systembolaget, då 49% av all konsumerad alkohol härrörde därifrån. Därefter kom resandeinförsel (21%), försäljning av restauranger och livsmedelsbutiker (19%) och sist smugglad eller hembränd alkohol (8%).

En samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor, utifrån olika frågeundersökningar, är att de under 1990-talet ökade i omfattning. Åtminstone för lite yngre ungdomar har dock en viss nedgång i konsumtion och berusning inträtt under 2000-talet.

Könsskillnaderna för alkoholkonsumtion bland skolelever har minskat de tre senaste åren. Detta beror dels på att pojkarnas totalkonsumtion minskat samtidigt som flickornas konsumtion förblivit oförändrat hög de senaste åren. Konsumtionen är klart högre bland äldre än bland yngre ungdomar, och bland dessa förefaller könsskillnaderna också att vara mera bestående.

Utvecklingen av berusningskonsumtionen är i viss mån likartad totalkonsumtionsutvecklingen. Efter en topp omkring 1977 minskade berusningsbenägenheten fram till 1980-talets mitt. Under 1990-talet ökade berusningsbenägenheten åter något i omfattning, men under 2000-talet har den åter fallit.

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

Det begränsade antalet undersökningar på vuxensidan pekar på en klar tendens under efterkrigstiden till en ökad alkoholkonsumtion inte minst bland kvinnor. Sedan 1980-talet har dock inte könen närmast sig särskilt mycket enligt olika intervjuundersökningar. Män dricker klart mer alkohol än kvinnor, alltsedan 1980-talet har kvinnornas konsumtion motsvarat ca 40% av männens.

Männens konsumtionstopp inträffar i 24–25-årsåldern och kvinnornas i 20–21-årsåldern. Därefter sjunker konsumtionen relativt linjärt med stigande ålder, med undantag för kvinnorna som uppvisar en svag puckel i 40-årsåldern.

Vissa alkoholfrågeundersökningar pekar på en ökning av andelen storkonsumenter sedan 1990-talet. Ökningarna gäller såväl män som kvinnor och i de flesta åldersgrupper. Förklaringen till denna uppgång är främst ett ökat antal dryckestillfällen, snarare än att man dricker mera vid varje tillfälle. För kvinnornas del bestod ökningen främst i en ökad vinkonsumtion, och för männens del svarade starkölet för den största delen av konsumtionsökningen. Vin dominerar kvinnornas konsumtion. För män har starkölet ersatt spriten som den dryckestyp som bidrar mest till totalkonsumtionen.

En jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen i Sverige och flera andra länder visar på betydande likheter. Sålunda karakteriserades efterkrigsåren av en tilltagande konsumtion i många delar av världen. Liksom i Sverige avstannade ökningen av den totala alkoholkonsumtionen i många länder i mitten på 1970-talet, för att sedan plana ut, och rentav minska i vissa. Det sista gäller bl a några traditionella högkonsumtionsländer, som t ex Frankrike, Italien och Spanien där stora minskningar kan konstateras, framförallt på vinsidan. I Sverige är det under motsvarande period tvärtom, för vinkonsumtionen, man hittar ökning.

Man kan alltså konstatera att konsumtionsutvecklingen går åt olika håll i de tidigare 15 EU-länderna och Norge, 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 där EUs vinländer minskat sin dödlighet, de skölländerna ökat sin, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna visar en ganska konstant nivå.

Sammanfattning

När det gäller alkoholpolitiken tycks det som de tidigare 15 EU-länderna närmat sig varandra. Medan Finland och Sverige gett upp en del av sina monopol och därmed försvagat sin alkoholpolitik, har flera andra länder, bl a i Sydeuropa, förstärkt politiken genom att t ex minska nivåerna för tillåten blodalkoholhalt vid bilkörning och skärpa åldersbestämmelserna för inköp av alkohol såväl i butiker som på restauranger.

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 misshandel eller konsekvenser för barn som växer upp i hem där missbruk förekommer. Vidare saknas även uppgifter om utvecklingen av antalet alkoholmissbrukare.

Mer eller mindre stora brister finns hos alla mått på alkoholskadenivån i samhället. Faktorer som påverkar är bl a förändringar i lagstiftning, praxis, ekonomiska och personella resurser, diagnosmetoder, kunskaper och attityder. Uppgifterna som redovisas i föreliggande rapport ger således ingen fullständig bild av alkoholskadornas utveckling och omfattning.

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

Efter 1976 minskade försäljningen. 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 2003 gjordes ca 45 000 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 sjönk den alkoholrelaterade dödligheten för män med 29%, relaterat till folkmängden som den mäts enligt Socialstyrelsens diagnosurval. De två påföljande åren har dock nedgången hejdat och en liten uppgång kan skönjas, om än inte till 1970- eller 1980-talets nivåer. Även för kvinnorna uppnåddes en topp 1979, men väsentligt mindre markerad. Kvinnornas alkoholdödlighet var dessutom av samma storleksordning 2002 som 1979. Betraktar man kvinnornas utveckling enbart för åren 1993–2002 har det dock skett en ökning av dödsfallen med drygt 20%.

Nedgången har heller inte varit jämnt sett till åldersgrupper. Störst nedgång i alkoholrelaterad dödlighet uppvisar de som är yngre än 50 år, medan äldre

åldersgrupper ökat eller varit oförändrade sedan den totala nedgången startade 1979.

Man kan konstatera att männens betydligt större alkoholkonsumtion ger utslag i dödlighetsstatistiken, då männen har fyra gånger så hög alkoholrelaterad dödlighet som kvinnorna. Samtidigt har dock skillnaden mellan män och kvinnor minskat, som en följd av ökade konsumtionsnivåer hos kvinnorna. Historiskt finns det en viss överensstämmelse mellan försäljningsutvecklingen och utvecklingen av de alkoholrelaterade dödsorsakerna – ett samband som dock förefaller ha försvagats under senare tid.

En annan indikator som inte längre pekar nedåt är alkoholrelaterad sjukhusvård. Mellan 1987 och 1997 minskade dessa fall, men därefter har denna indikator legat stilla. Andelen vårdade kvinnor har ökat från 20 till 27% 1987–2002.

I en rapport från Brå har man funnit att de polisanmälda våldsbrotten sedan 1990-talets mitt har ökat i den omfattning som tidigare analyser av relationen mellan alkohol och våldsbrott förutspått, med den konsumtionsökning som varit de senaste tio åren.

Sedan 1998 har antalet anmälda trafiknykterhetsbrott per invånare mer än fördubblats. Ökningen förklaras dock sannolikt till stor del av nytillkomna lagar och resursprioriteringar inom polisen samtidigt som ökningen inte innebär att de anmälda trafiknykterhetsbrotten nått upp till den nivå som gällde under 1990-talets början. Enligt frågeundersökningar ökade andelen som de senaste 12 månaderna druckit alkohol och kört bil från 9% 1981 till 14% 1989. År 2001 hade en nedgång skett till 7% men 2003 svarade något fler (9%) att de gjort detta.

Alkoholrelaterade trafikolyckor kan möjligen vara ett mindre känsligt mått på alkohol i trafiken. Sedan 1996 har antalet misstänkt påverkade förare i trafikolyckor med personskador ökat med över 50%, samtidigt som antalet emellertid var högre på 1980-talet och tidigare.

Sammantaget kan vissa alkoholskadeindikatorer sägas vara mer eller mindre oförändrade under 1990-talet och 2000-talet. Knappast någon indikator pekar på att förbättringar av läget skulle ha inträffat för de allra senaste åren, medan flera indikatorer pekar på att det skett försämringar. Delvis påverkas bilden av vilket år man väljer som utgångspunkt för jämförelserna och dessa försämringar innebär ofta att det snarast skett återgångar till tidigare nivåer, efter en tids positiv utveckling.

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 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 finns det minst information om.

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

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

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

Skolundersökningarna i årskurs 9 visar att under 1970-talets inledande år svarade en relativt stor andel av eleverna att de någon gång prövat narkotika (ca 14%). Andelen minskade påtagligt 1974 och uppnådde senare en lägsta nivå på 3–4% under andra hälften av 1980-talet. Under 1990-talet mer än tredubblades narkotikaerfarenheten och uppgick till 10% år 2001. De påföljande åren har dock andelen som prövat narkotika någon gång sjunkit och 2004 hade 7% gjort detta.

Utvecklingen bland mönstrande 18-åriga män är förhållandevis likartad, med högre nivåer som prövat narkotika på 1970-talet (runt 17%), och en nedgång under 1980-talet (6% 1988). År 2002 hade andelen ökat till 18%, men 2003 hade en nedgång inträffat även bland de lite äldre mönstrande.

Det är svårt att säga något om utvecklingen de senaste åren bland äldre ungdomar och unga vuxna eftersom det saknas jämförbara data som kan beskriva trenderna för dessa. År 2003 svarade 17% av 16–24-åringarna i en telefonundersökning att de någon gång prövat narkotika. Debutåldern, för dem 20 och däröver, var 17,5 år.

Normalt visar olika 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 mönstrande använt narkotika under den senaste månaden. Bland ungdomarna i åldern 16–24 år uppgav 2003 ca 7% att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna och 2% att de använt senaste månaden. Regelbunden användningen var vanligast i 21-årsåldern.

Enligt intervjuundersökningar bland vuxna (15–75 år) har ca 12% prövat narkotika någon gång, vilket motsvarar uppåt 800 000 personer i det aktuella åldersintervallet. I den mest aktuella vuxenundersökningen – en postenkät med 18–84-åringar från 2004 – svarade en fjärdedel av männen och en femtedel av kvinnorna i 18–29-årsåldern att de prövat cannabis. Nio respektive fem procent i den åldersgruppen hade gjort detta senaste 12 månaderna.

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är vanligare hos män än hos kvinnor, och det kan konstateras att könsskillnaderna uppkommer först i gymnasieåldern och att de accentueras sett till mera regelbunden användning.

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 använt 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 konsumtion. Detta betyder att de som fortsätter använda narkotika ofta skiljer ut sig med avseende på egenskaper som nämnts ovan, dels från dem som prövat narkotika enstaka gånger, och i synnerhet från dem som aldrig prövat narkotika.

Sammanfattning

Under senare hälften av 1960-talet ökade allvarligare 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 och narkotikabeslagen på en uppåtgående trend, liksom även de narkotikarelaterade hepatit- och dödsfallen gjorde. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i Sverige.

Med utgångspunkt från en stockholmsundersökning har antalet tunga missbrukare estimerats till 6 000 år 1967. Senare och mera noggranna kartläggningar har visat att det tunga missbruket ökat alltsedan dess. År 1979 bedömdes de tunga missbrukarna uppgå till 15 000, år 1992 till 19 000 och 1998 estimerades antalet till 26 000. Med tunga missbrukare avses i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna.

En annan typ av uppskattning, gjord med utgångspunkt från sjukvårdsdata, estimerade åter antalet narkotikamissbrukare till ca 26 000 1998, men till 28 000 år 2001. Enligt denna studie har antalet alltså fortsatt att öka. Utifrån de ovan presenterade uppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992, 6% 1992–1998 och återigen 2% efter 1998. Samtidigt är det många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års kartläggning hade 19% en missbrukstid på 10 år eller längre. Åren 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%. 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.

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

De allra flesta tunga missbrukarna 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. Heroinets 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 olika 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 även efter 1998. Även om en del av uppgångarna kan förklaras av andra orsaker än omfattningen på missbruket, är det ändå rimligt att dra slutsatsen att dessa uppgifter också speglar en verklig ökning.

Psykofarmakautvecklingen

Konsumtionen av lugnande medel och sömnmedel av bensodiazepintyp nådde en hög nivå 1972, enligt Apoteket ABs statistik. Sedan minskade förbrukningen med 22% fram till början av 1990-talet. Därefter har en uppgång skett och jämfört med 1991 hade sådana medel ökat med ca 20% år 2003. Uttryckt i dygnsdoser såldes 65 sådana per 1 000 invånare och dag detta år vilket är en återgång till 1980-talets nivåer.

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 1991 och 2003 sexdubblades apotekens försäljning till 62 DDD per 1 000 invånare och dag.

Sammanfattning

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.

Apoteksstatistiken uppenbarar också regionala skillnader i konsumtionen av lugnande medel och sömnmedel. Liksom tidigare år förekom den lägsta försäljningen per invånare år 2003 i Norrbottens län, medan försäljningen var högst i Kronoberg och Jönköping.

Snifningsutvecklingen

I början av 1970-talet, när regelbundna drogvaneundersökningar började genomföras i skolan och bland mönstrande, uppmättes relativt höga andelar som sniffat någon gång. Under 1970-talet minskade emellertid sniffningen både bland eleverna i årskurs 9 och bland mönstrande. Utvecklingen bland pojkarna i nian och bland mönstrande artonåriga män visar en relativt god överensstämmelse under årtiondet.

Livstidsprevalensfrågan bland mönstrande 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. Efter en tids ökning uppstod en topp runt 1999 (på ca 12%) men därefter har nivåerna åter sjunkit och 2004 var det 7% som svarade att de sniffat någon gång. Alltsedan tidigt 1970-tal har pojkarna i regel redovisat högre värden än flickorna. Ungefär 2% av årskursnioeleverna säger att de fortfarande sniffar vid undersökningstillfället.

Kunskaperna om sniffning bland vuxna är relativt begränsade. I undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning 1992 och 1998 framkom att 1–2% av narkotikamissbrukarna hade lösningsmedel som ett av andra missbruksmedel. Av tvångsvårdade vuxna har alltsedan 1990-talets början 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 siffra 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. Sedan 1998 är tullens och polisens beslagsstatistik jämförbar och för detta år har antalet beslag fördubblats medan mängderna mångdubblats. År 2003 togs 600 000 tabletter och 60 liter injektionsvätska i totalt 800 beslag, vilket är den högsta nivån någonsin.

Av kriminalstatistiken framgår att antalet misstänkta för dopningsbrott ökat sedan 1999. Runt 70% av alla misstänkta var i 20–29-årsåldern och bara några enstaka procent var kvinnor.

Tobaksutvecklingen

I början av 1900-talet var snus och pipetobak 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 och de senaste åren har försäljningen legat runt 1 000 cigaretter per person 15 år och äldre. Detta förklaras främst med att rökningen minskat men delvis också av att smuggling och privatinförsel ökat. Annan röktobak har minskat konstant i försäljning sedan 1970.

Rökvanorna bland niondeklassarna är inte helt enkelt att följa på flera frågebyten men det kan konstateras att rökningen var allra mest utbredd i början av 1970-talet. År 2004 svarade 18% av pojkarna och 30% av flickorna att de rökte. Motsvarande värden för daglig rökning var 5 respektive 13%. Jämfört med 1990-talets början är detta en tydlig nedgång; då låg andelarna runt 14 respektive 19%. Det kan noteras att rökningen minskat i motsvarande åldrar även i USA under samma period.

Sammanfattning

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 för männen. Detta har lett till att dagligrökningen idag är något mera vanlig bland kvinnor än bland män (18 respektive 17% år 2003). Nedgången har skett i alla åldersgrupper, men har varit mest tydlig bland de yngsta.

År 1995 uppskattades rökningen kräva ca 8 000 liv i Sverige. Mönstret för utvecklingen av rökningrelaterade dödsfall stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig 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 rökningrelaterade dödsfallen totalt sett minskat under 1990-talet, men inte heller denna studie finner någon nedgång för kvinnorna.

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

Snusning är fortfarande en utpräglad manlig vana. Bland eleverna i årskurs 9 svarade 21% av pojkarna och 8% av flickorna att de snusade år 2004. För pojkarnas del innebär det att andelen snusare åter är densamma som 1997, efter en tillfällig uppgång däremellan, medan flickorna däremot ökat mer eller mindre konstant sedan detta år (från 3%). Bland mönstrande 18-åriga män snusade 34%, varav närmare tre fjärdedelar gjorde detta varje dag.

Snusförsäljningen har ökat stadigt alltsedan 1970 – från 395 till 917 gram per invånare 15 år och däröver. I början av 1980-talet snusade 17% av de vuxna männen (16–84 år) och 1997 var motsvarande siffra 25% (varav 80% var dagligsnusare). Sistnämnda året var det 2% av kvinnorna som snusade. I studie från 2004 fann man att 22% av männen och 3% av kvinnorna 18–84-år snusade dagligen. Således har det skett en ökning av snuskonsumenterna och snusning är vanligast bland 25–44-åringar.

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

2. 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 frågeundersökningar. Sådana undersökningar ger också en uppfattning om konsumtionen av oregistrerad alkohol.

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

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).
- 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 från 21 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. Ansvar för utredning och tillsyn av serveringstillstånd överfördes från länsstyrelserna till kommunerna. Tillståndsplikten för detaljhandel med och servering av öl klass II avskaffades.

- 1997 EG-domstolen beslutar att Systembolaget får behålla sitt monopol. Starkölsskatten sänks medan folkölsskatten höjs (öl med en volymalkoholhalt om 2,8% och därunder blir dock befriat från alkoholskatt).
- 1999 Taxefreehandeln 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 förbjuds.
- 2001 En alkoholpolitisk handlingsplan antas 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, efter föregående regional försöksverksamhet.
- Den 1 december 2001 sänktes vinskatten i linje med EU-önskemål om att öl och vin ska beskattas mera jämlikt.

Alkoholpolitiska händelser 2003–2004

I februari 2003 fastslog Marknadsdomstolen tingsrättens dom från föregående år vilken öppnade för alkoholreklam i svenska tidningar, och i linje med detta infördes den 15 maj 2003 en ändring i alkohollagen som gör det tillåtet med reklam för alkoholdrycker svagare än 15 volymprocent (SFS 2003:166).

Efter att införselkvoterna för alkohol successivt höjts sedan juli 2000 är det från och med 1 januari 2004 tillåtet för privatpersoner att från annat EU-land till Sverige införa 10 liter spritdrycker, 90 liter vin samt 110 liter öl utan att Sverige har rätt att ta ut punktskatter på dessa varor. Dessa minimireferensnivåer, eller indikativa nivåer, utgör endast ett hjälpmedel att avgöra om det handlar om eget bruk eller kommersiell införsel och utgör inga exakta kvoter för tillåtna nivåer av privatinförsel.

I maj 2004 blev Estland, Lettland och Litauen medlemmar i EU vilket innebär att Sverige fått nya medlemsländer i närområdet med förhållandevis låga alkoholskattenivåer.

Alkoholinförselutredningen kom i augusti med ett delbetänkande (SOU 2004:86) där det bland annat föreslås en 40%-ig sänkning av spritskatten för att motverka den ökande privatimporten och därigenom vidmakthålla detaljhandelsmonopolets legitimitet i Sverige.

Konsumtionsutvecklingen

Alkoholförsäljningen

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

Utöver den konsumtion som speglas i försäljningsstatistiken tillkommer även konsumtion av oregistrerad (ej statistikförd) alkohol. Denna består av alkohol som har förts in i Sverige från andra länder (genom såväl resandeförsel som smuggling), hemtillverkning av alkoholdrycker samt av utomlandskonsumtion. Hur omfattande den oregistrerade konsumtionen är belyses av olika undersökningar och diskuteras i ett särskilt avsnitt. Det bör dock framhållas att den oregistrerade konsumtionens andel bedömts ha ökat de senaste 10–15 åren, vilket betyder att den registrerade försäljningens betydelse som indikator på konsumtionsutvecklingen har försvagats.

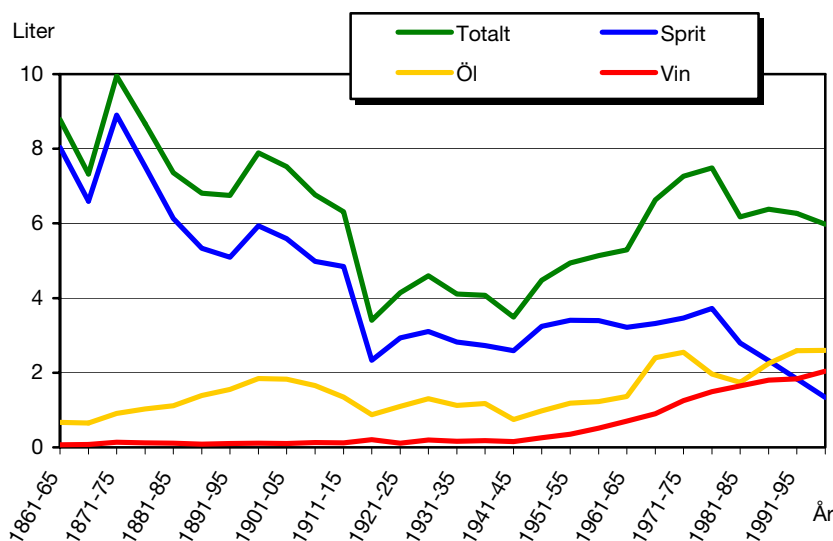


Diagram 1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1861–2000. Femårsmedeltal. (Tabell 1)

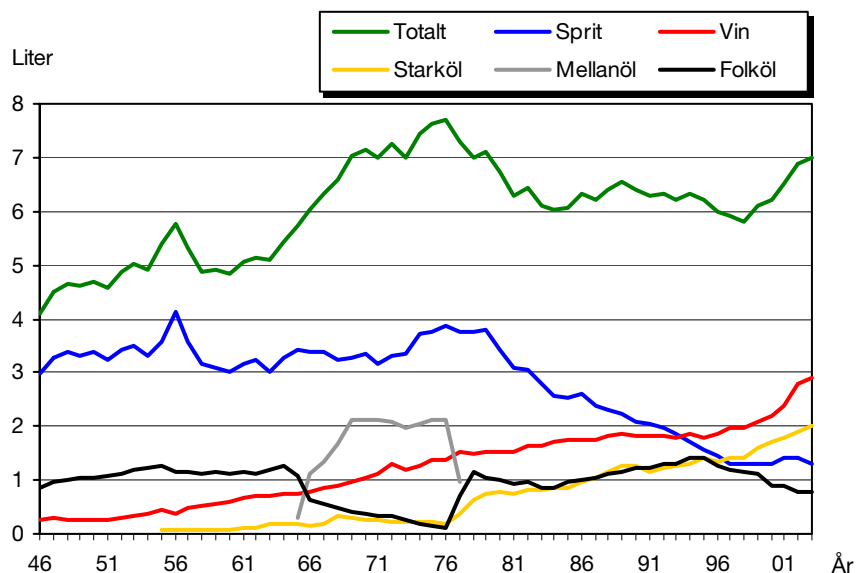


Diagram 2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2003. (Tabell 2)

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 var försäljningsnivån relativt låg, även om andra världskriget medförde ytterligare en minskning. Därpå ökade den registrerade försäljningen och nådde perioden 1976–1980 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 försäljningsutvecklingen. 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 ren alkohol per invånare 15 år och däröver.

Därefter inträffade en nedgång och under 1980- och 1990-talen låg försäljningen runt 6,0 liter alkohol 100%, varefter en ökning tagit vid och 2003 var siffran 7,0 liter. Sedan 1998 har försäljningen ökat med 1,2 liter ren alkohol, d v s med 21%.

Alkoholutvecklingen

Betydande förändringar har skett när det gäller olika alkoholdryckers del av försäljningen. Under 1800-talet var alkoholförtäring närmast synonymt med spritkonsumtion, men med början under 1960-talet har spritens andel av den totala konsumtionen sjunkit och år 2003 uppgick den till 19%. I absoluta tal inleddes dock inte nedgången förrän 1980.

Sedan 1994 är vin den enskilda dryckestyp, räknat i ren alkohol, som bidrar mest till alkoholförsäljningen, men även starkölet svarar sedan flera år för en större andel än spriten. År 2003 svarade dessa drycker för 41 respektive 29% av försäljningen, medan folkölets andel var 11%. Försäljningsökningen sedan 1998 faller helt på en ökning av vin- och starkölsförsäljningen. Mätt i ren alkohol har vin ökat mer eller mindre kontinuerligt under hela efterkrigstiden.

Om man tar hänsyn även till den oregistrerade konsumtionen ökar dock spritandelen med sex procentenheter (från 19 till 25%), medan vin- och ölandelarna sjunker (se tabell 10).

Regionala skillnader i försäljningen

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 för de med små folkmängder, liksom i län där gränshandel förekommer eller där många arbetspendlare gör inköp. Hemtillverkning ingår heller inte i statistiken, vilken varierar mellan länen. Detta medför att försäljningen per person i vissa län kommer att ligga för högt och i andra län för lågt, jämfört med den verkliga konsumtionen.

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 omfattar sedan 1995 enbart den alkohol som säljs via Systembolaget. (Före 1995 var det endast bryggeriernas restaurangleveranser av starköl som inte ingick i länsstatistiken.)

Systembolagets försäljning av sprit, vin och starköl, räknat per invånare 15 år och äldre i hela landet, uppgick 2002 till 5,1 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 tillhört försäljningstoppen under hela 1990-talet (tabell 3). De lägsta försäljningssiffrorna har de senaste sex åren redovisats för Skåne, Jönköping, Kronoberg och Blekinge. Dessa hade en registrerad försäljning omkring 3,5 liter under 2003.

Påtagliga skillnader mellan länen föreligger mellan olika dryckestyper. Försäljningen av sprit år 2003 (tabell 4) var högst i Jämtlands län (2,1 liter alkohol 100%) med Värmland på andra plats (1,9 liter) och lägst i Jönköpings och Skåne län (0,8 liter). Denna ordning har varit densamma senaste sjuårsperioden.

Länsgenomsnittet för vinförsäljningen 2003 uppgick till 2,6 liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre. Stockholms län låg högst med 3,6 liter följt av Gotland (3,4 liter), Värmland och Jämtland (3,0 liter), alltså samma fyra topplän som för totalförsäljningen, men i annan ordning. Lägst låg Jönköping (1,4 liter), Kronoberg och Blekinge län (1,6 liter). Vinförsäljningen har varit lägst i dessa län de senaste sju åren även om den ökat också där.

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 2003 var försäljningen 2,2 liter i Jämtland och 0,6 liter i Skåne.

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, lyftas av norrmännens inköp, liksom den höga försäljningen på Gotland och i Jämtland influeras av omfattande turism i kombination med liten bofast folkmängd.

Sedan något år finns även restaurangernas försäljningsvolymmer åter registrerade (se Statens folkhälsoinstitut 2004). Om man summerar dessa siffror med detaljhandelns så finner man att de fyra län som ligger i topp i detaljhandelsförsäljning fortfarande är i topp när man lägger till restaurangkonsumtionen och detsamma gäller de fyra län med de lägsta försäljningssiffrorna, även om den inbördes rangordningen ändras något.

Tre av de fyra län med högst systembolagsförsäljning uppvisar också den högsta restaurangkonsumtionen. Undantaget är Värmland, vilket sannolikt förklaras av att dess höga placering påverkats av norrmännens gränshandel. Däremot återfinns bara Kronoberg bland de fyra (sydligt belägna) länen med den lägsta systembolagsförsäljningen bland länen med lägst restaurangförsäljning. Övriga tre län med låg restaurangförsäljning är alla norrlandslän.

Restaurangförsäljning

Mellan 1977 och 1996 ökade andelen restaurangförsäld alkohol från 5 till 20% (räknat i ren alkohol). Denna nivå har enligt tabell 5 varit relativt oförändrad sedan dess (18% år 2003). Av den totala alkoholkonsumtionen 2003 (med hänsyn även till oregistrerad alkohol) svarade enligt frågeundersökningsresultaten i tabell 10 restaurangkonsumtionen för ca 11%.

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, 2003 var motsvarande siffra 32%. Andelen vin som konsumeras på restauranger har dock fortsatt att öka, även om öl fortfarande behåller sin dominerande position. 2003 dracks

Alkoholutvecklingen

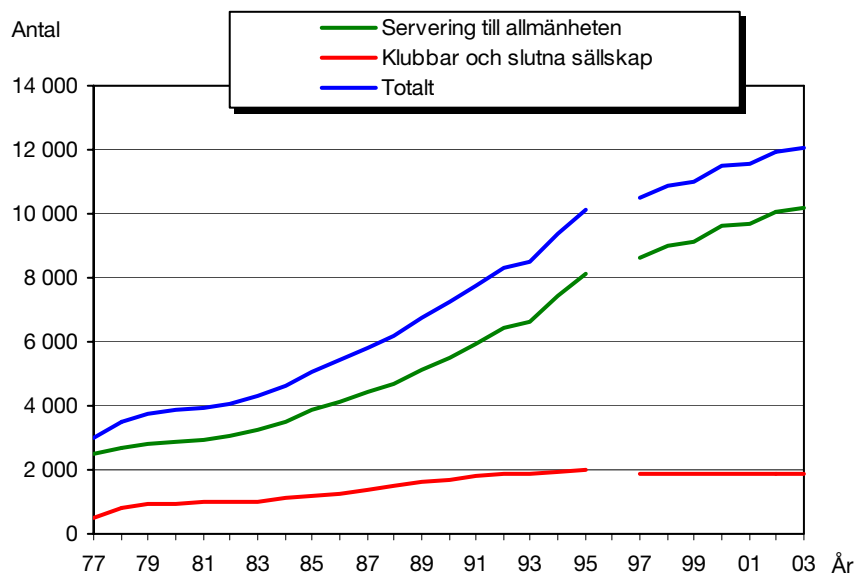


Diagram 3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2003. (Tabell 6)

ca 14% av vinet och 12% av spriten på restaurang (för spriten innebär detta en liten tillbakagång jämfört med föregående år).

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 uppgick till över 12 000 år 2003, en fyrdubbling således. Det kan konstateras att restaurangtillstånden fortsatt att öka även efter 1996, till skillnad från restaurangernas andel av försäljningen enligt tabell 5.

Alkoholutgifter och prisförändringar

Svenskarnas utgifter för alkoholinköp har en viss inverkan på statsinkomsten och merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. År 2002 beräknades statens inkomst enbart från dryckesskatterna uppgå till drygt 11 miljarder kronor (Statens folkhälsoinstitut 2004).

Konsumenternas totala utgifter för alkoholinköp på restauranger och systembolag fördubblades mellan 1985 och 2002, från 16 till 34 miljarder (tabell 7). Inkluderas även folköl blir summan 37 miljarder vilket motsvarar 3% av den totala privata konsumtionen. Fram till 2000 ökade restaurangkonsumtionens andel, mätt i kronor, från 20 till 33% medan denna andel sjunkit något 2003 (till 31%). Dessa uppgifter styrker den bild som gavs i det föregående att

jämfört med 1980-talet sker en större del av alkoholkonsumtionen numera på restauranger, även om denna ökning hejdats något under senare år.

Spritinköpens andel av den totala registrerade alkoholinköpskostnaden har minskat från 52% 1985 till 31% 2002 och uppgick det senaste året till 10 miljarder (tabell 7). Det som framförallt ökat är utgifterna för starköl. År 1985 uppgick dessa till ca 3 miljarder och 2002 till 10 miljarder, vilket utgjorde 30% av totalkostnaden för alkoholinköp 2002. Samma år stod vinet för 39% av alkoholutgifterna, vilket är en ökning med 9 procentenheter jämfört med 1985.

I tabell 8 redovisas en indexerad utveckling av realpriset för alkohol i detaljhandeln perioden 1984–2003 (med 1984 satt till 100). Uppgifterna är hämtade från Systembolaget och indikerar att prisutvecklingen för sprit och vin har varit tämligen stabil under hela perioden. Indexet år 2003 var 96 respektive 97 för sprit och vin, men 87 för starköl. För starkölet har relativt stora förändringar skett, i synnerhet med tanke på att indexet var uppe i 127 år 1990.

Statens folkhälsoinstitut (2004) redovisar ett delvis annorlunda konstruerat prisindex som spänner över åren 1995–2002. Jämför man dessa två index finner man att spritprisutvecklingen beskrivs likartat medan institutets index uppvisar en större nedgång för vin och för starköl. Institutet redovisar även ett index för prisutvecklingen på restauranger åren 1995–2002 och av detta framgår att sprit- och starkölspriserna var oförändrade i slutet av perioden (index 101 resp 99) medan vinet gått upp (index 113).

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, dvs oregistrerad konsumtion.

För att få en bättre bild av den totala alkoholkonsumtionen genomförs sedan juni 2000 regelbundna frågeundersökningar i den vuxna befolkningen om detta. Dessförinnan gjordes även ett antal kartläggningar av den oregistrerade konsumtionen varav KALK-undersökningen kan sägas utgöra grunden för de nuvarande mätningarna. 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 och trots att olika problem är förknippade med denna typ av metod bedöms mätningarna ge en bra bild av utvecklingen (se Köhlhorn et al 2000, Leifman et al 2000, Leifman och Gustafsson 2003 samt SOU 2004:86).

Alkoholutvecklingen

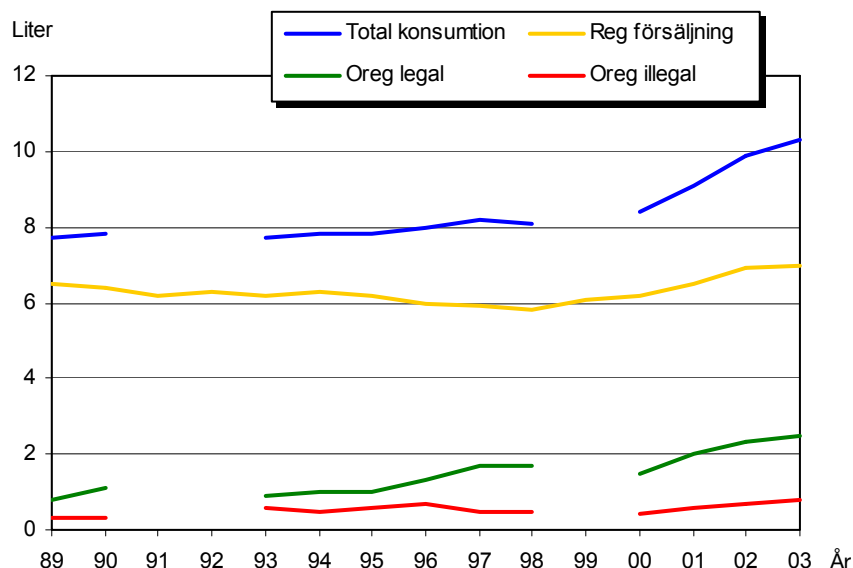


Diagram 4. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i liter 100% alkohol i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelat på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1989–2003. (Tabell 9)

För 1989 uppskattades den oregistrerade konsumtionen till ca 1,2 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. År 1995 hade den ökat något, till 1,6 liter. Året därpå, alltså mellan det första och det andra året av det svenska EU-medlemskapet, ökade den tämligen kraftigt och uppgick till 2,1 liter. Ytterligare en kraftig ökning av den oregistrerade konsumtionen har skett mellan 2000 och 2003, från 2,2 till 3,3 liter ren alkohol (tabell 9 och diagram 4).

Enligt diagrammet innebär detta att den totala alkoholkonsumtionen således låg runt 8 liter under 1990-talet. Detta betyder vidare att den svacka som syns i den registrerade försäljningen 1995–1998 inte speglar den faktiska konsumtionen. För 2003 har den totala konsumtionen beräknats till 10,3 liter ren alkohol, en historiskt sett mycket hög nivå. Den illegala delen oregistrerad konsumtion (hembränd sprit och smuggelalkohol) har hela tiden varit klart mindre än den legala oregistrerade konsumtionen, vilken till största delen består av resandeförsel.

I Alkoholinförselutredningen (SOU 2004:86) görs en prognos för 2004 års konsumtion med utgångspunkt från data insamlade första halvåret 2004. Denna pekar på att konsumtionen kommer att öka ytterligare och uppgå till 10,8 liter ren alkohol under 2004.

Andelen registrerad alkohol 2003 av den totala konsumtionen var 68% och andelen oregistrerad således 32%. I relativa tal är det en fördubbling jämfört

med 1989. I tabell 9 anges även ett uppskattat värde för andelen oregistrerad konsumtion toppförsäljningsåret 1976, och denna var då endast 12% medan den totala konsumtionen uppgick till 8,8 liter – alltså 1,5 liter mindre än för 2003.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 10 framkommer att år 2003 härrörde totalt 8% av alkoholkonsumtionen från illegala källor (främst smuggling men också en del hembränning) medan 2% var legalt hemtillverkad. Restauranger och livsmedelsbutiker sålde 19% av alkoholen och Systembolaget 49% samtidigt som 21% av konsumtionen hade sitt ursprung i resandeförsel.

I synnerhet är det resandeförseln som utgör det stora tillskottet medan hembränt, som var en betydande faktor tidigare, har förlorat i betydelse idag. År 1996 dracks det 0,5 liter hembränd sprit (räknat i 100% alkohol), att jämföra med 0,1 liter 2003 (SOU 2004:86). Resandeförseln har under samma period ökat från 1,1 till 2,2 liter.

En jämförelse av totalkonsumtionens andelar enligt tabell 2 (försäljningen) och tabell 10 (all konsumtion) visar att när man tar hänsyn även till den oregistrerade konsumtionen så ökar andelen sprit av totalkonsumtionen från 19 till 25%. Samtidigt sjunker vinandelen från 41 till 39%, starköl från 29 till 28% och folköl från 11 till 8%.

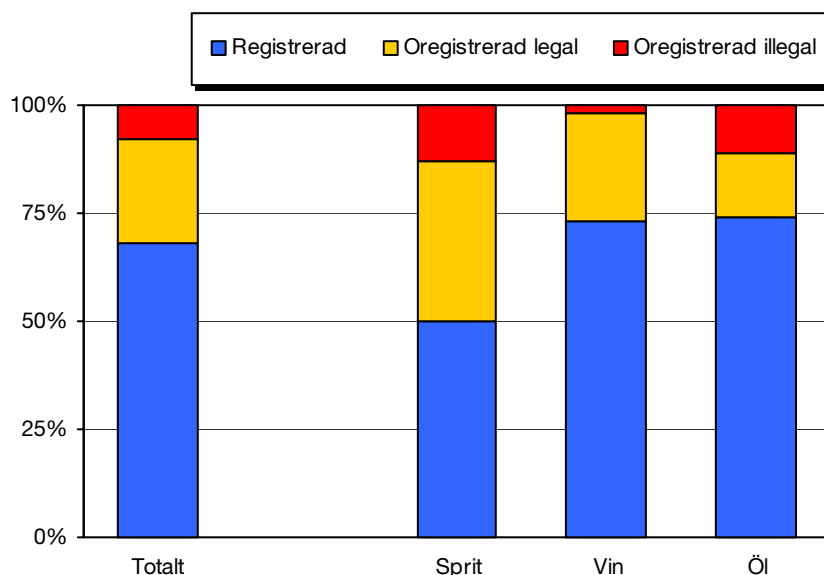


Diagram 5. Skattning av andelen registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2003. (Tabell 10)

Alkoholutvecklingen

Att det främst är sprit som kommer från oregistrerade källor visas också i diagram 5. Av diagrammet framgår att hälften av all sprit som dricks är oregistrerad medan detta bara gäller en fjärdedel av ölet och vinet. Spriten är också den alkoholtyp där mest illegal alkohol förekommer.

Sammantaget har alltså andelen oregistrerad alkohol ökat, i synnerhet under senare år, och detta främst som en följd av ökande resandeförsel, vilket i sin tur beror på att det numer är tillåtet att ta in stora kvantiteter alkohol från annat EU-land. Konsumtionen för 2003 beräknades till 10,3 liter alkohol. Detta är 3,3 liter mer än vad försäljningssiffrorna anger och sannolikt den högsta konsumtionsnivån som förekommit i Sverige på över 100 år.

Konsumtionsvanor

Alkoholförsäljningen visar i grova drag alkoholkonsumtionens utveckling, i synnerhet om uppgifterna kompletteras med information om den oregistrerade konsumtionen, som i föregående avsnitt. För att få reda på fördelningen i olika befolkningsgrupper är man dock hänvisad till frågeundersökningar.

Konsumtionsmängder som beräknats enbart utifrån frågeundersökningar kan inte användas som mått på den faktiska konsumtionen, sådana data används främst för att beskriva skillnader i alkoholvanor mellan olika befolkningsgrupper. Detta beror bland annat på ett bortfall som i större utsträckning än bland de svarande består av alkoholmissbrukare och på att de som svarar i stor utsträckning underrapporterar sin konsumtion (se t ex Kühlhorn et al 2000).

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 beskrivningar av utvecklingen. Dessa undersökningar beskrivs närmare i kapitel 8.

Det kan redan inledningsvis nämnas att alkoholkonsumtionens fördelning är tämligen skev. I SOU 2004:86 fastslås exempelvis att den tiondel som dricker mest står för runt hälften av alkoholkonsumtionen.

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 den och mellan 1982–2001 låg andelen ickekonsumenter runt 20% (tabellerna 12 och 13). Mellan 2002–2004 har gruppen ökat ytterligare, från 23 till 28% (Hvitfeldt et al 2004).

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 16). På grund av att nya alkoholfrågor införts i mönstringsformuläret är inte resultaten jämförbara efter 1999. Dock kan det konstateras en liten ökning av andelen som aldrig berusar sig 2000–2003, från 14 till 16%. Samma period ökade andelen som inte dricker alls från 10 till 12% (ny fråga för perioden). Således förefaller andelen icke-konsumenter ha ökat bland yngre ungdomar under senare år.

Av diagram 6 och tabell 11 framgår utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol för niorna. Före 1989 beräknas konsumtionen annorlunda vilket försvårar jämförelser över tid.

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 för flickorna medan pojkarna uppvisar en kraftig topp runt 2000 och därefter en återgång till det sena 1990-talets nivåer.

År 2004 beräknades konsumtionen till 3,8 liter för pojkarna och 2,8 liter för flickorna. Under hela perioden är pojkarnas konsumtion större än flickornas. Efter 1970-talet ökade gapet mellan könen och under 1990-talets början drack flickorna endast hälften så mycket som pojkarna. De sista tre åren har dock gapet minskat och nu dricker flickorna tre fjärdedelar av vad pojkarna

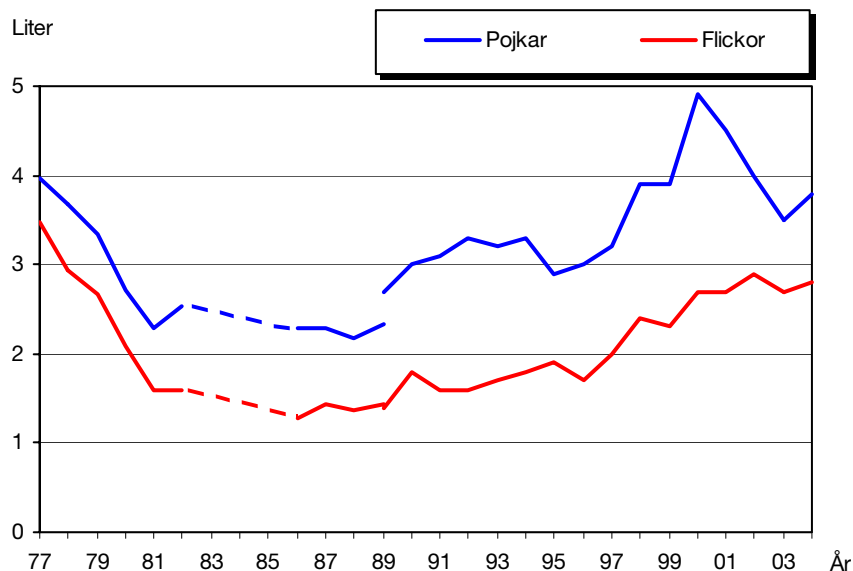


Diagram 6. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen i liter alkohol (100%) i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2004. (Tabell 11)

Alkoholutvecklingen

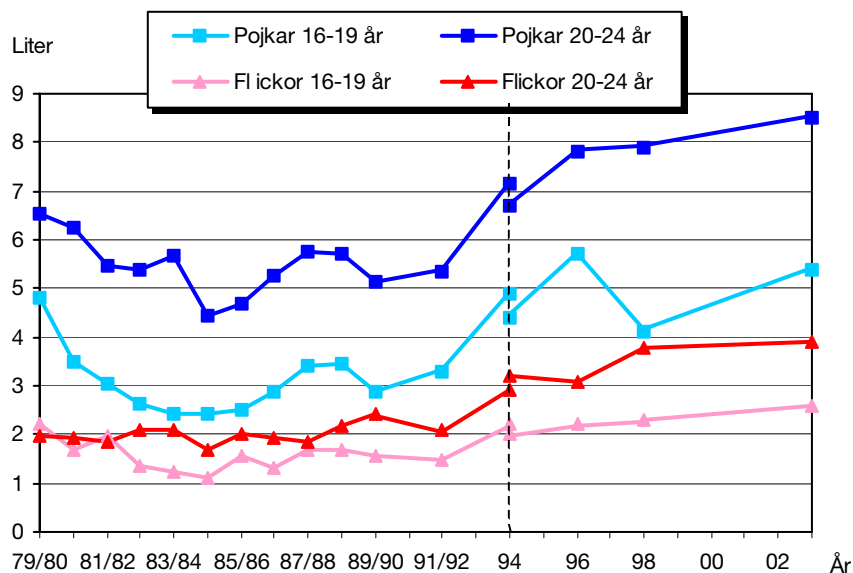


Diagram 7. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. ^{a)} (Tabell 21)

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

dricker. Konsumtionssvackan åren före 1998 förklaras åtminstone delvis av att nya dryckestyper introducerades (cider och alkoholisk) samtidigt som dessa inte efterfrågades i formuläret förrän 1998.

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 7 påverkades resultaten något, varför de olika periodernas värden inte är direkt jämförbara. Vidare infördes först i 1998 års undersökning dryckesalternativen cider och alkoholisk vilket innebär att jämförbarheten begränsas ytterligare eftersom konsumtionen varit något underskattande för 1994 och i synnerhet för 1996 (se tabell 20). Undersökningen från 2000 som tidigare redovisats i Drogutvecklingen i Sverige har p g a metodproblem uteslutits ur denna jämförelse (se Guttormsson et al 2004).

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

År 2003 uppgick årskonsumtionen till 5,4 liter ren alkohol för pojkar 16–19 år och till 8,5 liter för dem 20–24 år. Motsvarande värden för flickorna var

2,6 respektive 3,9 liter ren alkohol. Liksom bland skoleleverna finns en märkbar och än större skillnad i alkoholkonsumtionen mellan könen då männen drack åtminstone dubbelt så mycket i båda åldersgrupperna. Att jämföra de absoluta konsumtionsnivåerna undersökningarna emellan är mycket vanskligt på grund av metodskillnader.

Intensivkonsumtion är ett mått för att beskriva berusning och avser här 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 och exempelvis rapporterade 1977 37% av pojkarna och 29% av flickorna i nian att de intensivkonsumerade alkohol en gång i månaden eller oftare (diagram 8 och tabell 14). Motsvarande siffror var i det närmaste halverade tio år senare (19 resp 15%). Till och med år 2000 ökade andelarna till totalt 28% men därefter har en liten nedgång inträffat och 2004 uppgick andelarna till 26% för pojkarna och 23% 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 till ca 5% 1986. Därefter ökade andelen successivt till 19% år 1999 (diagram 8 och tabell 16). Som tidigare nämnts har frågans jämförbarhet brutits i och med att nya alkoholfrågor nu föregår

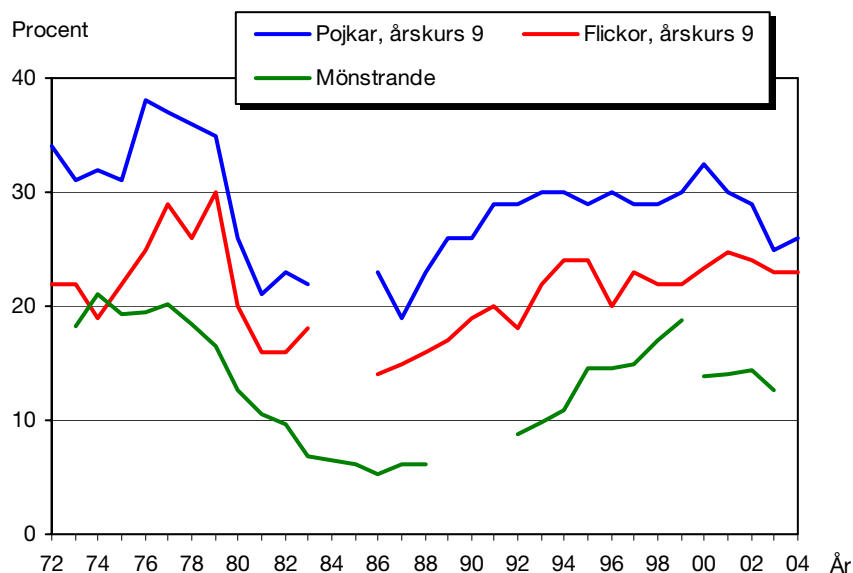


Diagram 8. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2004. (Tabellerna 14 och 16)

Alkoholutvecklingen

denna men även bland de mönstrande antyds ett brott i de ökande berusningsvanorna. Enligt en av de nya frågorna framgår att 34% av de mönstrande intensivkonsumerar en gång i månaden eller oftare år 2003 (en nedgång med två procentenheter på fyra år). I denna undersökning avser begreppet 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 12 och 13). Högkonsumtionsgruppen (över 5 liter ren alkohol per år) ökade från 7 till 16% bland flickorna och från 15 till 26% bland pojkarna mellan 1986 och 2000. Flickorna har därefter legat kvar på den nivån medan andelen högkonsumenter bland pojkarna sjunkit något (till runt 20%).

Normalt har sprit gett det största bidraget till pojkarnas alkoholkonsumtion. Sedan 2003 har dock starköl tagit över. År 2004 kom 36% av pojkarnas konsumtion från starköl (jämförelsen görs i ren alkohol – se tabell 11). På andra plats kom sprit (31%), därefter blanddrycker respektive folköl (15% vardera) och sist vin (3%).

Hos flickorna står emellertid spriten fortfarande för det största bidraget till totalkonsumtionen (39%) och starköl kommer på andra plats (25%). Andelarna för folköl och blanddrycker låg runt 18 respektive 11% och vin ger det minsta bidraget även för flickorna (7%).

Av tabellerna 19, 20 och 21 framgår hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år). I diagram 9 redovisas olika alkoholdryckers bidrag till årskonsumtionen i liter 100% alkohol för år 2003. 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 8,5 liter ren alkohol per år, varav över hälften härrörde från starkölskonsumtion.

Bland kvinnorna är konsumtionen jämnare fördelad mellan olika dryckestyper. Bland de äldre kvinnorna ökar konsumtionen av alla drycker förutom sprit. Blanddrycker utgör det största enskilda inslaget bland de yngre kvinnorna medan vin ger störst bidrag till konsumtionen bland de äldre. Det framgår tydligt att de yngre pojkarna 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 2003 var enligt tabell 17 starköl (67%), sprit (50%), cider (42%) och folköl (28%). Detta visar återigen det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion.

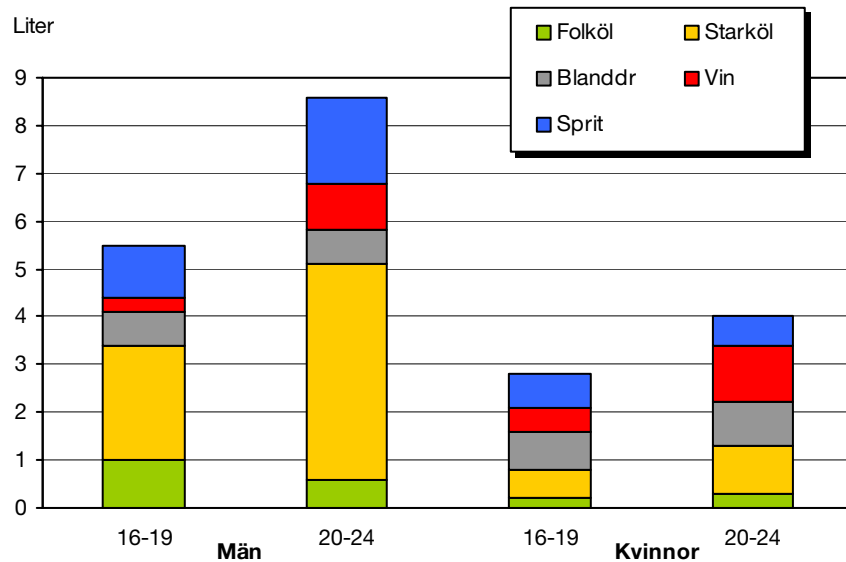


Diagram 9. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2003. (Tabellerna 19–21)

Alkoholvanor bland vuxna

De tidigast genomförda riksrepresentativa konsumtionsvaneundersökningarna i den vuxna befolkningen tyder på att andelen alkoholkonsumenter ökade under 1970-talet, framförallt bland kvinnorna. De svarade 1968 för ca 20% av konsumtionen, 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", vilket också kompletterades med frågor om sällan-konsumtion. 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 1984 (9 cl) och högst 1989 (11 cl). År 2000 var den knappt 10 cl, vilket skulle motsvara en årlig konsumtion på 5,1 liter (diagram 10 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 äldre kohorter som konsumerar mindre alkohol. Alltså täcks ännu mindre av konsumtionen än vad siffrorna visar.

Alkoholutvecklingen

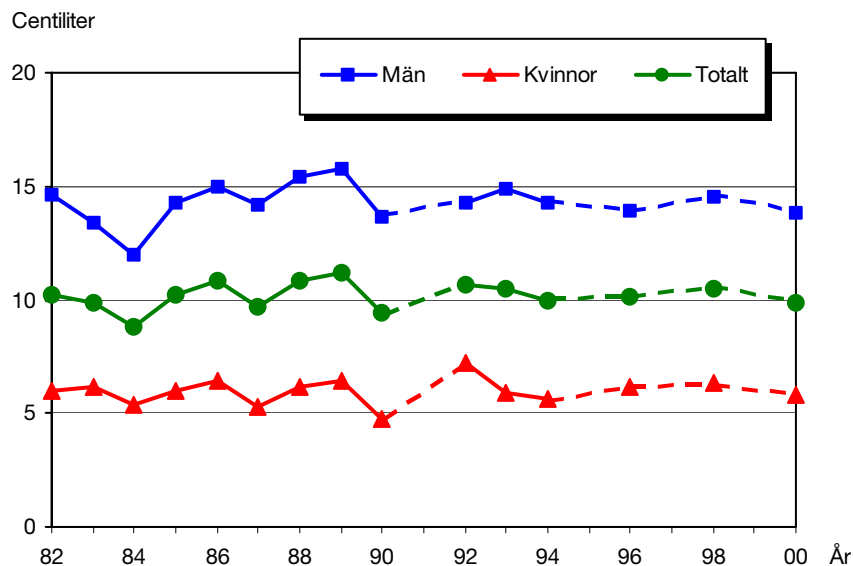


Diagram 10. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter alkohol 100%. 1982–2000. (Tabellerna 22–24)

Dessa frågeundersökningar ger en något annorlunda bild än de uppgifter som presenterades i diagram 4, och har dessutom inte uppdaterats sedan 2000. De har ändå ett visst värde genom att belysa trender i skillnader mellan kön, åldrar och i utvecklingen av olika dryckers andelar av konsumtionen.

Det framgår av dessa studier att män dricker mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor. Under såväl 1980- som 1990-talet motsvarade kvinnornas konsumtion drygt 40% av männens.

I SoRADs frågeundersökningar från senare år framkommer samma mönster; 2003 drack kvinnorna drygt 40% av männens konsumtion (SOU 2004:86). Av denna utredning framgår även att den relativa konsumtionsökningen sedan 1996 varit ungefär densamma för båda könen. Förklaringen till uppgången är främst ett ökat antal dryckestillfällen, snarare än att man dricker mera vid varje tillfälle.

Vin dominerar kvinnornas konsumtion enligt tabell 23 och utgjorde år 2000 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 fram till 1992, varefter starkölet har blivit den dominerande drycken med sprit och vin på delad andra plats. År 2000 utgjordes männens uppgivna veckokonsumtion av

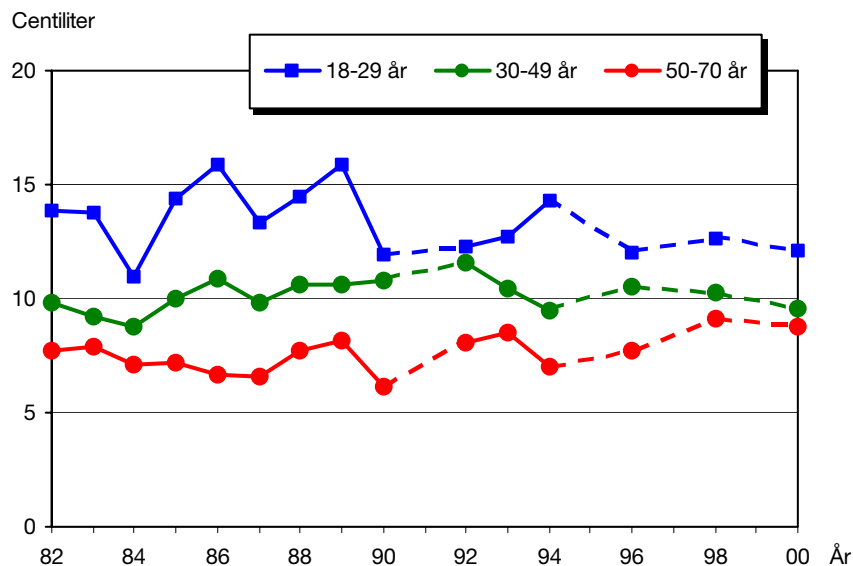


Diagram 11. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, mätt i centiliter alkohol 100%. 1982–2000. (Tabellerna 25–27)

sprit och starköl 23 respektive 32% av konsumtionen, räknat i ren alkohol. Annorlunda uttryckt svarar vinet för kvinnornas konsumtionsökning och starkölet för männens.

Den yngsta ålderskategorin, 18–29 år, är den åldersgrupp som konsumerar mest alkohol, medan äldsta ålderskategorin (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. Gruppen 30–49-åringar har under hela perioden intagit en mellanställning (diagram 11 och tabellerna 25–27).

I SOU 2004:86 ges en mer detaljerad bild av konsumtionsmönster och åldrar. Tvåårsklasser redovisas och det framgår att männens konsumtionstopp, som är tämligen markerad, kommer i 24–25-årsåldern och kvinnornas i 20–21-årsåldern. Därefter sjunker konsumtionen relativt linjärt med stigande ålder, med undantag för kvinnorna som uppvisar en svag puckel i 40-årsåldern, för att nå sin lägsta nivå i den äldsta tillfrågade åldersgruppen (80–81 år).

I 1998 och 2000 års TEMO-undersökningar ingick det s k 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 (Helmerrsson-Bergmark 2001). Motsvarande siffror 1998 var 14 respektive 4%.

Alkoholutvecklingen

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%.

Regionala skillnader

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

Alkoholvanornas regionala fördelning för elever i åk 9 för åren 2001–2003 framgår av tabell 15 (flera år måste på låga baser slå samman för att möjliggöra regionala nedbrytningar). Den högsta totalkonsumtionen står närmast i Skåne län samt övriga sydsvenska län för, medan konsumtionen var lägst i Stockholms län samt i norra Sverige. Även intensivkonsumtionsvanorna fördelade sig på ett regionalt likartat sätt och dessa förhållanden gäller såväl pojkar som flickor.

Undersökningen bland mönstrande artonåriga män omfattar så många personer att den kan brytas ned på Sveriges samtliga län. Av den framgår exempelvis att smuggelsprit är vanligare i sydsvenska län och hembränt desto vanligare norr om Dalälven (Guttormsson 2004). Andelen icke-konsumenter år 2003 var högst i Jönköping och Norrbotten och lägst i Halland och Blekinge (tabell 18). I Halland och Blekinge är det dubbelt så vanligt att de mönstrande intensivkonsumerar alkohol åtminstone en gång i veckan, jämfört med Västmanland och Gotland. Högst totalkonsumtion finner man i Halland och Västra Götaland och den lägsta i Västmanland och Örebro.

SoRADs alkoholfrågeundersökningar i vuxna befolkningen från 2001–2003 finns redovisade fördelat på sju regioner och enligt den är totalkonsumtionen högst i Skåne samt Stockholms län och lägst i Norrlandslänen. Konsumtion av resandeförd alkohol är naturligt nog störst söderöver och minst norröver medan restaurangkonsumtionen är två eller rent av tre gånger så omfattande i Stockholms län som i andra regioner (SOU 2004:86).

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 dessutom variera avsevärt.

Forskningsresultat som påvisar samband mellan förändringarna i den totala konsumtionen och förändringarna i alkoholskadorna har bl a redovisats av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:25) liksom i *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa* (Edwards 1996) och av 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 alkoholskadorna utvecklas. I detta avsnitt behandlas främst sådana indikatorer, dels som ett mått på skadeutvecklingen, dels för att uppgifterna är intressanta i sig.

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

Vård

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

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.

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

Alkoholutvecklingen

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.

Sedan 1998 har årligen totalt ca 20 000 missbrukare dagligen fått någon typ av socialtjänstinsats. Utöver tvångsvård var i genomsnitt 3 300 personer dagligen intagna på institution för någon form av missbruk under 2003, en nedgång från ca 5 000 personer 1989 (tabell 28). Samtidigt fick drygt 11 200 någon form av öppenvårdsinsats år 2003 och ca 5 500 bistånd avseende boende (Socialstyrelsen 2004c).

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

Enligt LVM-statistiken ökade antalet inneliggande en viss dag mellan 1983 och 1991 (från 229 till 753 personer), men har därefter minskat till 222 personer 2003. Under hela perioden har männen varit i majoritet, även om deras andel har sjunkit. De renodlade alkoholmissbrukarna (ej blandmissbruk) utgjorde majoriteten av de tvångsvårdade under 1980-talet men numera utgör de inte ens hälften (tabell 29). Således är det främst för dessa som tvångsvården minskat.

I tabell 30 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987 (se bilaga 1). Tabellen baseras på EpCs nya index över alkoholrelaterad vård och inkluderar ett antal bi- och huvuddiagnoser, såväl psykiatriska som somatiska (Socialstyrelsen 2003).

Mellan 1987–1990 minskade antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen från ca 56 000 till 49 000. Efter ytterligare en nedgång i mitten av 1990-talet var antalet nere i 41 000 år 1998. Därefter har antalet vårdtillfällen ökat något och uppgick till 44 000 år 2002, fortfarande en historiskt sett relativt låg nivå dock. Antalet vårdade individer följer ungefär samma utveckling och i genomsnitt handlar det om ca 1,8 vårdtillfällen per person och år.

Kvinnornas andel har ökat sedan 1987, från 20 till 27%. I absoluta tal uppvisar kvinnorna till skillnad från männen heller ingen nedgång över tid, och antalet vårdtillfällen med kvinnor under 2003 var det högsta under hela mätperioden (ca 12 000).

Ett sätt att få en uppfattning om trenderna i omfattningen av alkoholproblematiker kan vara att följa hur många unika individer som läggs in för alkoholvård för första gången i sitt liv. Denna siffra var mycket hög i mätperiodens början och sjönk tämligen drastiskt för att plana ut runt närmare 12 000

på 1990-talet. De höga siffrorna i början förklaras av att det inte är möjligt att spåra individerna längre tillbaka än 1987 i patientregistret. Detaljanalyserar man utvecklingen de senaste fem åren finner man att antalet nytillkomna med alkoholrelaterade diagnoser dock ökat från 10 800 till 11 500 personer, en uppgång med 7% således.

Enligt Socialstyrelsen har det under den redovisade perioden skett en förskjutning från psykiatrisk till somatisk vård i indexet som presenterats ovan. Vårdutnyttjandet har ökat bland de allra äldsta samt bland personer under 25 år och för de yngsta handlar ökningarna nästan helt och hållet om alkoholförgiftningar (Socialstyrelsen 2004a).

Dödlighet

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

Övergångar till nya ICD-koder (International Classification of Diseases) har betydelse för kodningen och därmed för sifferseriernas utseende. Fr o m 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD10, vilket innebär att jämförelser med ti-

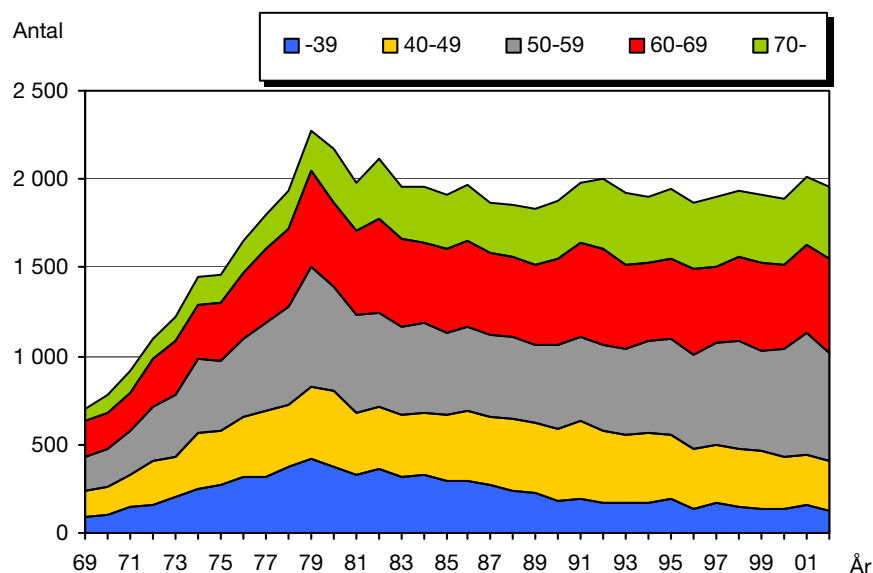


Diagram 12. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2002. (Tabell 31)

Alkoholutvecklingen

digare år kan försvåras. Även 1958, 1969 och 1987 har koderna uppdaterats. Värdena för ovannämnda index har nyligen reviderats av Socialstyrelsen för ICD10-perioden (med start 1997), enär diagnosen F10.0 i efterhand kommit att inkluderas i indexet (Socialstyrelsen 2004b). Detta leder till en tioprocentig ökning av antalet dödsfall, jämfört med föregående års utgåva av *Drogutvecklingen i Sverige*, men också till att jämförbarheten över tid har ökat.

Utvecklingen av antalet alkoholrelaterade dödsfall enligt indexet redovisas i tabell 31 och diagram 12. Siffrorna avslöjar en kraftig ökning av dödsfallen under 1970-talet, vilken nådde ett maximum 1979 om ca 2 300 fall. Därefter har de årligen legat runt 2 000. Gruppen 49 år och yngre har halverats under perioden medan gruppen 70 år och äldre ökat i antal samtidigt som åldersgrupperna däremellan var av ungefär samma storleksordning 2002 som 1979.

År 2000 var runt 1 600 av de omkomna män och 400 kvinnor. I åldersstandardiserade dödstal motsvarar det 36 respektive 9 omkomna per 100 000 invånare. Av diagram 13 (och tabell 31) framgår att dödligheten bland män har minskat mer eller mindre kontinuerligt sedan 1979 – från 49 dödsfall per 100 000 – men att den varit tämligen konstant bland kvinnorna under samma period. Betraktar man kvinnorna endast för åren 1989–2002 har dock en liten uppgång skett (från 7 dödsfall per 100 000 invånare).

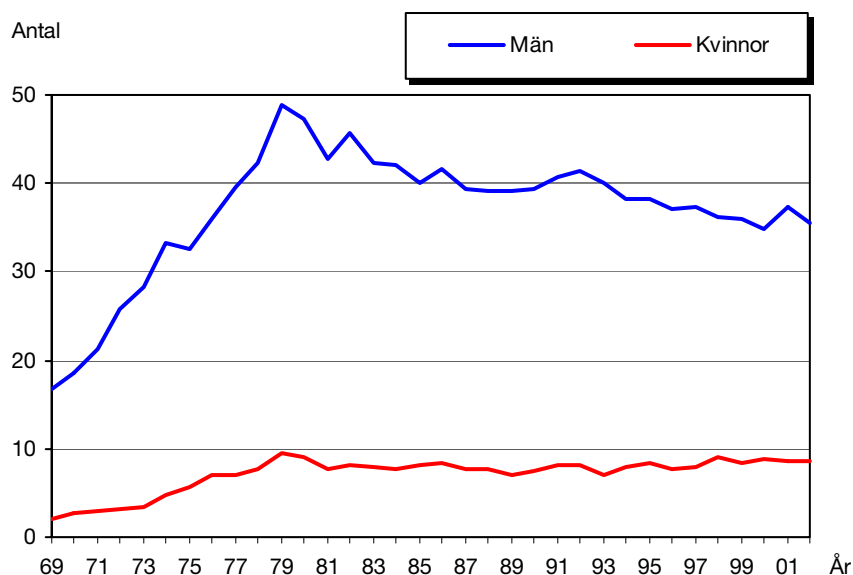


Diagram 13. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002. (Tabell 31)

I tabell 32 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1990–2002, enligt samma index som ovan (åren 1987–1989 framgår av tidigare rapporter). Det är tydligt att Stockholm och Västra Götaland är de län med genomgående högst alkoholrelaterad dödlighet, relaterat invånarantalet. Skåne låg 1987 klart under riksgenomsnittet men har ökat och ligger sedan 1997 över riksgenomsnittet. Även i Blekinge har alkoholdödligheten ökat under perioden.

Jämtland har tvärtom sjunkit från en tidigare hög nivå och ligger sedan flera år strax under riksvärdet. Jönköping, Kronoberg, Kalmar och Västerbotten är de fyra län med den lägsta alkoholdödligheten 1987–2002. Bara i ett undantagsfall överskrids riksgenomsnittet.

Man kan även notera en viss slumpvariation, som bl a sammanhänger med befolkningens storlek. Gotland och Norrbotten, med relativt små befolkningar uppvisar t ex vissa variationer eftersom enstaka dödsfall kan ge stort genomsnitt. Värden från enstaka år bör således inte övertolkas utan det är mera fruktbart att följa en längre tidsperiod.

I tabellerna 33–36 beskrivs utvecklingen av ett antal olika separata alkoholrelaterade dödsorsaker, och i tabell 37 presenteras summan av de underliggande dödsorsakerna relaterat till folkmängden.

Levercirrhos eller ”skrumplever” (tabell 33) 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 leversjukdomar”. Mellan 1965 och 1970-talets slut ökade antalet fall relativt kraftigt. Därefter minskade antalet t o m 1987, för att ligga på en konstant nivå fram till ICD-kodsbytet 1997, vilket kan ha lett till en nedgång i registreringen av levercirrhosdödsfallen. Mellan 1997 och 2002 har antalet emellertid ökat med 17% (till knappt 1 100). Andelen kvinnor har under perioden utgjort relativt stabila 33% av dödsfallen.

Mellan 1979 och 1996 var alkoholberoende (tabell 34) den vanligaste av dessa fyra alkoholrelaterade dödsorsaker, när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas, men efter bytet till ICD10 1997 ligger beroende och cirrhoser på ungefär samma nivå antalsmässigt. Uppgången var synnerligen kraftig mellan 1965 och 1979. Mellan 1997 och 2002 syns en minskningstendens.

Antalet dödsfall i alkoholpsykos har aldrig varit särskilt stort, år 2002 handlade det om totalt 66 fall vilket trots allt är ett högt värde jämfört med 1970- och 1980-talen (tabell 35).

Alkoholutvecklingen

Alkoholförgiftningarna beskriver en topp i slutet av 1970-talet som följts av en kontinuerlig minskning till 2002, från 600 till knappt 300 fall (tabell 36). Tar man enbart hänsyn till dödsfall med alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak finner man dock en ökning, från 65 fall 1997 till 139 fall 2002.

Andelen kvinnor har som nämnts legat runt oförändrade 33% för levercirrhosfallen, men ökat något för de andra tre diagnoserna som redovisats här, dock på lägre nivåer. Andelen har i genomsnitt varit 14% för alkoholberoende samt alkoholpsykos och 24% för alkoholförgiftningar.

I tabell 37 har underliggande dödsfall i de fyra ovan redovisade diagnoserna relaterats till folkmängden och summerats, från 1956 och framåt. Bl a kan man se att den uppgång som redovisats mellan 1969–1979 i tabell 31 enligt Socialstyrelsens index tycks ha påbörjats redan tidigare under 1960-talet.

Fylleri

Att frekvent alkoholkonsumtion kan ha medicinska konsekvenser står klart. 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 vissa 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 ska även läggas en stor tveksamhet för de senaste 15 åren kring LOB-statistikens giltighet som långsiktig indikator på alkoholskadeutvecklingen i form av fylleri på offentlig plats. Det förefaller troligt att den kraftiga nedgång som skett sedan 1980-talets början i mångt och mycket speglar samhällets förändrade syn på fylleri och reaktioner på detta.

Majoriteten av de LOB-omhändertagna är hursomhelst män. Kvinnorna utgjorde fram till 1970-talet mindre än 3% av antalet omhändertagna men har ökat successivt, till 11% 2003 (tabell 38). Samtidigt som kvinnornas andel ökat har antalet omhändertaganden dock minskat påtagligt. Efter 1980, då nästan 127 000 omhändertaganden gjordes, har en nedgång skett till 45 000 år 2003. Det kan dock noteras att 2003 års siffra för första gången på många år är högre än den från föregående år.

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 däröver.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 40. I princip samtliga län 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 tre föregående åren hade Södermanland, Östergötland och Västmanland flest omhändertaganden år 2002 (7–9 stycken per 1 000 invånare). Tre län som uppvisat låga siffror under flera år är Kronoberg, Gävleborg samt Stockholm (ca 3 per 1 000 invånare).

Våld

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

I Brå-rapporten från 2004 slås fast att den alkoholkonsumtionsökning som skett i Sverige sedan 1990-talets mitt har åtföljts av en ökning av polisanmälda våldsbrott. Ökningen är i den storleksordning som tidigare analyser av förhållandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrottslighet på samhällsnivå har förutspått.

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

Kopplingen mellan alkohol och våld är generellt sett starkare i länder med mera av berusningsdrickande (t ex Sverige) än i länder där konsumtionen är mer utspridd över veckan. Vid en jämförelse av de nordiska länderna fann man att sambandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrott var starkare ju explosivare dryckesmönstret var (d v s att man dricker för att bli berusad). Finland hade det mest berusningsorienterade dryckesmönstret och även det starkaste sambandet. Danmark hade det mest utspridda drickandet av de nordiska länderna och uppvisade heller inget signifikant samband (Lenke 1990).

Trafiknykterhet

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

Det mått som är tillgängligt på trafiknykterhetens utveckling för en längre period, anmälda trafiknykterhetsbrott, har tyvärr stora brister om man vill följa den faktiska utvecklingen. Rapporteringen påverkas av hur stora resurser som tilldelas trafikövervakningen samt i vilken grad kontrollerna är riktade eller ej. Antalet alkoholutandningsprov ökade exempelvis från 500 000 till 1,8 miljoner 1982–1994. Därefter minskade antalet till 1 miljon 1998 och har åter ökat och summerade till 1,4 miljoner 2003. Också trafikintensitetens utveckling komplicerar det hela. Ju fler som kör bil och ju längre den årliga körsträckan är, desto fler trafiknykterhetsbrott torde uppstå, förutsatt att inga andra förhållanden förändras.

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

I början av 1950-talet anmäldes ca 50 trafiknykterhetsbrott per 100 000 invånare (tabell 41). Till och med 1990-talets början skedde en i stora drag kontinuerlig ökning till runt 300 brott. Därefter mer än halverades anmälningarna och uppgick till endast 137 år 1998, för att åter öka och uppgå till 232 brott per 100 000, d v s den nivå som gällde under tidiga 1970-talet.

Att även narkotikaklassade medel inkluderas från 1999 bidrar säkert till ökningen, vidare också att anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas ingår i statistiken från år 2000. Att ökningen fortsatt efter dessa förändringar kan i sin tur hänga samman med det ökande antalet utandningsprover som görs.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 42. En topp med 18 400 misstänkta 1991 åtföljdes av en nedgång till ca 9 500 år 1999, men därefter har antalet ökat och uppgick till 14 900 år 2003. I synnerhet minskade gruppen under 30 år, medan ökningen efter 1999 kan hänföras till samtliga åldersgrupper. År 2003

utgjorde gruppen under 30 år 33% av alla misstänkta. Andelen män har sjunkit något, från 95% 1984 (första året kön noterades) till 89% 2003.

Vägverket genomför årliga trafiksäkerhetsfrågeundersökningar om bl a ratt-onykterhet i form av postenkäter till allmänna befolkningen. Enligt dessa studier ökade andelen som rapporterade att de druckit alkohol (utöver lättöl) och kört bil under de senaste 12 månaderna mellan 1981 och 1989 från 9 till 14%. Därefter minskade andelen till 7% år 2001, men 2003 hade den ökat med två procentenheter (Vägverket 2004).

Det är vanligare att män rapporterar att de kört efter att ha druckit alkohol (13 resp 4% år 2003). Det framgår vidare att alkohol i kombination med bilkörning är vanligast i åldersgruppen 25–54 år. År 2003 svarade 5% i samma undersökning att de som passagerare åkt med en berusad förare under senaste tolv månadersperioden, vilket är en i stort sett oförändrad andel sedan 1994. Detta är allra vanligast bland 18–19-åringar då 18% av dessa svarade att dom hade gjort det.

Trafikolyckor

Eftersom statistiken över utvecklingen av upptäckta trafiknykterhetsbrott enligt ovan till så stor del påverkas av förändringar i polisens resurser och prioriteringar, kan utvecklingen av alkoholförekomst vid kända olyckor med personskador vara en annan indikator som bättre speglar utvecklingen.

Polisen kontrollerar emellertid inte alla olycksinblandade trafikanter, varför antalet misstänkta alkohelpåverkade utgör en kraftig underskattning av antalet (Vägverket 2002). Dock har konstaterats att i stort sett alla förare som polisen misstänkt vara alkohelpåverkade vid olycksfallet också visat sig vara det. Från och med 1997 är polisens rapportering väsentligt försämrad då antalet rapporterade olyckor där eventuell alkoholförekomst saknas har ökat från ca 4% till 25% (se tabellkommentarerna).

Trots rapporteringsförsämringen 1997 sjönk inte antalet misstänkt alkohelpåverkade och sedan dess har antalet dessutom hela tiden ökat. År 2003 uppgick de till totalt 1 153 personer och utgjorde 4% av alla olycksinblandade förare. Andelen påverkade vid olyckor med dödlig utgång var högre (9% enligt tabell 43). Diagram 14 illustrerar utvecklingen med en ökning av antalet alkoholmisstänkta förare per invånare efter 1996, samtidigt som nivåerna var klart högre på 1970-talet.

Alkoholutvecklingen

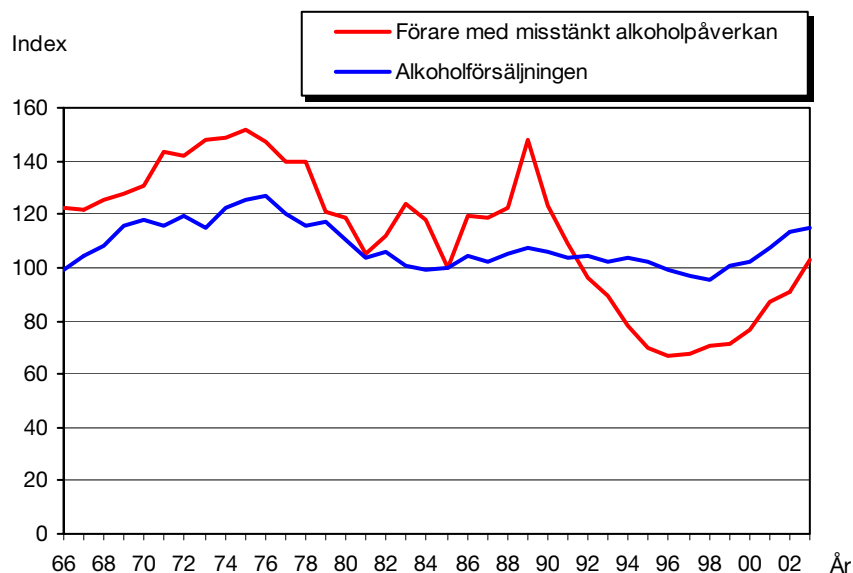


Diagram 14. Antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan delaktiga i trafikolyckor med personskada per invånare, samt försäljningen av alkoholdrycker per invånare 15 år och däröver. 1966–2003. Index 1985=100. (Tabellerna 2 och 43)

Ett skäl till nedgången efter 1989 kan vara att de selektiva åtgärder inom trafiknykterhetsområdet som genomfördes på 1990-talet var effektiva. En av orsakerna till uppgången de sju senaste åren kan vara den ökande alkoholkonsumtionen, vilken egentligen ökat brantare de senaste åren än vad figuren visar, främst p g a av ökad privatinförsel.

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

Det finns ett samband mellan antalet alkoholpåverkade förare inblandade i olyckor med personskada och ålder. Upp till en viss ålder ökar andelen berusade, för att därefter minska. Totalt 30% av de alkoholpåverkade förarna var 24 år och yngre medan vardera 21% var 25–34 respektive 35–44 år (tabell 44). Bland åldersklasserna över 45 år avtar tydligt antalet misstänkta berusade förare med stigande ålder.

Det kan nämnas att bland fordonsrelaterade skadefall är snöskoteråkare den grupp som uppvisar den största andelen alkoholpåverkade omkomna. Mellan 1973/1974–2002/2003 har 194 snöskoteråkare omkommit i norra Sverige. Medelåldern bland de avlidna var 40 år och 92% var män. Alkoholpåverkan

påvisades i 68% av fallen, med en genomsnittlig blodalkoholhalt av 1,7 promille (Öström och Eriksson 2004).

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 sjöfyllerbrott. I en undersökning (Andersson och Olsson 1996) konstaterades att i över en fjärdedel av fallen var det uppmätta värdet 2,5 promille eller högre och i endast cirka 12% av fallen var det under 1,5 promille. Vad gäller personer lagförda för rattfylleri var motsvarande siffror ca 7 respektive 60%.

Antalet lagföringar för sjöfylleri är förhållandevis litet och efter en topp i början på 1980-talet (runt 120 stycken) sjönk dessa och hade halverats 1994. Från 1995 och framåt kan trenden trots fluktuationer beskrivas som uppåtgående och 2003 noterades 103 lagföringar (tabell 45). Med så få domar kanske detta ändå mer ska ses som ett uttryck för hur samhället ser på och prioriterar sjöfylleri, än som säkra data på faktiska variationer i detta.

Drunkningar

Antalet drunkningar har minskat kraftigt över tid. Vid förra sekelskiftet dog årligen runt 20 invånare per 100 000 genom drunkningar. Denna siffra har kontinuerligt sjunkit och uppgick till 1,8 under 1990-talet (Svenska Livräddningssällskapet 2004). Från 1999 och framåt har antalet omkomna i drunkningsolyckor legat tämligen stilla och i genomsnitt uppgått till ca 136 personer. År 2003 var 87% av de omkomna män och 55% var över 50 år gamla.

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

Rättsmedicinalverket får genom rättskemiska analyser uppgifter om bl a förekomst av alkohol hos personer som drunknat. I tabell 46 redovisas alkoholförekomsten åren 1992–2003 vid drunkningar av alla slag, inklusive i badkar och vid självmord. År 1992 genomfördes 329 sådana analyser och 2003 hade antalet minskat till 246 stycken. Andelen analyser där man funnit spår av alkohol har legat relativt stabilt runt dryga 40%. I drunkningsfallen där alkohol varit inblandat uppgår andelen män till tre fjärdedelar.

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. ECAS-studien från 2002 (Norström red) – som beskrivs närmare i kapitel 8 – jämför alkoholpolitik, alkoholkonsumtion och dess effekter i de dåvarande EU-länderna (förutom Luxemburg men med Norge inkluderat).

Frågeformulär sändes ut rörande alkoholpolitiska instrument vid olika tidpunkter och svaren omvandlades till en skala med maximalt 20 poäng täckande 6 områden (Karlsson och Österberg 2001). I tabell 47 kan utvecklingen av alkoholpolitiken inom EU (och Norge) för varje decennium mellan åren 1950–2000 studeras och i diagram 15 jämförs startpunkten 1950 med år 2000.

Sammanfattningsvis kan sägas att Sverige, Norge och Finland tidigare hade de mest omfattande alkoholrestriktionerna men att Sydeuropa och övriga 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 restriktionerna medan Europa i övrigt närmat sig. Man hade t ex åldersgränser för både försäljning och servering i samtliga länder utom Grekland, Luxemburg och Österrike, som enbart hade det för försäljning.

Sverige, Norge och Finland hade 1950 alla ca 17 poäng med närmaste länder på 8 poäng. År 2000 hade de tre nordiska länderna 14,5–17 poäng och inte mindre än sex länder låg så nära som 11,5–14 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.

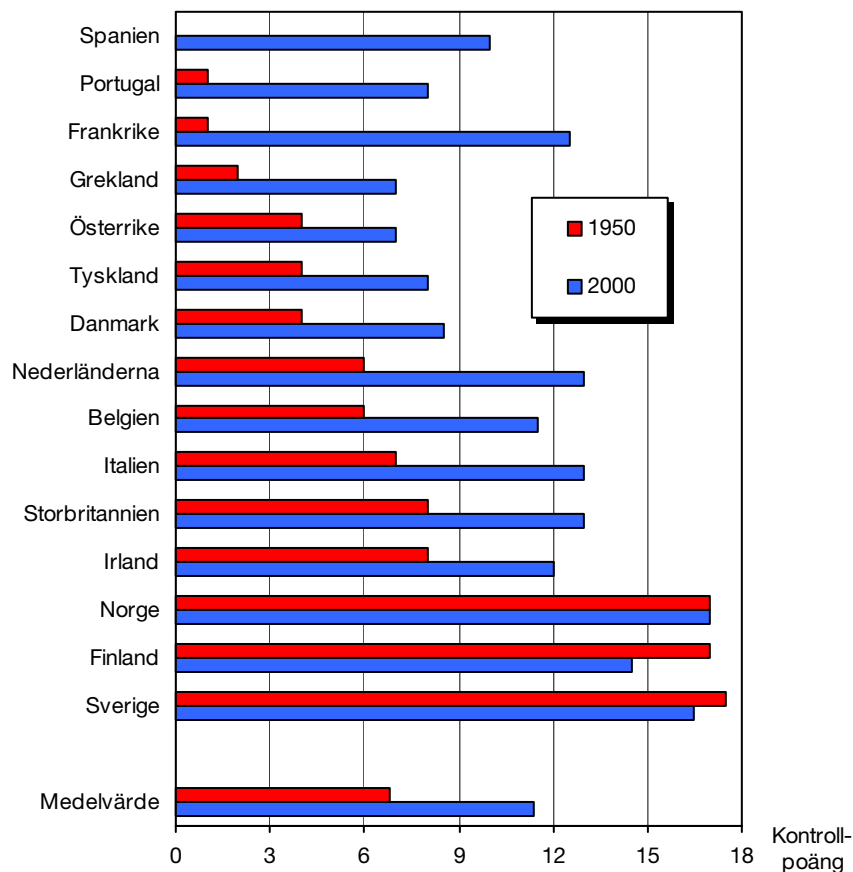


Diagram 15. Poängsättning över alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. (Tabell 47)

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

mängder illegal tillverkning och smuggling eller oregistrerad direktförsäljning från producenter.

Det finns också andra svårigheter. Det gäller bl a vilka drycker som skall tas med i statistiken, t ex i fråga om alkoholhalten i öl eller i cider och andra i vissa länder nyare och ovanligare alternativ och sådana förhållanden gör att olika sammanställningar redovisar delvis olika siffror. Vi har här valt att använda den statistik som samlas i publikationen *World Drink Trends* (WARC 2004) 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.

Konsumtionen totalt och fördelad på olika drycker 2002

Diagram 16 (tabell 48) visar försäljningen av alkohol 100% per invånare i ett stort antal länder 2002. Denna fördelas på sprit respektive vin samt öl sammanslaget. Som framgår hade Luxemburg den högsta totala konsumtionen – med 11,9 liter alkohol 100% per invånare – och därefter kom Ungern, Irland och Tjeckien med ca 11 liter. Den höga konsumtionsnivån i Luxemburg är främst ett resultat av en mycket hög vinkonsumtion, medan öl och sprit var vanligare i de andra länderna.

Andra länder med en alkoholkonsumtion över 10 liter är Frankrike och Tyskland. Av de redovisade länderna hamnar Sverige på 34:e plats. Den lägsta konsumtionen (1 liter) redovisades för Turkiet.

Vinkonsumtionen var störst i Luxemburg, Frankrike och Italien. I samtliga dessa länder låg konsumtionen på 50 liter vin 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 2001 var i fallande ordning Tjeckien, Irland, Tyskland, Österrike, Luxemburg och Storbritannien där konsumtionen låg mellan 100–155 liter öl per invånare. I Sverige dracks 56 liter öl per invånare detta år.

När det gäller konsumtionen av spritdrycker, mätt i försäljning och i ren alkohol, kommer Sverige bland de redovisade länderna på en med Uruguay delad 37:e plats, med en registrerad konsumtion av 1,0 liter alkohol 100% per invånare. Den största konsumtionen av spritdrycker 2002, räknat per invånare

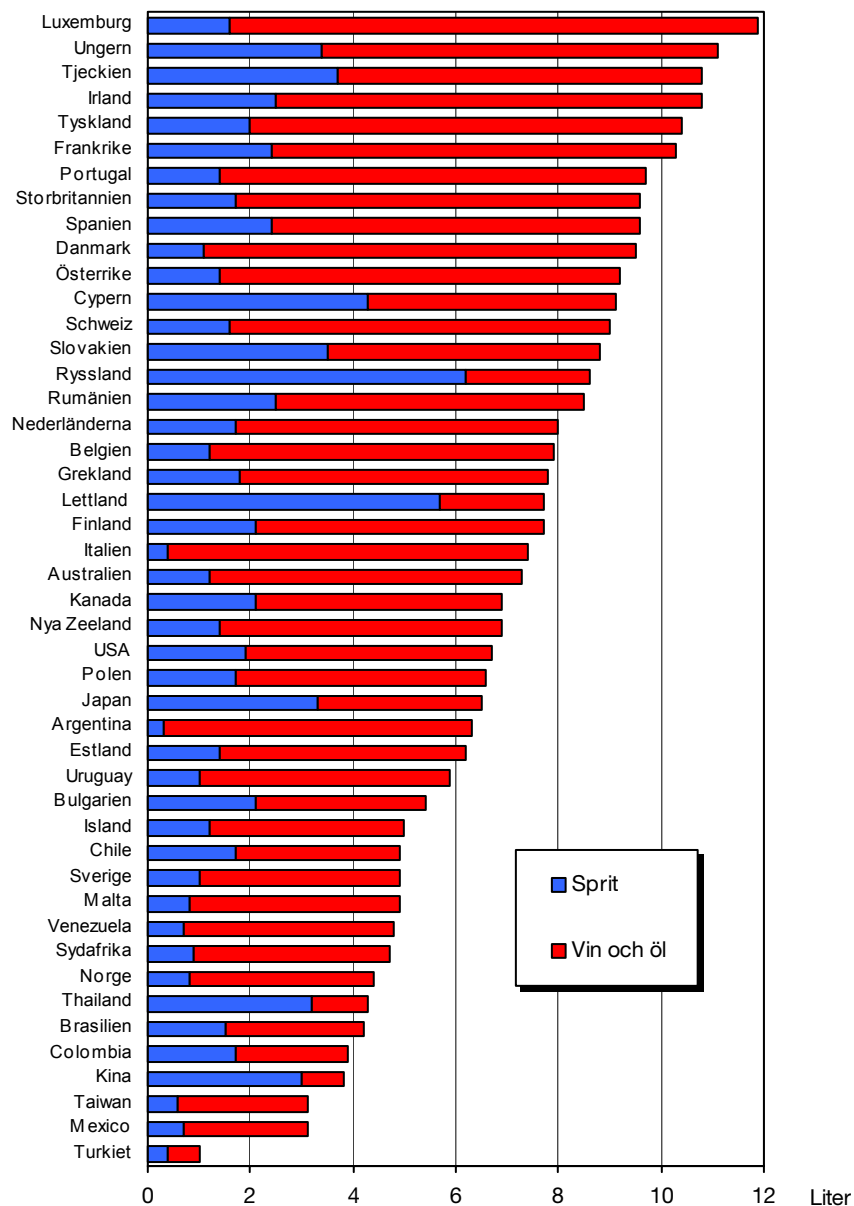


Diagram 16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2002. (Tabell 48)

hade Ryssland med 6,2 liter alkohol 100%. Därefter kom Lettland (5,7), Cypern (4,3), Tjeckien (3,7) och Slovakien (3,5). En östeuropeisk dominans således, med Cypern som undantag.

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

Utvecklingen i olika länder

I tabell 49 redovisas förutom den nordiska utvecklingen även utvecklingen i de gamla EU-länderna samt USA. Av tabellen, som visar försäljningen i 100% alkohol per invånare, framgår att länder som i början av den redovisade perioden hade en mycket hög konsumtion 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 konsumtionsnivåerna 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, Storbritannien och Nederländerna. Ofta skedde ökningarna redan under 1960- och 1970-talen. Länder där konsumtionen minskat under perioden är Frankrike, Italien, Spanien och Portugal, d v s traditionella vinländer. Österrike, Tyskland och Sverige är de länder i tabellen som uppvisar periodens minsta förändringar. I dessa länder skiljde sig inte försäljningssiffrorna med mer än någon liter om man jämför start- och slutåren, även om variationer förekommit under perioden.

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

Såväl konsumtionsvolymerna som konsumtionsmönstret i betydelsen vad man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktning i Europa. Detta visas också tydligt i tabell 50 och diagram 18 som visar resultat från ECAS-studien, kompletterade med färskare siffror från SOU 2004:86. I de sydliga vinproducerande länderna har konsumtionen minskat med ca 6 liter alkohol 100%, från 17 liter 1955 per invånare 15 år och äldre till drygt 11 liter 2001. Minskningen inträffade främst under senare delen av 1980-talet.

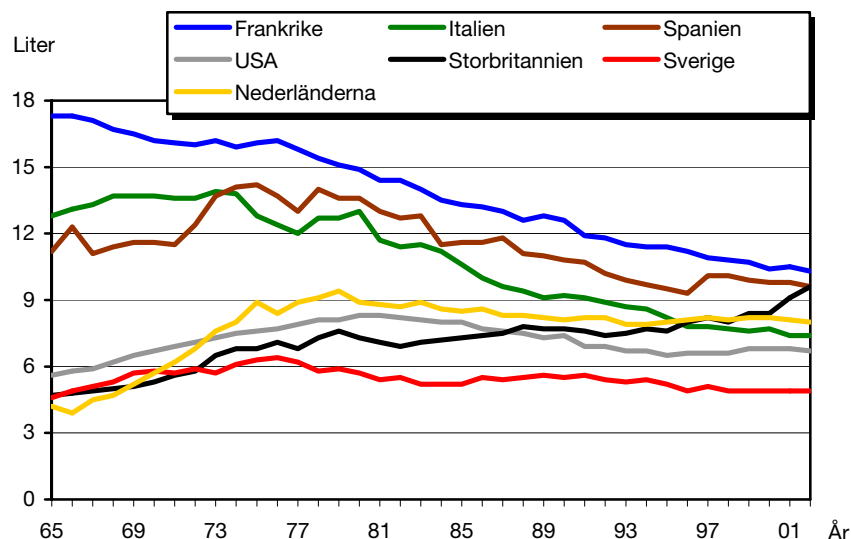


Diagram 17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i några länder. 1965–2002. (Tabell 49)

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

Samtidigt har förändringar skett mellan länderna då Sydeuropas totala konsumtionsminskning gällt vin, vilket innebär att vinets andel av den totala alkoholkonsumtionen minskat där. I övriga EU-länder och i Norge har spritdrickandet minskat och vindrickandet ökat, vilket innebär att vinets andel av den totala konsumtionen kraftigt ökat medan spritens andel minskat och en utjämning av skillnaderna mellan EU-länderna alltså har kommit till stånd. 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 härör återigen från ECAS-studien.

Man kan se en tydlig nord-sydlig gradient i så måtto att de lägsta talen för levercirrhosdödlighet finner vi i norra Europa och de högsta i Sydeuropa, men

Alkoholutvecklingen

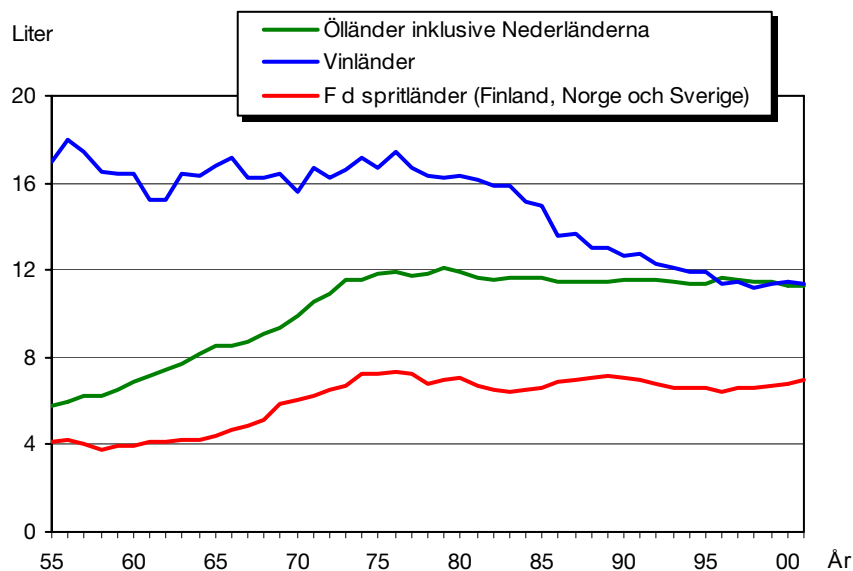


Diagram 18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre 1955–2001 (Tabell 50)

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 tre 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.

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 med CAN som koordinator, ställdes enkätfrågor om alkohol och andra droger till 15–16-åriga skolelever i ett flertal länder (Hibell et al 2000). Ytterligare en datainsamling gjordes 2003 men den var inte redovisad vid publiceringen av denna rapport.

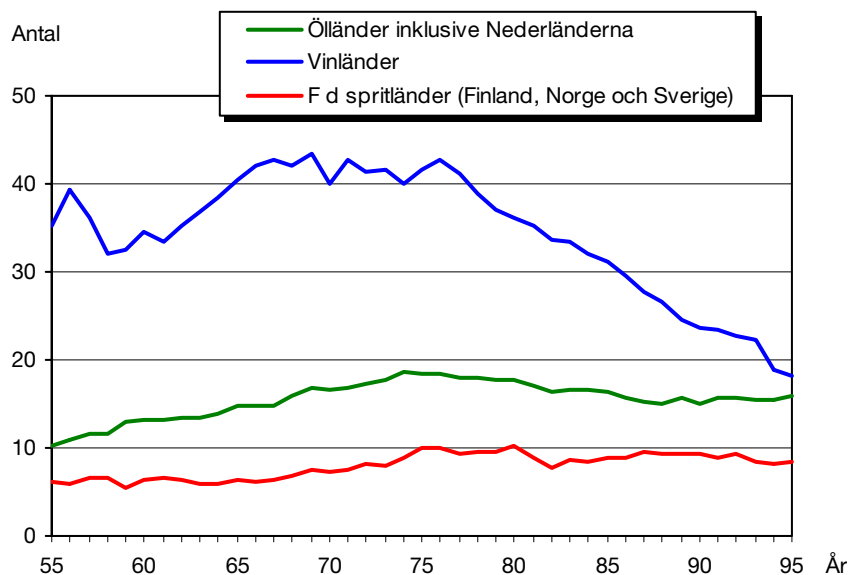


Diagram 19. Antal döda i levercirrhos per 100 000, 15 år och äldre, i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. (Tabell 52)

Bland annat fick eleverna besvara hur ofta de druckit fem definierade ”drin- kar” (öl, vin, sprit etc) de senaste 30 dagarna. Andelen som gjort detta tre gånger eller mer 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. Högfrekvensländer återfanns främst på Brittiska öarna och i de nordiska länderna medan lågfrekvensländer oftare återfanns i Central- och Syd-europa.

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 åren överstigit två procentenheter särskiljts från dem där läget var mer eller mindre oförändrat (i inga 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 ökningarna från redan höga nivåer. För Irland, Malta, Estland och Slovakien gällde att ökningarna var klart större för flickorna än för pojkarna.

Alkoholutvecklingen

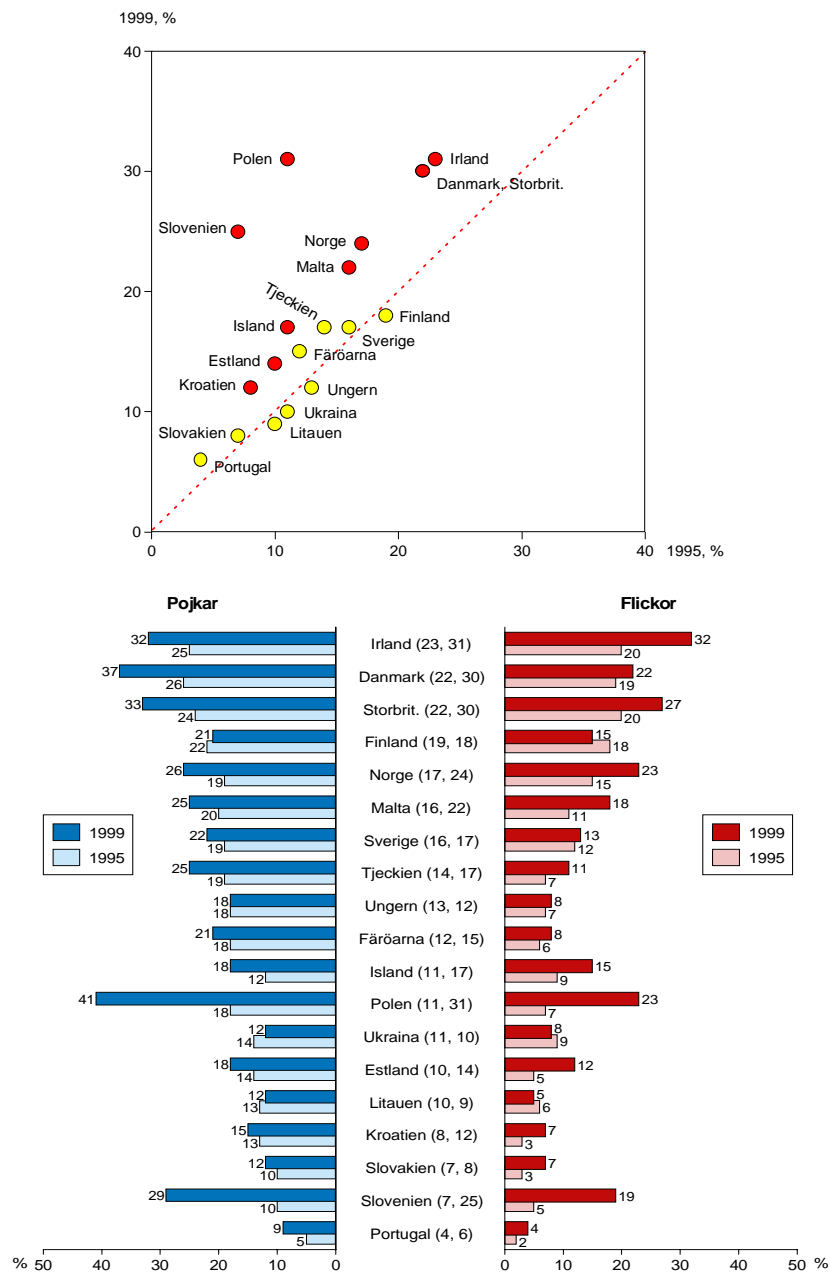


Diagram 20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig ^{a)} minst tre gånger de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

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 berusning avses konsumtion av minst fem (definierade) "drinker" vid samma tillfälle.

Källa: Hibell et al (2000).

Referenser

- Andersson J och Olsson M (1996). *Sjöfylleri. En utvärdering av 1991 års ändringar av bestämmelserna i sjölagen om onykterhet till sjöss*. PM 1996:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brå (2004). *Brottsutvecklingen i Sverige 2001–2003*. Rapport 2004:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- Guttormsson U (2004). *Mönstrandens drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, 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 Pempidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T et al (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. 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 (1990). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Nilsson T och Klöfver H (1984). *Alkoholvanor. En översikt av undersökningsresultat från åren 1968–1980*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Alkoholutvecklingen

Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Norström T och Andersson J (1996). *Från 0,5 till 0,2 promille. Vilken effekt fick 1990 års reform av trafikbrottslagen?* PM 1996:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Room R, red (2002). *The effects of Nordic alcohol policies*. NAD-publication 42. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

SIKA och SCB (2003). *Vägtrafikskador 2002*. Stockholm: Statens institut för kommunikationsanalys.

Socialstyrelsen (2004a). *Alkoholrelaterade diagnoser i Patientregistret*. Socialstyrelsen; Epidemiologiskt centrum. <http://www.sos.se>.

Socialstyrelsen (2004b). *Dödsorsaker 2002. Causes of death 2002*. Statistik, Dödsorsaker, 2004:5. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

Socialstyrelsen (2004c). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2003*. Statistik, Socialtjänst 2004:7. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). *Sjukdomar i slutenvård 1987-2001. In-patient diseases in Sweden 1987-2001*. Statistik, Hälsa och sjukdomar, 2003:8. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum.

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

SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av alkoholförselutredningen. Stockholm: Fritzes.

Statens folkhälsoinstitut (2004). *Alkoholstatistik 2002*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004:18.

Svenska Livräddningssällskapet (2004). *Drunkningsolyckor 2003*. Hämtat från www.sls.a.se. Publicerat 040108.

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

Vägverket (2002). *Alkohol, Droger och Trafik*. 2002-11. Borlänge, Vägverket.

Vägverket (2004). *Trafiksäkerhet. Resultat från 2003 års enkätundersökning*. Publikation 2004:45. Borlänge: Vägverket.

WARC in association with the Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (2004). *World Drink Trends 2004*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.

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

3. Narkotikautvecklingen

Inledning

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

Narkotika och narkotikamissbruk är inga entydiga begrepp. När man försöker tolka data rörande utvecklingen måste man bl a ta hänsyn till hur missbruk definieras, till förändringar i lagstiftning, resurser och attityder. Med narkotika avses i Sverige de preparat som finns upptagna i Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika (bilaga 2). Där förekommer främst sådana medel som är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser, 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 narkotik användning, allt ifrån konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden användning eller dagligt missbruk. En beskrivning av narkotikasituationen bör inkludera olika användningsformer och utan närmare beskrivning av dessa kan felaktiga slutsatser dras om problemets karaktär, vilket i sin tur kan leda till felaktigt grundade beslut och felaktigt utformade åtgärder.

Kapitlet är upplagt så att efter den inledande narkotikapolitiska historiken följer ett avsnitt om förekomsten och utbudsförändringar av olika narkotiska preparat. I viss mån omnämns redan där vissa konsumtionsdata, men konsumtionsutvecklingen beskrivs mer detaljerat i efterföljande avsnitt. Ett relativt fristående avsnitt om skadeutvecklingen följer därefter och redogör för utvecklingen av vård, sjuklighet och dödlighet kopplat till narkotika. Kapitlet avslutas med en internationell jämförelse av konsumtionen i ett antal europeiska länder inklusive USA.

Narkotikapolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

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

- 1923 Sveriges första enhetliga 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, kokablad och ytterligare opiumderivat i lagstiftningen. Innehav av narkotika kriminaliserades.
- 1933 Strängare straff infördes med bl a fängelse i straffskalan. Läkare som överskred sin rätt att förskriva narkotika kunde nu straffas.
- 1958 Narkotikakungörelsen ändrades. Straffen skärptes till lägst 25 dagsböter och högst 6 månaders fängelse även om försvårande omständigheter inte förelåg. Straffskärpningen gav polisen möjlighet att tillgripa tvångsmedel som husrannsakan och kroppsvisitation.
- 1960 Metylfenidat (Ritalin) klassificerades som narkotika. Tidigare hade amfetamin och Fenmetralin (Preludin) klassificerats som narkotika (1958 resp 1959).
- 1964 1962 års Narkotikaförordning trädde i kraft. Den utarbetades i enlighet med den internationella narkotikakonventionen från 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs). 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 slutna psykiatrisk vård (LSPV) trädde i kraft. Lagen medgav att narkotikamissbrukare i vissa fall kunde tvångsomhändertas för psykiatrisk vård. Unga narkotikamissbrukare kunde tvångsvårdas enligt barnavårdslagen (BVL).
- 1968 Narkotikastrafflagen infördes – omfattande tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika. Åtal kunde 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 narkotikasmuggling höjdes till tio års fängelse. Möjlighet till åtalsunderlåtelse utökades. I fall där innehavet avslutats genom egen förbrukning fick åtal underlåtas även vid större mängder än vad tidigare angivits.
- 1980 Praxis för åtalsunderlåtelse skärptes eftersom den som gällt tidigare ansågs försvåra möjligheterna att komma till rätta med detaljhandeln.
- 1981 Minimistraffet för grovt narkotikabrott höjdes från ett till två års fängelse. Maximistraffet för narkotikabrott höjdes från två till tre års fängelse. Motsvarande ändringar infördes i varusmuggningslagen.
- 1982 Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft. Två lagar tillskapades som reglerar tvångsvård av missbrukare inom ramen för socialtjänsten: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- 1985 Beteckningen narkotikaförseelse ersattes med ringa narkotikabrott samtidigt som maximistraffet för sådant brott höjdes till fängelse i högst sex månader. För narkotikabrott utgick böter ur straffskalan. Motsvarande ändringar gjordes i varusmuggningslagen.
- 1988 Bruk/konsumtion av narkotika kriminaliserades med enbart böter i straffskalan.
- 1989 Den maximala vårdtiden enligt LVM förlängdes från två till sex månader.
- 1993 Fängelse i maximalt sex månader infördes som straff för eget bruk vilket tillåter 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 ”interimslista” utreds och förs eventuellt över till narkotikastrafflagen eller annan relevant lagstiftning. Ovanstående datum infördes även lag (1999:43) om ändring i narkotikastrafflagen (1968:44) med innebörden att begreppet *starkt vanebildande* i 8 § ersattes med *beroendeframkallande* samtidigt som termen *eller euforiserande effekter* också infördes i paragrafen. Vidare ändrades den 1 juli 1999 lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott. För vägtrafiken infördes nollgräns för narkotika, med un-

Narkotikautvecklingen

dantag av narkotikaklassade läkemedel som används 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 under 1990-talet till förmån för kontrollåtgärderna.

2002 I januari antog Riksdagen en proposition om en nationell handlingsplan mot narkotika, framarbetad genom Narkotikakommissionen (prop 2001/02:91). För att genomföra och följa upp handlingsplanen tillsattes en nationell narkotikasamordnare – *Mobilisering mot narkotika* – med huvuduppdraget att till och med år 2005 utveckla samarbetet mellan myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer m fl.

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

Aktuella händelser 2003–2004

Under våren 2003 föreslog den narkotikapolitiska samordnaren att sprututbytesverksamheten, som i Skåne varit försöksverksamhet sedan 1986, blir möjlig att bedriva nationellt och reguljärt. Vid inrättandet av sådana program menar samordnaren att det samtidigt bör ställas vissa krav vad det gäller vård- och behandlingsutbudet i övrigt, liksom på samarbetet mellan sjukvården och andra myndigheter. Socialstyrelsens tidigare skrivelse och samordnarens förslag i ärendet har remissbehandlats och i promemorian *Sprututbytesverksamhet för injektionsmissbrukare* (Ds 2004:6) lämnas förslag på hur framtida sprututbytesverksamhet ska regleras. Riksdagsbeslut väntas under våren 2005.

I augusti 2004 beslöt Socialstyrelsen att utge en ny föreskrift om läkemedels-assisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, vilken ersätter de särskilda föreskrifter som tidigare enbart gällt metadonbehandling. Författningen träder i kraft den 1 januari 2005 och innebär enkelt uttryckt att reglerna för metadonbehandling förenklas samtidigt som förskrivningen av Subutex stramas upp. Något tak för hur många metadonpatienter som får finnas i behandling samtidigt kommer inte längre att finnas.

I *Mobilisering mot narkotikas Rapport 2004* från september finns bl a en agenda för effektivare narkotikabekämpning. I denna föreslår den narkotikapolitiska samordnaren att insatserna mot den gränsöverskridande organiserade brottsligheten uppgraderas, att kriminalvårdens rehabiliterande funktioner utvecklas, samt att en nationell vårdgaranti införs. Med det sistnämnda avses att likvärdig narkomanvård skall tillhandahållas i hela Sverige och att särskilda oberoende bedömningsteam inrättas för detta. Den instans som först

kommer i kontakt med en missbrukare ska ansvara för att en individuell vårdplan inrättas, som täcker alla aspekter ur vårdhänseende.

Ytterligare fyra substanser – 5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, 5-MeO-AMT och 2C-E – klassificeras från den 1 oktober 2004 som hälsofarliga varor.

Utbud av olika narkotiska preparat

I följande avsnitt redogörs kortfattat för utvecklingen för några olika narkotiska preparat med avseende på utbud och i viss mån konsumtion. Utvecklingen beskrivs med olika källor och ur olika aspekter, bl a med information avseende på förekomst hos olika användargrupper (t ex experimenterande ungdomar eller tunga missbrukare), med beslagsstatistik, med uppgifter om gatupriser samt med lagföringsstatistik.

Cannabis

Cannabis (hasch och marijuana) är den vanligaste narkotikasorten för såväl experimentell och tillfällig användning som bland tunga missbrukare. Olika intervjuundersökningar visar att nästan alla som svarar att de prövat narkotika har använt cannabis – och majoriteten av dessa har enbart prövat cannabis. Bland tunga missbrukare har enligt olika antalsräkningar (UNO och MAX) åtminstone 60% använt cannabis året innan undersökningen (Olsson et al 2001).

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 2003 hade cannabislagföringarna ökat till rekordnivån 5 800 stycken (tabell 71). Denna utveckling överensstämmer någorlunda med det experimentella bruket.

Att cannabis blivit allt vanligare i Sverige syns också i tullens och polisens beslagsstatistik (diagram 21 och 22). Antalet beslag 2003 (ca 8 200) var högre än någonsin och även mängderna ligger på en mycket hög nivå. Av tabell 54 framgår även att ca 90% av cannabisbeslagen utgörs av hasch, och runt 85% av det hasch som beslagtas i Sverige bedöms ha sitt ursprung i Marocko (Kriminalpolisen och Tullverket 2004).

Samtidigt som beslagen och konsumtionen ökat har gatupriserna på hasch fallit (Guttormsson 2004a). Detta enligt uppgifter från de polismän som svarar på CANs regelbundna enkät om den lokala drogsituationen i landet. Tar man hänsyn till den allmänna prisutvecklingen som den uttrycks i SCBs konsumentprisindex har haschpriserna i princip halverats mellan 1988 och 2003 (tabell 58 och diagram 24). År 2003 uppgavs ett gram hasch kosta 65–100

Narkotikautvecklingen

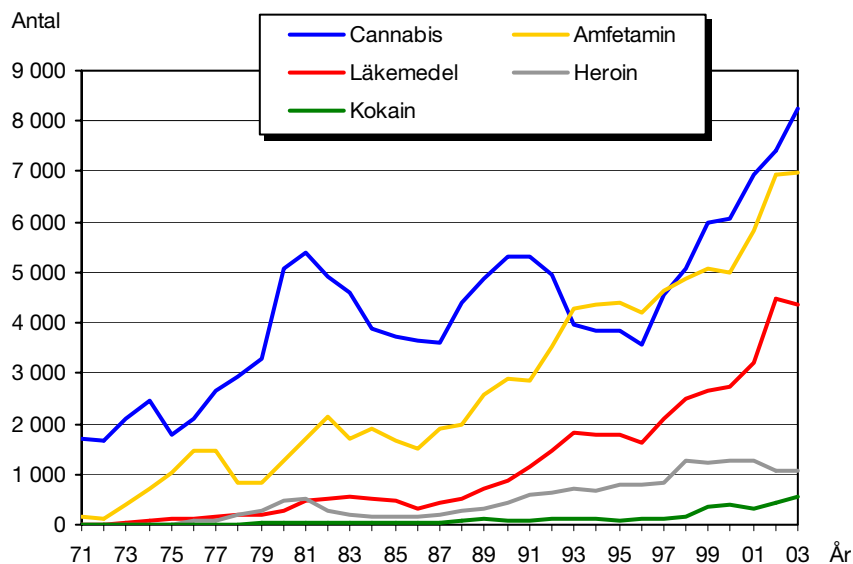


Diagram 21. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2003. (Tabellerna 53 och 56)

kronor med ett medianpris på 80 kronor. Sammantaget pekar ovanstående information på att cannabisutbudet ökat i Sverige under en längre tid.

Detta överensstämmer också med årskursnioelevers och mönstrandens upplevelser av förändringar av tillgången på narkotika. I skolundersökningarna har eleverna tillfrågats om de någon gång haft möjlighet att pröva narkotika, och sedan 1977 även om de vet någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dem. I tabell 59 och diagram 23 visas resultaten för dessa frågor för de elever som själva aldrig använt narkotika. Av diagrammet framgår även hur många mönstrande som erbjudits narkotika (tabell 60).

Många elever som inte använt narkotika har svarat att de haft möjlighet att göra det. Andelen utgjorde runt 30% i början av 1970-talet, sjönk till dryga 10% under slutet av 1980-talet men ökade till 27% år 2000. Därefter har andelen som upplevt att de haft möjlighet att testa sjunkit till 21%. Under 1980-talet var det relativt få skolelever som sade sig känna till någon som kunde ge eller sälja narkotika till dem (ca 20%), runt millennieskiftet utgjorde andelen ca 40%, därefter har den dock åter sjunkit något (33% år 2004).

Andelen mönstrande 18-åringar som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika följer samma trend. En nedgång under 1980-talet åtföljdes av en ökning med en topp på 48% 2002. Bortsett från åren 1976-1988 i mönstringsundersökningen gäller tillgänglighetsfrågorna all narkotika och inte enbart cannabis. Bland ungdomar i allmänhet har detta dock ingen större betydelse.

delse då erfarenheter av narkotika är mer eller mindre synonymt med cannabis – och praktiskt taget alla som erbjudits narkotika har åtminstone erbjudits cannabis.

Centralstimulantia

Sedan centralstimulerande medel, 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 (diagram 21). 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 enligt tabell 61.

Av beslagsstatistiken framgår att 2003 års värden – 6 972 beslag om 354 kg – är de högsta någonsin och att uppgången varit mer eller mindre successiv sedan 1970-talet (tabell 55). Priserna har mer än halverats sedan 1988 (tabell 58 och diagram 24). År 2003 kostade ett gram amfetamin ca 250 kronor, med ett prisintervall om 150 till 500 kronor.

Alltsedan mitten av 1970-talet har också antalet personer lagförda för narkotikabrott där centralstimulerande medel ingått ökat, från 1 000 till 5 900 personer 2003 (tabell 72). Andelsmässigt gäller att centralstimulerande medel förekom i 48% av de godkända strafföreläggandena eller domarna i mitten på 1990-talet, jämfört med 41% år 2003 (tabell 74).

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 2003 uppgick de till 545 stycken (tabell 56 och diagram 21). 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. Sedan 2000 har runt 40 kilo årligen beslagtogs. Kokainpriserna har i det närmaste halverats sedan 1988, räknat i KPI-justerade priser, och 2003 uppgavs ett gram kokain kosta ca 800 kronor (se tabell 58 och diagram 24).

Ett centralstimulerande preparat som fått ökad uppmärksamhet är kat (*Catha edulis*). Detta är en växt som odlas i Östafrika, främst i länderna kring Röda havet. Även om effekterna är svagare har drogen farmakologiskt likheter med amfetamin. Kat narkotikaklassades i Sverige 1989, och används alltså mest av invandrare från Östafrika. År 2003 beslagtogs tull och polis 7 ton fördelade på 292 beslagstillfällen.

Narkotikautvecklingen

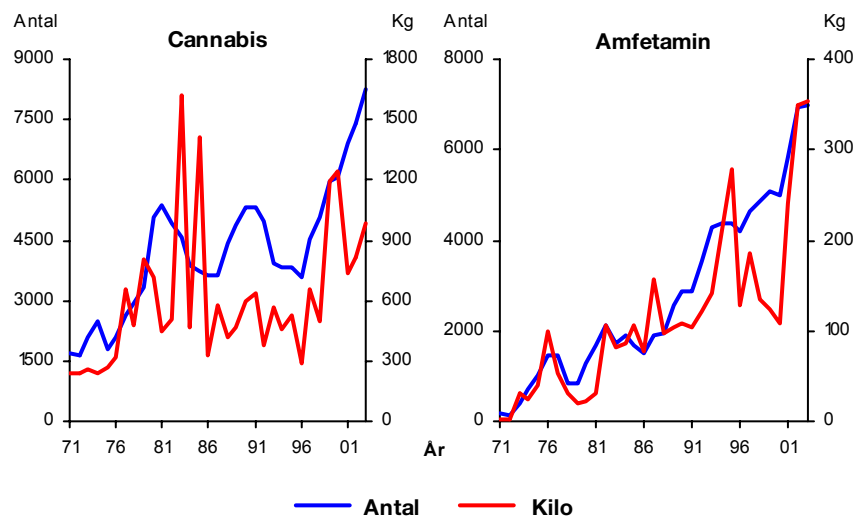


Diagram 22. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av cannabis, amfetamin, kokain och heroin. 1971–2003. (Tabellerna 54–57)

Hallucinogener

De syntetiska drogerna fick under 1990-talet en del uppmärksamhet, i synnerhet kopplat till ungdomar och festande, i varje fall om man räknar in ecstasy i denna kategori. Ecstasy är ursprungligen namnet på ett preparat som går under beteckningen MDMA (3,4-metylen-dioxi-metamfetamin) men begreppet är vidgat till att innefatta en familj av liknande medel.

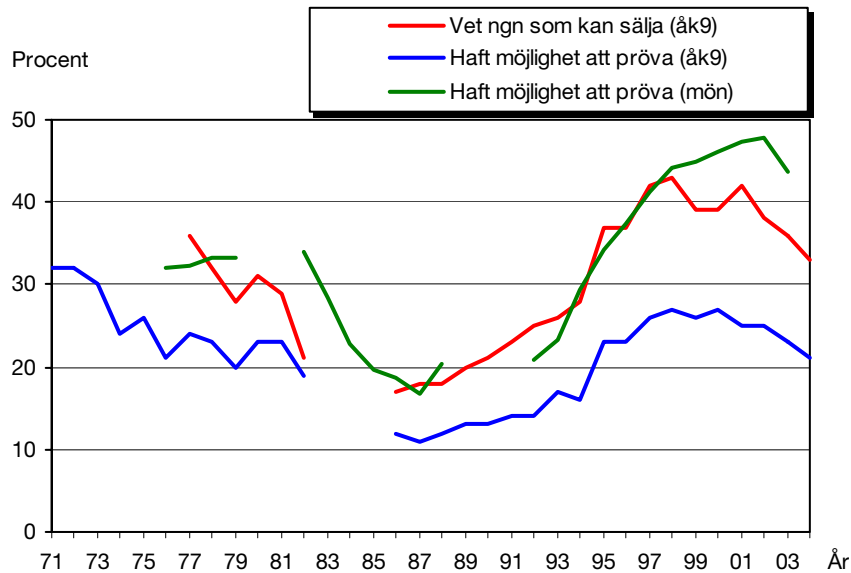


Diagram 23. Andelen elever i åk 9 som aldrig använt narkotika som "haft möjlighet" att pröva samt "vet någon som kan ge eller sälja narkotika", respektive andelen mänstrande som haft möjlighet att pröva narkotika (cannabis 1976–1988). 1971–2004. (Tabellerna 59 och 60)

Som framgår av tabell 61 har andelen mänstrande som prövat ecstasy ökat kontinuerligt sedan 1994, och sedan 2001 är det något fler som prövat ecstasy än amfetamin. I en sammanställning av olika intervjuundersökningar bland ungdomar 16–24 år fann man att ecstasyerfarenheter blev allt vanligare under 1990-talet och var i nivå med amfetaminerfarenheterna 2003 (Guttormsson et al 2004).

Beslagsdata tyder också på att ecstasytillgången har ökat. I början av 1990-talet uppgick antalet beslag endast till några tiotal per år. Under senare delen av årtiondet var beslagen några hundra, och sedan 2000 har årligen i genomsnitt 110 000 tabletter tagits fördelade på ca 600 beslag. Vanligast är MDMA, medan MDA och MDE står för en mindre andel. En ecstasytablett uppgavs kosta runt 125 kronor 2003, med ett prisintervall om 60–200 kronor (Guttormsson 2004a).

Även LSD ökade något i popularitet under 1990-talet vilket exempelvis framgår av mänstringsundersökningarna (tabell 61), samtidigt som ännu något fler uppger att de prövat hallucinogena svampar (2 jämfört med 1% år 2003). Sådana svampar narkotikaklassades i Sverige under 1997 respektive 1998.

Narkotikautvecklingen

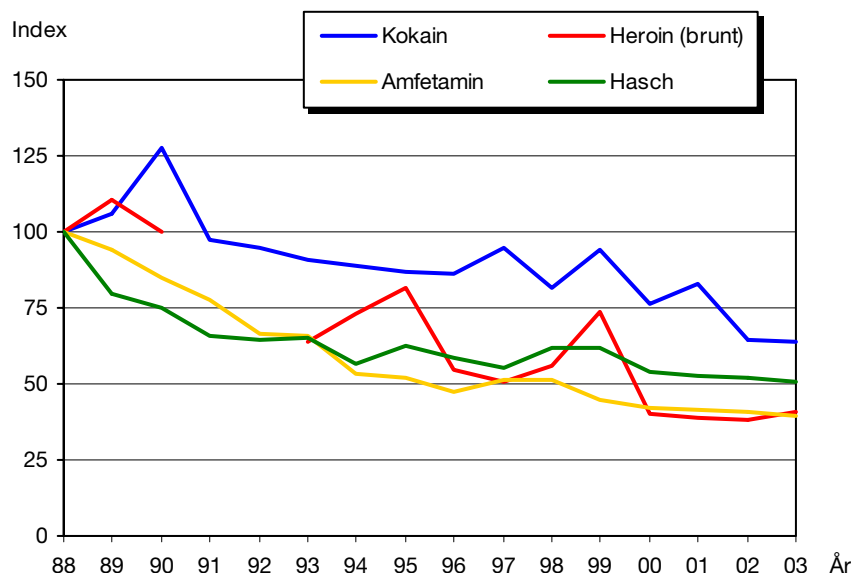


Diagram 24. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2003 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. 1988–2003. Index 88=100. (Tabell 58)

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.

Heroinbeslagen har ökat alltsedan mitten av 1970-talet, men antog en högre nivå fr o m 1998 (tabell 57 och diagram 22). Sedan dess har det årligen gjorts ca 1 200 beslag om i genomsnitt 51 kilo, om 2003 års låga mängd undantas (13 kilo). Man ska heller inte helt negligera förekomsten av opium; sedan 1994 har tull och polis tagit i genomsnitt 14 kilo opium om året i beslag (Kriminalpolisen och Tullverket 2004).

Liksom för tidigare omnämnda droger gäller att även heroinpriserna har sjunkit samtidigt som beslagen ökat, vilket får tas som ett tecken på ökad tillgång. Sedan 1988 har priset på brunt heroin mer än halverats (diagram 24 och tabell 58) och 2003 uppgavs ett gram heroin kosta ca 1 100 kronor (intervall 600-2 500 kronor).

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 har sedan 2000 uppgått till närmare 1 000 personer, jämfört med ca 300 tio år tidigare (tabell 73), och som senare kommer att framgå har heroin enligt olika kartläggningar blivit allt vanligare bland tunga missbrukare.

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

Blandmissbruk

Det är vanligt att missbrukare använder flera narkotiska medel och det är också vanligt att missbruk av alkohol och lugnande medel förekommer tillsammans med narkotika. Ibland används olika preparat 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 andningsförämning. 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 kraftigt och uppgick till 4 300 år 2003 (tabell 53).

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 narkotiska medel tycktes ha 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, uppgår sedan 2001 till ca 60% (tabell 70). Sannolikt förklaras utvecklingen delvis också av utökade möjligheter att detektera flera medel – en följd av att polisen sedan 1993 kan ta blod- och urinprov för att fastställa eventuellt bruk av narkotika.

Utvecklingen av experimentell/ tillfällig användning av narkotika

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av befolkningens narkotikaerfarenheter i stort, d v s främst tillfälligt/experimentell användning kommer från intervju- och enkätundersökningar. De viktigaste är skolundersökningarna i årskurs 9 och månstringsundersökningarna 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 (Ds S 1977:8). Några rikstäckande data som fortlöpande speglar narkotikans utbredning i Sverige under 1960-talet finns dock inte.

Sedan 1971 finns nationella data att tillgå från skol- och månstringsundersökningarna. Utvecklingen av narkotikaerfarenheten enligt dessa studier framgår av diagram 25 och 26. Som synes var andelen skolelever som prövat narkotika någon gång högst i början av 1970-talet och minskade påtagligt 1974 och uppnådde senare en lägsta nivå på 3–4% under andra hälften av 1980-talet (se även tabell 59). Under 1990-talet mer än fördubblades andelen och var närmare 10% år 2001. De påföljande åren har dock andelen som prövat narkotika någon gång sjunkit och uppgick till 7% 2004 (Hvitfeldt et al 2004).

Undersökningarna bland artonåriga månstrande män beskriver en relativt likartad utveckling jämfört med skolundersökningarna, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökning under 1990-talet (Guttormsson 2004b). Mellan 1992 och 2002 tredubblades andelen månstrande som någon gång prövat narkotika, från 6 till 18% (tabell 60). År 2003 var dock värdet lägre än föregående år även för de månstrande (16%).

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

Av tabell 61 framgår att amfetamin tidigare varit den andra vanligaste narkotikasorten bland månstrande men att det nu är något vanligare att ha testat ecstasy än amfetamin. Samtidigt har narkotikaklassade lugnande medel/sömnmedel som använts utan läkarrecept blivit lika vanliga som ecstasy och

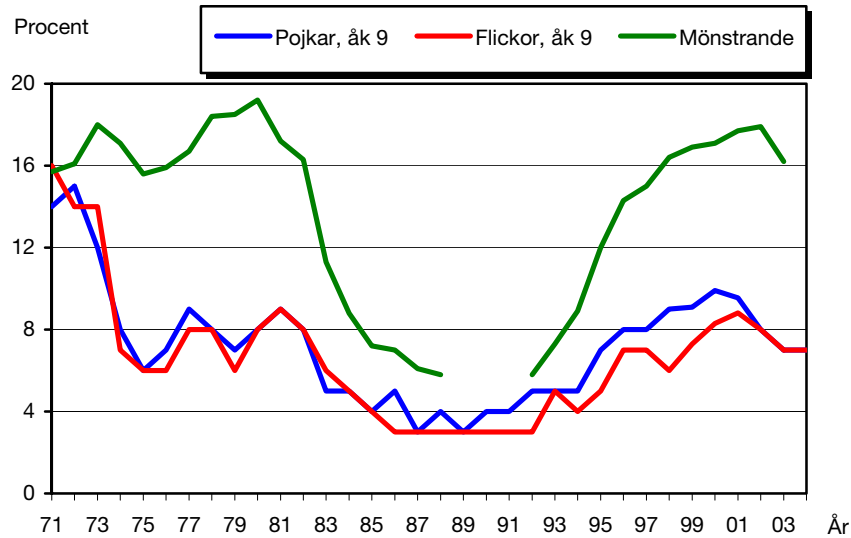


Diagram 25. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2004. (Tabellerna 59 och 60)

amfetamin. Betydligt mindre vanligt är exempelvis erfarenheter av kokain, GHB och i synnerhet heroin. I den mån andra undersökningar bland ungdomar är så pass omfattande att motsvarande nedbrytningar görs så stämmer resultaten från mönstringsundersökningen relativt väl överens med dessa.

Uppgifter om äldre ungdomar finns bl a i telefonintervjuundersökningar från 1994, 1996, 1998 och 2003 (den tidigare redovisade undersökningen från 2000 har uteslutits p g a metodproblem – se kapitel 8). Några tidigare redovisade värden har också reviderats jämfört med tidigare utgåvor (se även Guttormsson et al 2004).

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

För att mäta mera regelbunden användning ingår i skol- och mönstringsundersökningarna frågor om man använt narkotika de senaste 30 dagarna före

Narkotikautvecklingen

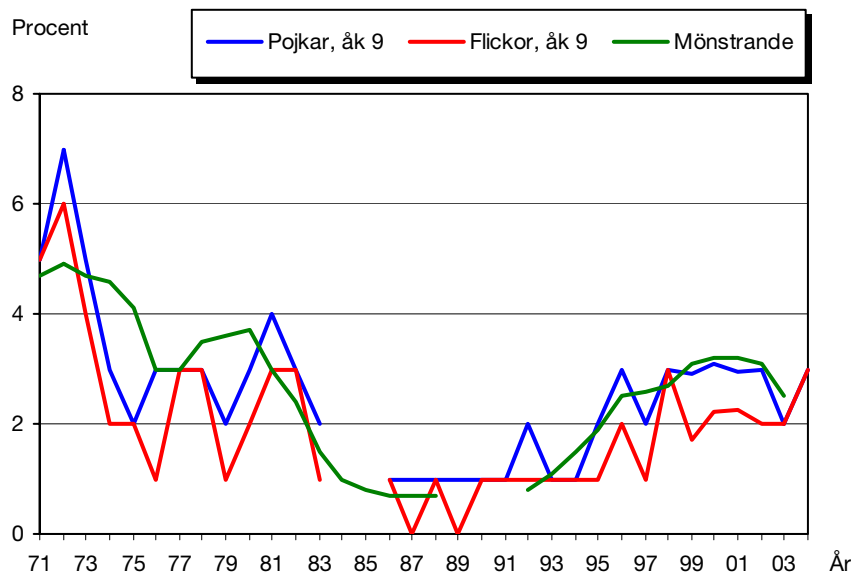


Diagram 26. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mönstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 1971–2004. (Tabellerna 53 och 54)

undersökningen. Utvecklingen av den regelbundna användningen är i stora drag densamma som för livstidsprevalensen. Såväl bland skolelever som mönstrande 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 26 och tabellerna 59 och 60). Under 1990-talet har den regelbundna narkotikaanvändningen emellertid ökat och 1998–2004 svarade runt 3% av såväl skolelever som mönstrande att de använt narkotika under senaste månaden. Regelbunden användning var dock mer omfattande i början av 1970-talet.

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

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 62). 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 provat amfetamin respektive kokain, medan övriga narkotikasorter nämns av ännu färre.

Den största andelen som provat 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 provat 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 provat narkotika, och haft sin tonårsperiod när narkotika varit etablerat i Sverige (födda omkring 1955 eller senare), var det enligt dessa undersökningar närmare en fjärdedel som debuterat först då de var 20 år eller äldre.

Av tabell 63 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.

Den mest aktuella frågeundersökningen om vuxnas narkotikaerfarenheter är den nationella folkhälsoenkäten från 2004, d v s en postenkät riktad till 18–84-åringar. Enligt denna hade 12% av dessa provat cannabis någon gång och bland 18–29-åringarna var det en fjärdedel av männen och en femtedel av kvinnorna som hade gjort detta. Nio respektive fem procent i denna åldersgrupp hade använt cannabis senaste 12 månaderna, jämfört med 3 respektive 2% bland samtliga tillfrågade (Boström och Nykvist 2004).

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det ofta närapå dubbelt så många män som kvinnor som provat narkotika. Enligt tabell 62 var andelarna 16 respektive 8% år 2000. Även årsaktuell användning förekom främst bland män (tabell 58).

Bland 15–16-åringarna i årskurs 9 förekommer inga större könsskillnader vad gäller narkotikaerfarenheten. Enligt ungdomsundersökningarna (16–24 år) är dock narkotikaerfarenhet normalt 1,5 gånger vanligare hos män än hos kvinnor, och närmst dubbelt så vanlig sett till års- eller månadsaktuell användning.

Mer eller mindre tydliga könsskillnader i samma riktning har framkommit även i olika lokala undersökningar bland gymnasieungdomar (se t ex Guttormsson et al 1995 och Grönberg 1997). År 2003 gjordes den första nationella drogvaneundersökningen i gymnasiet sedan 1970-talet och i den fann man att 19% av männen och 15% av kvinnorna i årskurs 2 testat narkotika (Andersson B 2003). År 2004 genomfördes ytterligare en sådan studie och motsvarande siffror var då 17 och 14% (Rask, under arbete). Således börjar könsskillnaderna framträda först i de övre tonåren. Det kan också konstateras

att pojkarnas värden inte skiljer sig särskilt mycket från de som erhålls i mönstringsundersökningarna.

Regionala skillnader

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

Enligt undersökningar i den vuxna befolkningen finns 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. Av dessa framgår dessutom att skillnaderna accentueras sett till mera regelbunden användning.

Av tabell 15 framgår att även bland niorna är narkotikaerfarenheter vanligare i större städer än på landsbygden. Också i mönstringsundersökningarna avtar som regel narkotikaerfarenheten med avtagande befolkningstäthet. År 2003 uppgav runt 23% 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 provat narkotika i storstäderna är det dessutom proportionellt fler som fortsätter att använda, vilket leder till att andelen som använt narkotika senaste 30 dagarna är närmare tre gånger så hög i storstäderna jämfört med landsbygden.

I tabell 17 presenteras 2003 års mönstringssiffror länsvis. Narkotikaerfarenheten var högst i Stockholms, Skånes, Västra Götalands samt Jämtlands län och lägst i Örebro och Kalmar 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 2004 framgick exempelvis att de som prövat narkotika i högre grad än andra uppgett att de trivdes dåligt i skolan (16% jämfört med 6%) och att de skolkade åtminstone en gång i månaden eller oftare – 20% av dem som skolkade så ofta hade prövat narkotika jämfört med 3% bland dem som aldrig skolkade.

I mönstringsundersökningarna från 1999 framkom att narkotikaerfarenhet var dubbelt så vanlig bland dem som endast hade grundskoleutbildning, jämfört med dem som gick på gymnasiet (omfrågas inte längre). Vidare var narkotikaerfarenheten år 2003 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. 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 21% prövat narkotika, jämfört med 16% bland de sistnämnda (värdena gäller 2001 års undersökning).

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

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

Ovanstående tendenser och skillnader accentueras normalt sett till aktuell/regelbunden användning. Med detta avses 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 undantagna eftersom landsom-

Narkotikautvecklingen

fattande 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, d v s icke individrelaterade uppgifter om olika företeelser som ändå torde ha samband med narkotikamissbruk. 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 genomfördes en kartläggning i Storstockholm 1967. Enligt en senare uppskattning med utgångspunkt från denna studie estimerades runt 6 000 personer ha injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i hela Sverige detta år (Ds S 1980:5).

Liknande och landsomfattande kartläggningar har genomförts 1979, 1992 samt 1998 och har gått till så att lokalt verksamma uppgiftslämnare som bedömts ha kunskap om narkotikamissbruket rapporterade missbrukare de hade kännedom om via arbetet. Med en särskild statistisk metodik är det sedan möjligt att beräkna och lägga till mörkertalet, d v s det antal missbrukare som samhället saknade kännedom om (se kapitel 2).

Kartläggningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner. I föreliggande undersökningar innefattar definitionen ”tungt missbruk” personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Av naturliga skäl finns det en osäkerhet förknippad med denna typ av undersökningar. De framtagna 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 kartläggningen från 1998 reviderades de tidigare beräkningarna, eftersom vissa antaganden modifierats samtidigt som de statistiska metoderna förfinats (se Olsson et al 2001). 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).

Utifrån de ovan presenterade antalsuppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998. Med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen beräknades den totala årliga ökningen till 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Det betyder att nyrekryteringen var förhållandevis stor under 1990-

talet. Samtidigt är många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års undersökning hade 19% en missbrukstid på 10 år eller längre, 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%.

En senare beräkning av antalet tunga missbrukare för perioden 1997–2001 som antalsmässigt stämmer väl överens med de tidigare kartläggningarna har presenterats av Brå (2003). Den utgår från patientregistrets uppgifter om antalet narkomanvårdade som enda källa och utifrån detta görs statistiska beräkningar för att uppskatta mörkertalet och därmed det totala antalet missbrukare. Enligt denna metod uppgick antalet narkotikamissbrukare till 25 900 år 1998 och närmare 27 600 år 2001. Den årliga ökningstakten mellan dessa år blir därmed drygt 2%, alltså en minskning jämfört med perioden 1992–1998.

Andelen kvinnor i antalsräkningarna från 1979, 1992 och 1998 har varit tämligen stabil och legat runt en knapp fjärdedel i alla tre undersökningarna. Medelåldern ökade från 27 via 32 till 35 år 1998.

I diagram 27 (och tabell 64) 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 missbrukare yngre än 30 år var störst 1979 (ca 10 300 personer). År 1992 uppgick de till 6 000 men 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%).

Narkotikautvecklingen

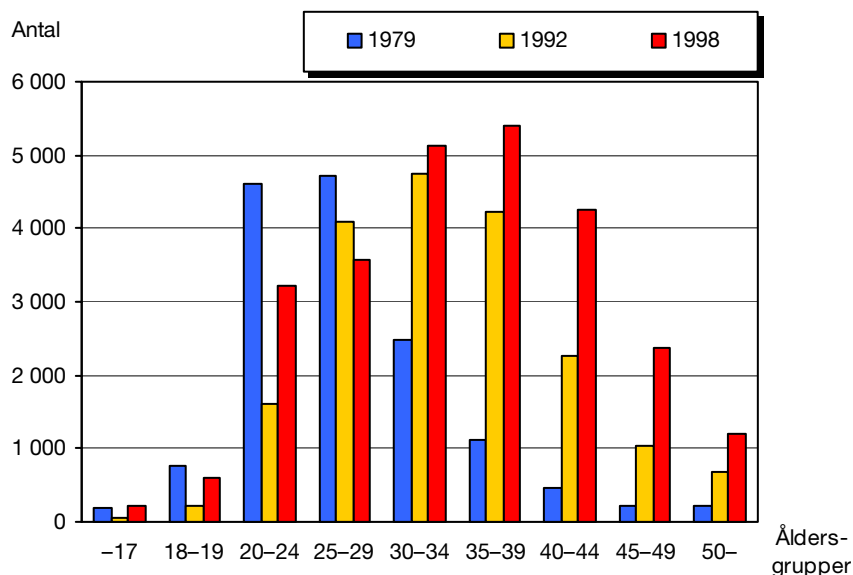


Diagram 27. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000). (Tabell 64)

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 rapporterade myndigheterna.

Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt görs ett försök att analysera narkotikautvecklingen med hjälp av tillgängliga indikatorer. Att det moderna narkotikamissbruket etablerades under senare delen av 1960-talet illustreras bl a av utvecklingen för narkotikabeslag och anmälda narkotikabrott (tabellerna 53 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. Noterbart i tabell 65 är att de nedlagda polisresurserna på narkotikaärenden aldrig varit mer omfattande än de var 2003.

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 injektions-

missbruk. 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. Vidare inträffade en topp i antalet hepatit-smittade 1975–1977. Detta hänger sannolikt samman med att heroinet under denna tid blev allt vanligare, vilket också illustreras av att heroinbeslagen ökade (tabell 57).

I diagram 28 visas utvecklingen för antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. Tidsserierna är relaterade till invånarantalet och har indexerats med 1985 satt till 100 (tabellerna 53, 68 och 83).

Framförallt de kriminalstatistiska uppgifterna visar 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 53–58). Även de narkotikarelaterade dödsfallen ökade, liksom antalet narkotikamissbrukare inom kriminalvården (tabellerna 75–77).

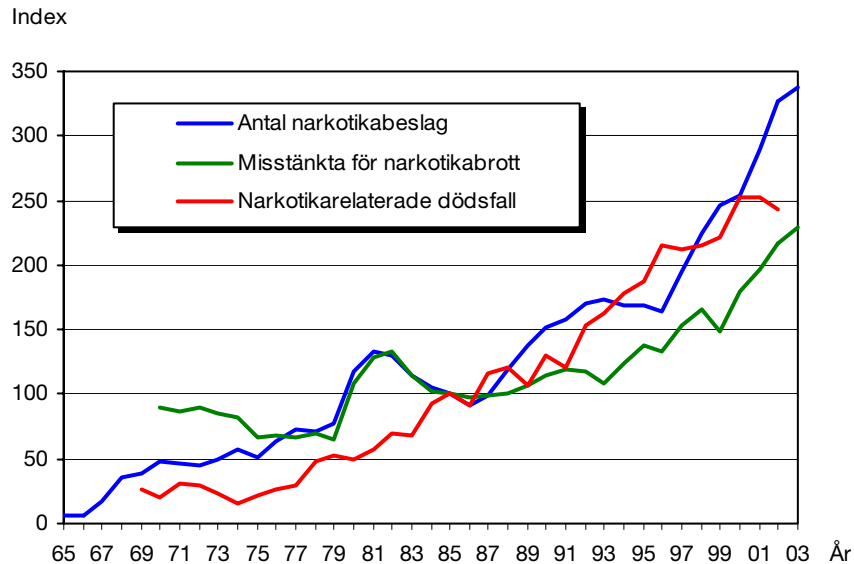


Diagram 28. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare. 1965–2003. Index 1985=100. (Tabellerna 53, 68 och 83)

Narkotikautvecklingen

Som tidigare nämnts kan 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 (tabell 65) och inriktade i ökad utsträckning sina insatser mot de senare leden i distributionskedjan (Kassman 1998). Detta ledde till fler beslag, misstänkta personer och uppdagade brott, samtidigt som mängderna och brottens allvarlighetsgrad tenderade att minska. Denna utveckling har fortsatt även under 1990-talet (Brå 2003).

Under andra hälften av 1980-talet visar många indikatorer att nyrekryteringen till allvarigare former av narkotikamissbruk avmattades. Dock gäller ofta att nivåerna under senare hälften av 1980-talet ändå var högre än på 1970-talet.

I likhet med de tidigare presenterade kartläggningarna pekar flertalet indikatorer på att utvecklingen under 1990-talet varit ogynnsam. Till exempel fördubblades antalet som årligen vårdats för narkotikarelaterade diagnoser 1987–2002, från ca 4 600 personer till 8 900 (diagram 31 och tabell 78). Enligt samma källa har sedan 1997 ca 4 300 nya individer som inte tidigare vårdats för narkotikamissbruk årligen tillkommit. Antalet narkotikarelaterade dödsfall fördubblades under 1990-talet. Denna uppgång förefaller dock ha hejdats runt årliga 400 fall under 2000-talet (tabell 83 och diagram 33).

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 iaktas p g a ändringar i diagnosklassificeringarna (se även tabellkommentarerna).

För hepatit C gäller att antalet smittade intravenösa missbrukare mer än halverats sedan 1990-talets början, då sådan diagnos blev möjlig, till ca 1 200 år 2003. Även antalet intravenöst hiv-smittade missbrukare minskade successivt under 1990-talet, från 43 personer 1990 till 17 stycken år 2000. De tre senaste åren innebär dock ett negativt trendbrott med i snitt 31 hivsmittade missbrukare anmälda årligen.

Antalet narkotikabeslag uppgick till närmare 22 500 år 2003, vilket är mer än en fördubbling jämfört med 1990 (tabell 53). Även antalet personer misstänkta för narkotikabrott mer än fördubblades 1990–2003 och uppgick till ca 16 200 det sistnämnda året (tabell 68). Huvudsakligen var det de lindrigare brotten innehav respektive eget bruk av narkotika som stod för ökningen medan antalet grövre brott har varit oförändrat.

Mellan 1990 och 2003 har narkotikalagföringarna mer än fördubblats och uppgick till ca 17 200 det sistnämnda året (tabell 69). Lagföringsstatistiken visar även att det skett en ökning av unga under 1990-talet, såväl i relativa

som absoluta tal. Mellan 1975 och 1993 minskade andelen lagförda som var under 25 år, från 67 till 20%. Därefter har antalet yngre närmare fyrdubblats, från ca 1 500 till 6 200 perioden 1993–2003. Under 2000-talet har dock ökningen relaterat till äldre åldersgrupper avstannat, eftersom dessa grupper också ökat kraftigt i antal (diagram 29). Andelen lagförda 40 år och äldre utgjorde 3% 1975, 12% 1990 och 23% år 2003.

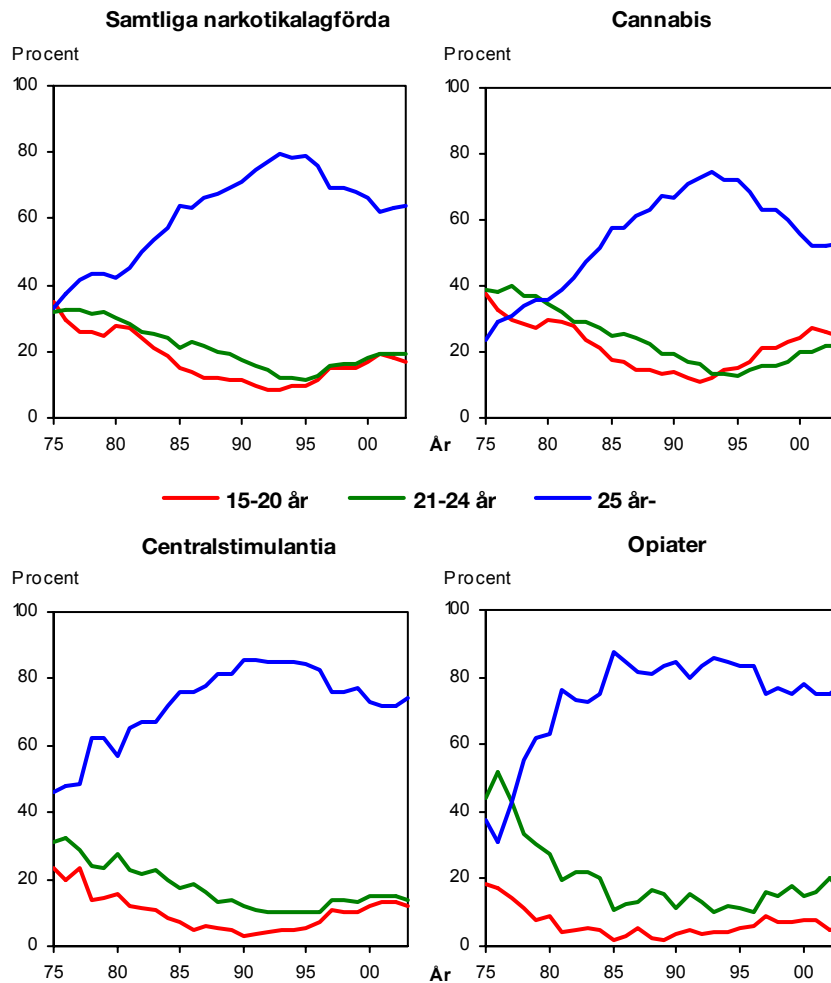


Diagram 29. Andelen i olika åldersgrupper av samtliga narkotikalagförda respektive lagförda för brott mot narkotikastrafflagen när brottet gällt cannabis, centralstimulantia, opiater. 1975–2003. (Tabellerna 69 och 71–73)

Narkotikautvecklingen

Av diagrammet och tabellerna 71–73 framgår att de yngre ökat i synnerhet för cannabis. Lagförda för centralstimulantia respektive opiater är äldre, och trendbrottet med en större andel yngre är inte lika tydligt och kom dessutom något senare. Under 2000-talet har dock en fjärdedel av de opiatlagförda varit 24 år eller yngre, jämfört med 15% 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 ökat (tabell 65). Till exempel ökade antalet narkotikaprovtagningar på personer misstänkta för eget bruk från ca 6 400 1994 till 15 600 år 2003.

Antalet narkotikamissbrukare som varit föremål för kriminalvård inom frivården den 1 april ett visst år har ökat från 3 400 till 5 000 1990–2003 (tabell 75). Även antalet missbrukare i anstalt har enligt dessa tvärsnittsuppgifter ökat samma period, från 1 600 till 2 300 (tabell 76). Enligt tabell 77 intogs under 2003 totalt ca 10 700 individer i anstalt under detta år. Sextio procent av dessa bedömdes vara narkotikamissbrukare, varav närmare tre fjärdedelar bedömdes vara grava missbrukare. I början av 1990-talet bedömdes endast ca 30% av de intagna vara narkotikamissbrukare och de var också färre till antalet.

Trots att en del av uppgångarna i ovanstående indikatorer kan förklaras av andra orsaker än ett ökat antal missbrukare, är det ändå rimligt att dra slutsatsen att redovisade data också speglar en faktisk uppgång av missbruket. 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 också riktig. Indikatorerna pekar på en uppgång i narkotikamissbruket även efter 1998, vilket får stöd i Brås beräkningar av missbruksutvecklingen fram till 2001.

Könsskillnader

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

Av tabell 69 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–2002 stadigt har legat runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 2002 har också varit tämligen stabil, men väsentligt högre (ca 34% enligt tabell 78). Könsfördelningen var likartad för intravenösa missbrukare som inrapporterats som hiv-smittade t o m 2003 (29% enligt tabell 81). Av tabell 83 framgår att 1969–2002 har andelen kvinnor bland de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort 28%. Till

och med 1986 fluktuerade andelen omkring 30%, men därefter har kvinnornas andel sjunkit till 20% år 2002.

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

Även när det gäller tyngre former av narkotikamissbruk förekommer stora regionala variationer, och missbruket är ofta koncentrerat till storstadsregionerna. Nedan redovisas data som belyser utvecklingen i storstadsområdena och i övriga landet.

Stockholm

Enligt antalsräkningarna har Stockholms kommun alltid legat ungefär dubbelt så högt sett till antal missbrukare per invånare 15–54 år jämfört med riket. År 1998 fann man 1 026 missbrukare per 100 000 invånare i Stockholm mot 550 i hela landet (diagram 30). Sedan 1998 ligger värdet för övriga Stockholms län också över rikssiffran. Mellan åren 1992 och 1998 var ökningen påtaglig (ca 40%). Ökningen var än mer dramatisk (120%) för övriga länet.

Av tabell 79 framgår att Stockholm sedan 1987 stått för en dryg tredjedel av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen men att andelen sjunkit något sedan första hälften av 1990-talet.

Enligt Brås tidigare beskrivna uppskattning av antalet tunga missbrukare med utgångspunkt från sjukvårdsdata har antalet varit mer eller mindre oförändrat perioden 1997–2001 (Brå 2003). Sistnämnda år beräknades Stockholm ha ca 7 400 tunga missbrukare, motsvarande en fjärdedel av alla tunga missbrukare i hela landet.

Narkotikadödligheten, som den redovisas enligt den europeiska standard narkotikaobservatoriet i Lissabon efterfrågar (se tabellkommentarerna) redovisas fördelad på län i tabell 84. Denna statistik visar att Stockholms län 1987–1996 bidrog med över hälften av dödsfallen men att denna andel minskat och uppgick till 36% 2002.

Malmö

Enligt tabell 84 ökade narkotikadödligheten i Skåne län, från att utgöra 10% av rikets dödlighet till att bidra med närmare 25% av fallen från 1996 och framåt (tabell 84). Enligt tabell 79 har länet sedan 1987 stått för runt 13% av alla narkotikarelaterade vårdtillfällen.

Narkotikautvecklingen

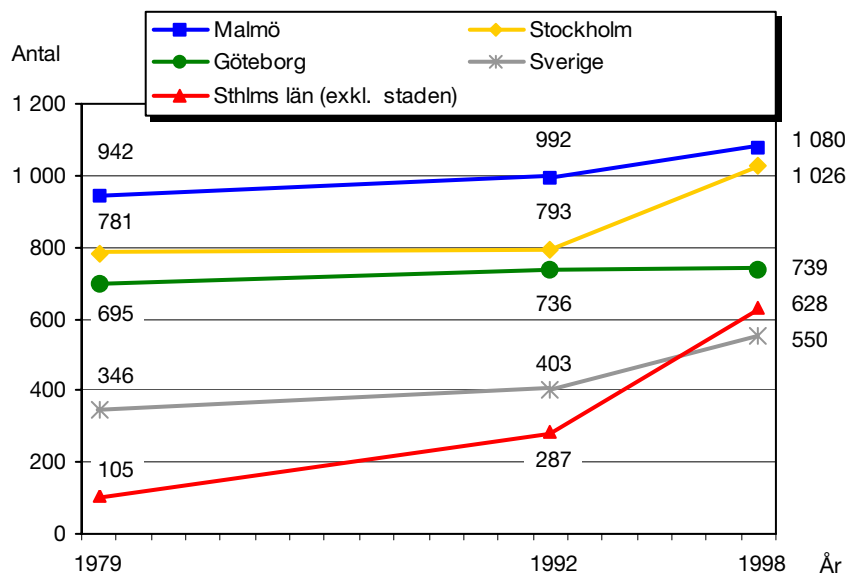


Diagram 30. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001)

Malmö kommun har alltsedan slutet av 1970-talet, satt i relation till folkmängden, haft den största förekomsten av tungt missbruk (diagram 30). År 1998 uppgick de tunga missbrukarna till 1 080 per 100 000 invånare 15–54 år. Denna siffra är högre än såväl 1979 som 1992.

Utvecklingen 1997–2001 som den beskrivs av Brå (2003) ser negativ ut för Skåne län, då antalet missbrukare enligt denna källa ökat med 41%. Skåne län beräknades 2001 stå för 13% av de tunga missbrukarna.

I "Narkotikastatistik 2003" (Brå 2004) kan man vidare konstatera att Skåne detta år är det län som har i särklass flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (266 per 100 000). Utöver detta har, kanske föga förvånande, Skåne varit det län som bidragit med merparten av alla personer som misstänkts för narkotikasmuggling, även om andelen fallit från 74% 1977 till 56% 2003 (tabell 66).

Göteborg

Enligt diagram 30 har antalet missbrukare – relaterat till invånarantalet – alltid legat över riksgenomsnittet för Göteborgs kommun, samtidigt som det legat relativt stilla under perioden 1979–1998. Enligt Brå (2003) har det skett en ökning av de tunga missbrukarna i hela Västra Götalands län 1997–2001

(med 19%) och sistnämnda året beräknades länet bidra med 18% av de tunga missbrukarna.

Åren 1987–2002 har Västra Götalands län bidragit till konstanta 17% av alla vårdtillfällen för narkotikamissbruk (tabell 79) och till ca 10% av alla narkotikarelaterade dödsfall, enligt tabell 84. Bakom dessa konstanta procentsatser finns dock en tredubbling i absoluta tal, men från en låg nivå.

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. De riksomfattande kartläggningarna visar på en låg nyrekrytering under 1980-talet och en kraftigare ökningstakt mellan 1992 och 1998, såväl i storstadslän som i övriga län.

Andelen misstänkta för narkotikabrott som inte bor i storstadslän har ökat från ca 30% i början på 1990-talet till ca 40% de senaste åren (tabell 67). Med tanke på att knappt hälften av landets befolkning är bosatt i något av storstadsläna så kan man fortfarande notera en viss underrepresentation för övriga landet vad gäller narkotikabrott.

Andra data som tyder på en ökning utanför storstadsläna är en uppgång av utskrivningar i narkomanidiagnoser, från 32 till 38% 1987–2002 i icke storstadslän (tabell 79). Vad gäller dödsfallen enligt tabell 84 går det inte att utläsa någon speciell trend i relativa tal, även om det är enkelt att konstatera en ökning 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 resultatet av en interaktion mellan individuella egenskaper, familje- och miljöfaktorer. Även genetiska, biologiska, såväl som psykologiska egenskaper spelar in. Drogmissbruk och kriminalitet hänger exempelvis 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).

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

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

Det finns tecken som tyder på att narkomanernas situation ytterligare försämrats sedan dess. Den senaste kartläggningen av tunga missbrukare 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

Uppgifter om vård och sjuklighet har berörts tidigare, då som indikatorer på utvecklingen av tungt missbruk. Här följer en noggrannare beskrivning och genomgång av dessa områden, inte minst som uppgifterna har en stor betydelse i sig, men också för att vissa metodologiska kommentarer kan behöva utvecklas ytterligare.

Med en ambition att uppnå varaktig drogfrihet har Sverige tidigare byggt mycket av insatserna på långa institutionsbehandlingar, medan insatser med lägre krav på missbrukarna att uppnå drogfrihet fick lägre prioritet (Folkhälsoinstitutet 1993). Under senare år har det skett en övergång från längre till kortare vårdtider inom institutionsvården, en minskad användning av tvångsvård och mera av öppenvårdsinsatser. Samtidigt har det också skett nedskärningar och vårdens omfattning och innehåll svarar inte alltid mot behovet (SOU 2000:126).

Merparten av vården bedrivs inom ramen för socialtjänst och sjukvård, men frivilliga organisationer och andra privata vårdgivare finns också, liksom särskilda avdelningar inom kriminalvården. Eftersom omfattningen av och prioriteringarna varierat kraftigt, är det svårt att dra några säkra slutsatser om

missbruksutvecklingen utifrån vårdstatistiska 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).

Kriminalvård

Inom frivården har ökningen av antalet narkotikamissbrukare varit kontinuerlig sedan slutet av 1960-talet. De har en viss dag (1 april) ökat från ca 2 000 under 1970-talet till ca 5 000 2003 (tabell 75). Andelsmässigt utgör de enligt tvärsnittsmätningarna idag 44% av frivårdsfallen, mot 10–15% tidigare (Kriminalvårdsstyrelsen 2004). Sedan 1988 kan narkotikamissbrukare som alternativ till att dömas till fängelse få hjälp för sina missbruksproblem genom s k kontraktsvård. Omkring hälften av de personer som fått kontraktsvård har varit narkotika- eller blandmissbrukare och placering på behandlingshem är den vanligaste vårdformen (Ahlberg 1996). Antalet klienter som fick kontraktsvård 2002 uppgick till ca 1 200 (Kriminalvårdsstyrelsen 2003).

Många narkotikamissbrukare döms till fängelsestraff. Den årliga skattningen av den 1 april visar att antalet intagna narkotikamissbrukare en viss dag ökat, från drygt 1 100 under 1970-talet till rekordsiffran 2 300 år 2003. Detta motsvarar 59% av alla intagna och är en kraftig andelsökning jämfört med tidigare årtionden (tabell 76).

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 2002 var en given dag 812 personer i särskilda motivations- och behandlingsplatser för narkotikamissbruk på anstalterna och 131 personer var placerade utom anstalt i enlighet med kriminalvårdslagens (KvaL) 34 §, oftast på behandlings- eller familjehem (Kriminalvårdsstyrelsen 2003).

Under 2003 var det totalt närmare 11 000 personer som togs in i anstalt och av dessa var 6 400 narkotikamissbrukare, vilket motsvarar 60% (tabell 77).

Socialtjänstvård

För 10–15 år sedan talades om offensiv narkomanvård, d v s en bred och omfattande vårdatsning. Svensson och Kristiansen (2004) menar att den offensiva narkomanvården nu tvärtom blivit defensiv, i så motto att Socialtjänsten idag styr över från dyr institutionsvård till billigare öppenvårdsalternativ samtidigt som man också bromsar vård genom att försöka hålla omotiverade klienter ifrån sig.

Narkotikautvecklingen

Inom socialtjänsten är det nästan bara för tvångsvård enligt LVM som det går att urskilja uppgifter gällande utvecklingen av narkotikarelaterad vård, 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 1983 till runt 300 i mitten på 1990-talet, varefter antalet minskat till 128 år 2003 (tabell 29).

Sedan 1998 har årligen totalt ca 20 000 missbrukare dagligen fått någon typ av socialtjänstinsats. Utöver tvångsvård var i genomsnitt 3 300 personer intagna på institution för någon form av missbruk under 2003, en nedgång från ca 5 000 personer 1989 (tabell 28). Samtidigt fick drygt 11 200 någon form av öppenvårdsinsats år 2003 och ca 5 500 bistånd avseende boende (Socialstyrelsen 2004).

Sjukhusvård och dödlighet

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder narkotikamissbruk till allvarliga komplikationer och i värsta fall till döden. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större än för normalbefolkningen i motsvarande åldrar. Orsakerna är flera, men 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.

Avgiftningar och vård av psykiatriska samt andra komplikationer till följd av missbruket görs inom sjukvården. Antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården har fördubblats under perioden 1987–2002. Som synes gäller detta även antalet unika individer som vårdats årligen (tabell 78 och diagram 31). År 2002 vårdades 8 900 personer vid 14 800 tillfällen. Detta ger 1,7 vårdtillfällen per person och år, en andel som legat still alltsedan 1987.

Nytt för i år är att Socialstyrelsen sammanställt ett index över narkotikarelaterad vård, vilket gör att siffrorna (men inte trenderna) avviker från tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige (diagnoskoderna framgår av bilaga 1). Siffrorna ligger också på en väsentligt högre nivå jämfört med tidigare eftersom även bidiagnoser numera ingår.

Ett mått på nyrekryteringen till missbruk är de som vårdats för första gången någonsin. I början är tidsserien missvisande hög därför att det saknas möjlig-

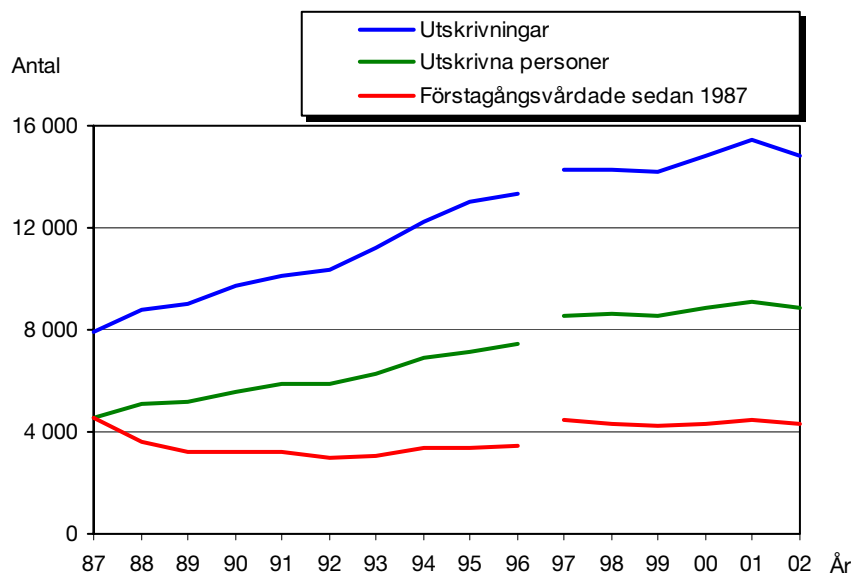


Diagram 31. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2002. (Tabell 78)

het att göra länkningslängre tillbaka i tiden. Mot slutet av 1980-talet och under den första hälften av 1990-talet låg antalet nya klienter årligen runt 3 200. Sedan 1997 ligger nivån runt 4 400 personer. Detta år infördes nya diagnosklassifikationer, vilket sannolikt förklarar den högre nivån. Den uppgift som synes ha påverkats minst av ICD-kodsbytet är antalet årligen vårdade unika individer.

Den numera vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C (tabell 80). 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 (1 200 år 2003) och så har även det totala antalet anmälda fall (1 900 samma år). Omkring två tredjedelar av samtliga HCV-fall utgörs av injektionsmissbrukare. Totalt har sedan 1990 23 600 personer som smittats via intravenöst missbruk anmälts till Smittskyddsinstitutet. Vissa studier tyder på att så många som 80–90% av narkomanerna bär på HCV-virus (se t ex Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen 1999).

Hepatit B, den klassiska ”kanylgulsoten”, är idag av klart mindre omfattning än hepatit C. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga hepatit B-fall har under 1990-talet ökat från mellan omkring en tredjedel och drygt hälften. To-

Narkotikautvecklingen

talt diagnostiserades 372 hepatit B-fall under 2003, varav 216 (58%) var injektionsmissbrukare.

Den smitta och sjukdom som under de senaste 20 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 32). Mellan 1987–2000 sjönk antalet fall mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till något 16-tal fall per år. De tre senaste åren har det dock skett en ökning, med i genomsnitt dryga 30 fall årligen anmälda.

Antalet hiv-positiva narkotikamissbrukare är beroende av en rad faktorer. Den främsta riskfaktorn är självklart injektionsmissbruk, även om smittan överförs sexuellt också bland missbrukare. Beroende på hur sprutor och kanylar 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 drygt 70% av de inrapporterade fallen genom åren.

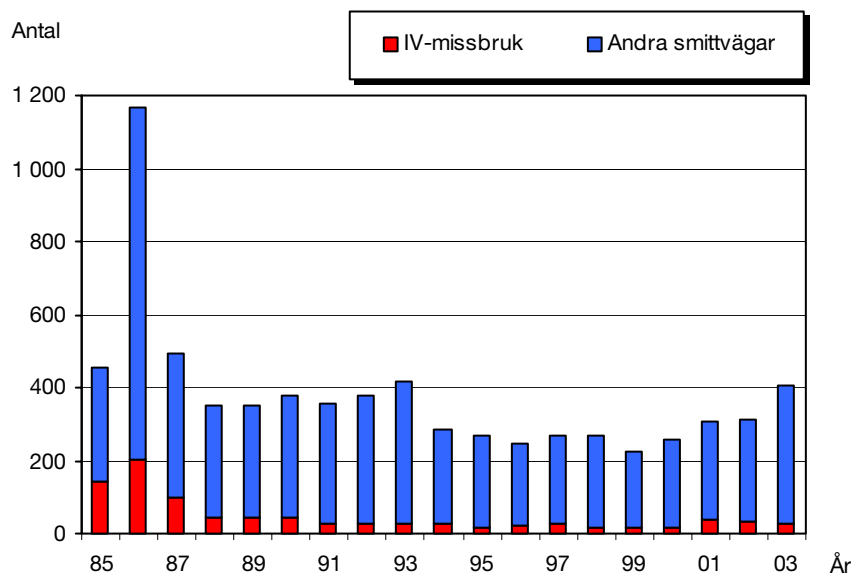


Diagram 32. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per intravenöst missbruk respektive andra smittvägar. 1985–2003. (Tabell 81)

Dödlighet

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är hög. Undersökningar i Stockholms län har påvisat att överdödligheten bland sjukhusvårdade heroinmissbrukarna var 16 gånger och bland amfetaminmissbrukarna 8 gånger jämfört med normalbefolkningen i motsvarande åldrar (Tunving, Olsson och Krantz 1989). Den årliga totala dödligheten bland amfetaminmissbrukare uppskattades till närmare 2% per år, medan siffran för heroinmissbrukare var omkring den dubbla (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 2003).

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 tidsserie över narkotikarelaterad dödlighet som speglar utvecklingen sedan 1960-talet (se bilaga 1). Nytt för i år är att de i indexet ingående koderna utökats åren 1987–2002, vilket fått till följd att antalet redovisade dödsfall ökat dessa år (se tabellkommentarerna). Det har inte kunnat klargöras om detta ökat eller minskat jämförbarheten med perioden före 1987. 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.

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå, runt 35 stycken enligt tabell 83 och diagram 33. Därefter har antalet fall ökat kraftigt, bl a beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige och på en ökande sårbarhet och sjuklighet i och med att missbrukspopulationen successivt åldrades. Sedan år 2000 har det noterats runt 400 dödsfall årligen.

Narkotikautvecklingen

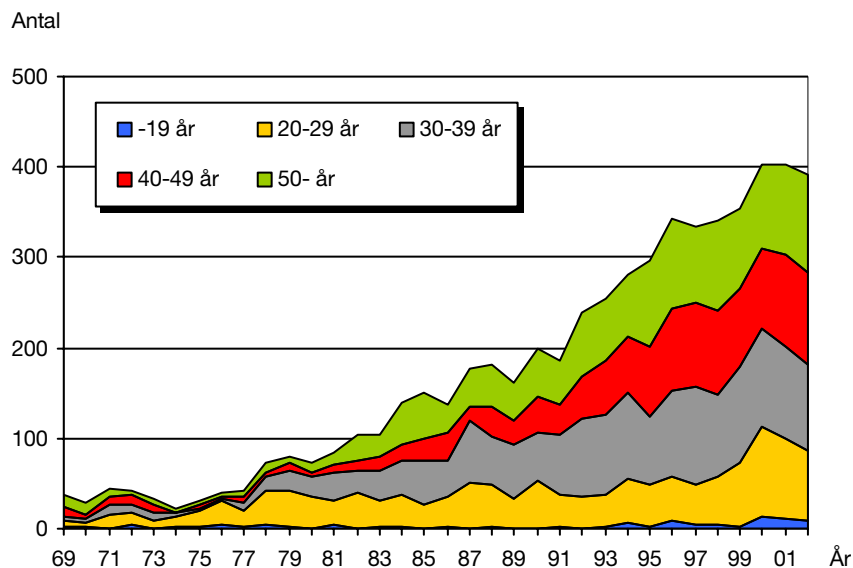


Diagram 33. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–2002. (Tabell 83)

Under de tre senaste åren har i genomsnitt 100 personer under 30 år avlidit i narkotikarelaterade dödsfall, en historiskt mycket hög siffra. 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. Dödsfallen har emellertid ökat i samtliga åldersgrupper och var lika många bland dem 50 år och äldre.

Som jämförelse till Socialstyrelsens index presenteras i tabell 84 det diagnosurval som rekommenderas av det europeiska drogobservatoriet ECNN. 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 exkluderas 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 samma trender för de narkotikarelaterade dödsfallen. Den procentuella ökningen mellan 1987 och 2002 var lika stor för båda måtten. I tabell 84 presenteras även en geografisk uppdelning, och det kan konstateras att uppgångar skett såväl i storstads-länen som i övriga län, och att storstads-länen sedan 1987 stått för ca 75% av dödsfallen.

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). Ytterligare en datainsamling gjordes 2003 men den var inte redovisad vid publiceringen av denna rapport.

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 34 jämförs 1995 och 1999 för de länder som deltog båda åren. Värdena framgår av diagrammet, 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 uppgångar i många länder, främst i Litauen, Slovenien och Tjeckien. I högprevalensländerna Irland och Storbritannien hade dock nedgångar skett, liksom på Färöarna. Även ECNN menar att tillgänglig information pekar på uppgångar i cannabisanvändning bland i synnerhet ungdomar under 1990-talet i nästan alla EU-länder (ECNN 2003).

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 ökningar 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 låg runt 46% perioden 1996–2001 och att en nedgång till 41% följt därefter.

Narkotikautvecklingen

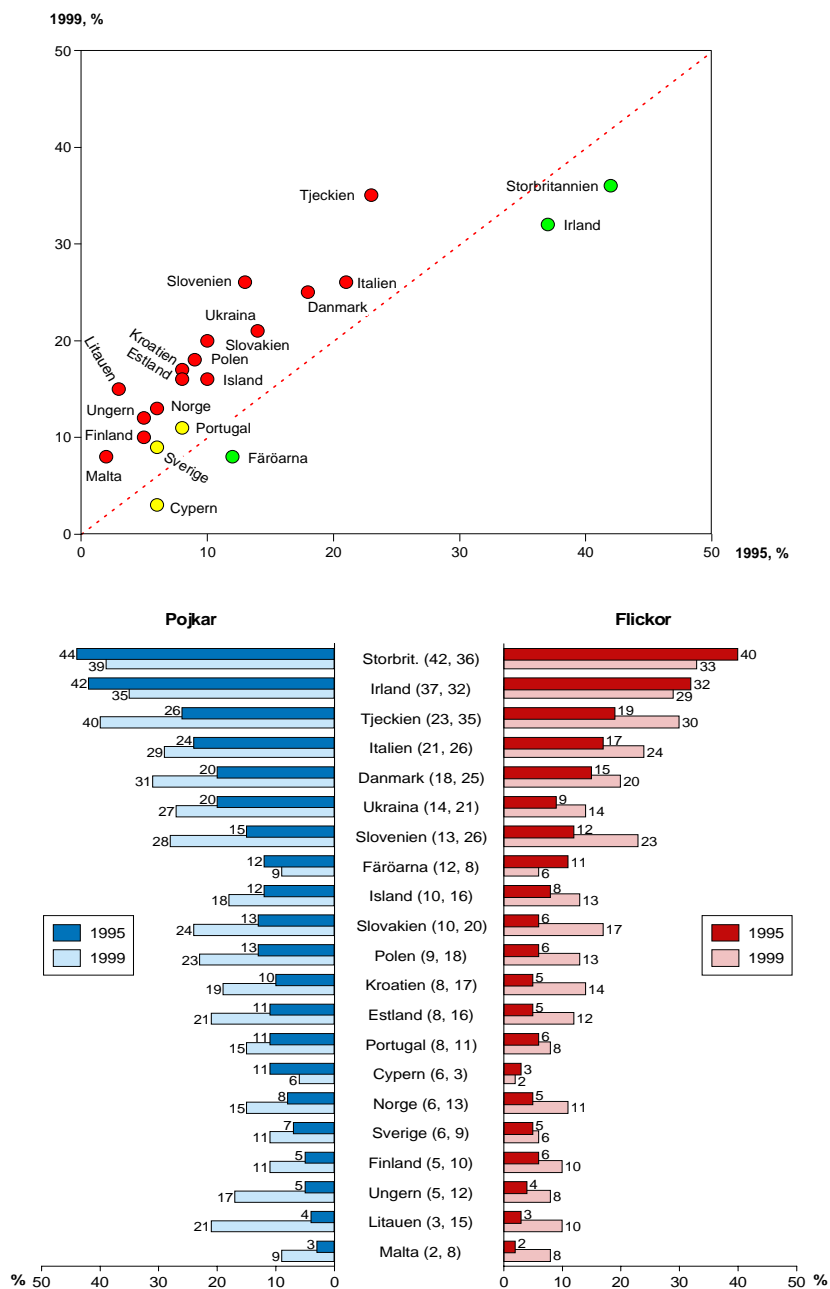


Diagram 34. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995 och 1999.

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)

I (motsvarande) gymnasiet andra årskurs ökade andelen som prövat narkotika, från 41% 1992 till 55% 1999, men har därefter sjunkit något (till 51% 2003). För gymnasieelevernas del finns data från 1975 och jämför man trenderna bland dessa med svenska mönstrande artonåringar finner man att likheterna är slående. År 2003 svarade 20 respektive 24% i de nämnda årskurserna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (Johnston et al 2004).

När det gäller vuxnas erfarenhet av narkotika i olika Europeiska länder finns en jämförelse i 2001 års rapport från ECNN. Bland de länder som ingick i jämförelsen var det framförallt Danmark och Storbritannien som redovisade högre nivåer (över 20% uppgav att de 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 46% av befolkningen 12 år och äldre prövat narkotika enligt deras hushållsundersökningar från 2003. Femton procent hade gjort så senaste 12 månaderna och 8% senaste 30 dagarna (SAMHSA 2004). För samtliga tre mått gäller att detta är uppgångar jämfört med de senaste tio åren.

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 ECNNs årsrapport gällande 2003 redovisas skattningar av det problematiska missbruket i ett antal 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, Storbritannien, Portugal och Luxemburg, med 7 eller flera ”problemmissbrukare” per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Länder som redovisade missbruk av en mindre omfattning än genomsnittet var Nederländerna, Tyskland och Österrike med runt 3 problemmissbrukare per 1 000 invånare.

Referenser

- Ahlberg K (1996). *Kontraktsvård*. Skriftserien 1996:1. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. (Norrköping, Kriminalvårdsstyrelsen).
- Andersson B (2003). Drogvanor i gymnasiets årskurs 2 våren 2003. *Alkohol och narkotika* 97(2003):4-5, s39-42.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Heta data – en första redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.
- Brå (2004). *Narkotikastatistik 2003*. Brå-rapport 2004:5. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brå (2003). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*. Brå-rapport 2003:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Ds 2004:6 (2004). *Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare*. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- Ds S 1977:8 (1977). *Undersökningar av narkotikavanor. En sammanställning från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- ECNN (2003). *Årsrapport 2003. Situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.
- Folkhälsoinstitutet (1993). *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- 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 (2004a). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2003*. Rapportserie nr 80. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U (2004b). *Mönstrandens drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Hibell B 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 et al (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston et al (2004). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2003*. 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.
- Kriminalpolisen och Tullverket (2004). *Narkotikasituationen i Sverige. Årsrapport 2003*. RKP, KUT Rapport 2004:6. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2003). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2004). *Kriminalvård och statistik 2003*. 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.
- Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport nr 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Rask L (under arbete). *Gymnasieelevers drogvanor 2004*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- SAMHSA (2004). *Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health. Detailed Tables*. Rockville, MD: SAMHSA.
- Socialstyrelsen (2004). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2003*. Statistik, Socialtjänst 2004:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen (1999). *Hepatitis C. Strategidokument 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solarz A (1990). *Vem blir drogmissbrukare. Droger kriminalitet och kontroll*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- SOU 2000:126 (2000). *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommisionen. Stockholm: Fritzes.
- Svensson B och Kristiansen A (2004). *”Byråkrati och narkomani går inte ihop...” Livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. Rapport 1, 2004. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Svensson D (2000). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987–1994 – en registerstudie*. MAX-projektet, delrapport 2. Rapportserie nr 58. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- UNDCP (2000). *World Drug Report*. New York: Oxford University Press.

4. 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, även om de inte brukar benämnas psykofarmaka. Psykofarmaka används inom tre indikationsområden: 1) sömnsvårigheter 2) oro och ångest 3) depressioner och psykoser.

En del psykofarmaka i gruppen lugnande medel och sömnmedel – N05B och N05C – har beroendeframkallande potential. De är i Sverige klassificerade som narkotika och finns upptagna i Läkemedelsverkets narkotikaförteckning (bilaga 2). Hit hör bensodiazepinpreparat som exempelvis flunitrazepam (Rohypnol, Flunitrazepam NM Pharma, Fluscand), diazepam (Apozepam, Stesolid) och oxazepam (Oxascand, Sobril) samt bensodiazepinbesläktade 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 och är inte missbruksbegärligt. Det enda preparatet inom gruppen psykostimulantia är koffein.

Omkring år 1990 introducerades en grupp nya antidepressiva medel, de sk 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.

Det kan nämnas att bilden av bruket och missbruket av läkemedel med beroendepotential inte blir fullständig utan att ta hänsyn till användningen av narkotiska analgetika. Missbruksbegärliga och relativt vanliga medel i denna kategori är exempelvis 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, något som uppmärksammades redan på 1970-talet och ånyo påpekats under senare år (Jonasson och Jonasson 1999).

DXP har en försäljningsutveckling som ligger på en betydligt lägre nivå än lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel. Försäljningen av värktabletter innehållande DXP har minskat på senare år, från 13 DDD under 1997 till 4 DDD första halvåret 2004 (DDD – den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen vid medlets huvudindikation). Försäljningen av kodein har legat runt 9 DDD från 1997 till första halvåret 2004. De regionala skillnaderna i försäljningen av DXP är enligt Apoteket ABs receptstatistik mindre än för psykofarmaka medan åldersskillnaderna är desamma. Kodein används däremot mera av yngre och medelålders 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 vilka försvann helt under 1980-talets början. De svarade också för en stor del av den ökande psykofarmakaförsäljningen under 1960-talet.

Lugnande medel och sömnmedel dominerar psykofarmakaförsäljningen. Försäljningen av sådana medel (grupperna N05B och N05C) låg runt 64 DDD per 1 000 invånare och dag perioden 1972–1986 (tabell 85 och diagram 35). Efter en minskning t o m 1991 var årsförsäljningen nere i 54 DDD per 1 000 invånare och dag. Därefter har försäljningen ökat och uppgick år 2003 till 65 DDD per 1 000 invånare och dag.

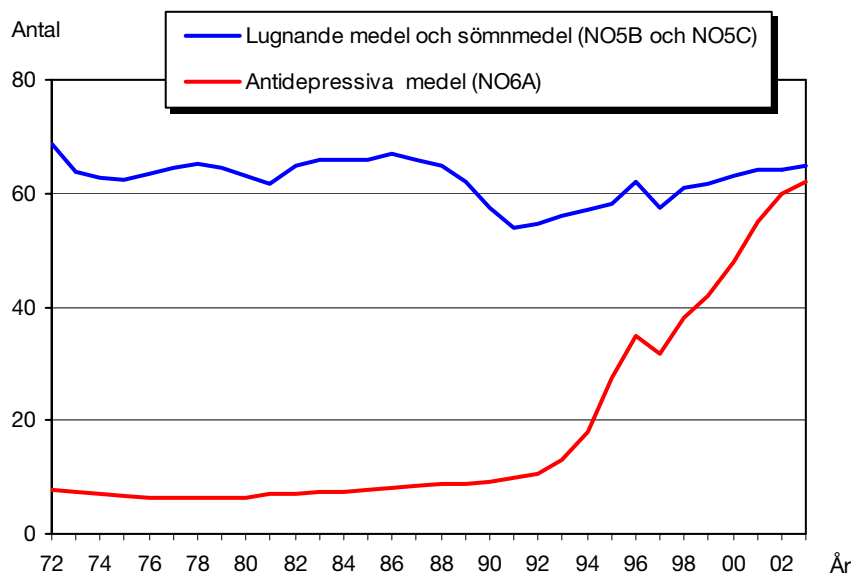


Diagram 35. Försäljning av lugnande medel och sömnmedel respektive antidepressiva medel. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003. (Tabell 85)

Bensodiazepiner svarade 1990 för 80% av all försäljning av lugnande medel och sömnmedel. Denna andel har därefter minskat och i stället har bensodiazepinbesläktade sömnmedel som zopiklon (Imovane), zolpidem (Stilnoct) och zaleplon (Sonata) ökat kraftigt.

Antidepressiva medel (grupp N06A) har sin mest väldokumenterade effekt vid behandling av djupa depressioner, 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 2003 sjudubblades försäljningen, från 9 till 62 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.

Den tillfälliga puckeln 1996 beror på hamstringeffekter till följd av ändringar i högkostnadsskyddet. På grund av en övergång till en ny grund för statistikframtagningen hos Apoteket AB är siffrorna efter 2000 inte helt jämför-

bara med föregående år. Skillnaderna är dock i princip försumbara (se vidare tabellkommentarerna). För narkotikaklassificerade läkemedel i nästa avsnitt gäller förändringen från 2002.

Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel

De lugnande medel och sömnmedel som redovisades i diagram 35 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.

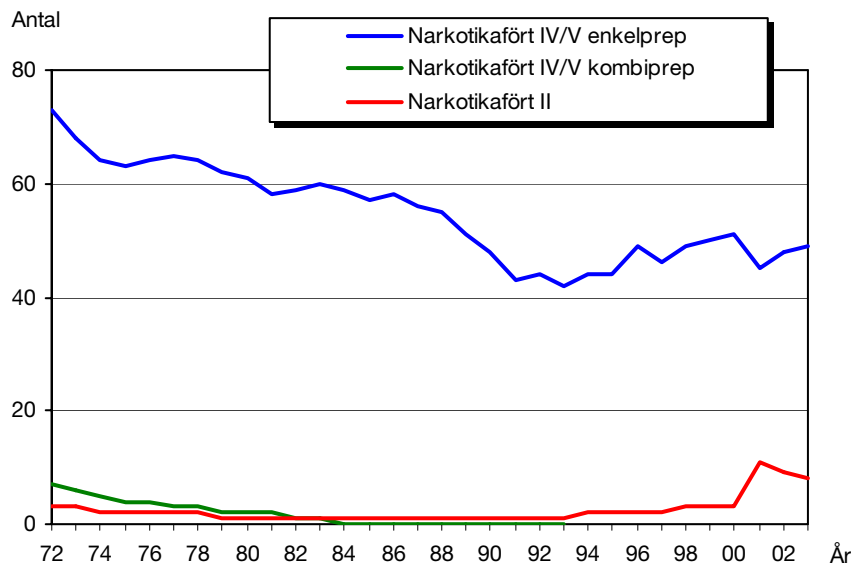


Diagram 36. Försäljning av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003. (Tabell 86)

Försäljningsutvecklingen under perioden 1972–2003 för medel enligt förteckning II och IV/V framgår även av diagram 36. 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. En viss uppgång totalt sett kan konstateras mellan 1990 och 2003.

Bruk av lugnande medel och sömnmedel

Förändringar i psykofarmakaanvändningen påverkas av bl a utvecklingen av nya preparat, förändringar i synen på psykiska problem och sjukdomar, antalet läkare, produktivitetskraven i sjukvården, förändringar i totalbefolkningens ålderssammansättning, riskomständigheter liksom arbetslöshet, ensamboende och social marginalisering.

Några exakta uppgifter om psykofarmakakonsumtionen finns inte att tillgå, men Apoteket ABs statistik över försäljningen speglar de 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. Försäljningsdata får därför kompletteras med information från andra undersökningar.

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 införskaffandet av sömn- eller lugnande medel hade 80% av dem som använt dessa medel under senaste året, fått medlet på recept av en läkare för det aktuella problemet (enligt undersökningen från år 2000). Ca 5% hade använt medicin utskrivet vid ett tidigare tillfälle. Fyra procent hade använt medicin utskrivet för någon annan i familjen, 3% hade använt medicin utskrivet för någon annan medan 9% fått tag på preparatet på okänt sätt samtidigt som någon enstaka person uppgav sig ha köpt medlet ”på gatan”.

I 2004 års ungdomsundersökning svarade 4% av 16–24-åringarna att de någon gång använt receptbelagda sömnmedel eller lugnande medel utan läkarordination. Två procent hade gjort detta under de senaste 12 månaderna (Guttormsson et al 2004).

Kön och ålder

I ovannämnda ungdomsundersökning var det inga stora skillnader mellan kön och åldersgrupper. Enligt undersökningarna i hela befolkningen är andelen kvinnliga brukare av lugnande medel och sömnmedel genomgående högre än manliga andelen. 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 och det mera regelbundna bruket är också större hos kvinnorna.

Att kvinnor använder lugnande medel och sömnmedel i större utsträckning än vad män gör framgår också av Apoteket ABs stickprov från receptstatistiken över försäljning i antal DDD per 1 000 invånare och dag (diagram 37 och tabell 88).

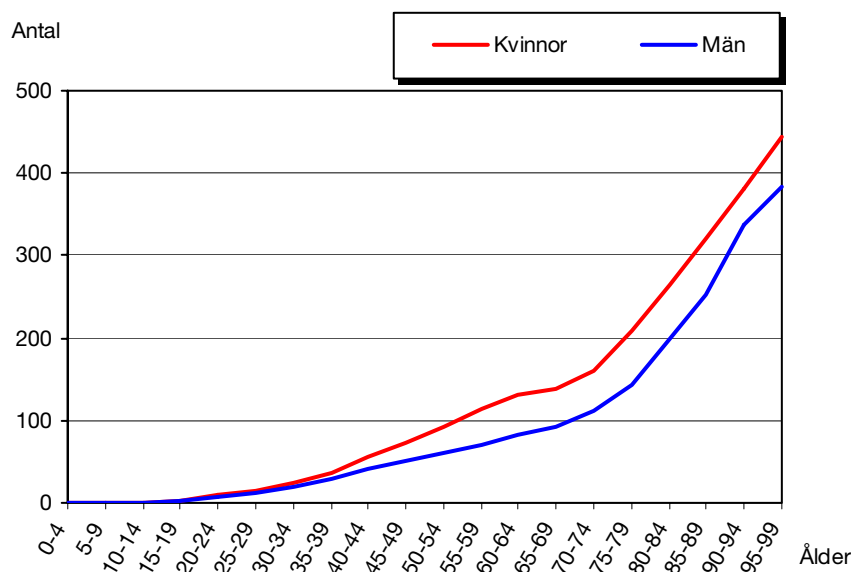


Diagram 37. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2003. (Tabell 88)

Det sker enligt receptstatistiken en kontinuerlig ökning av förskrivningarna med stigande ålder. Skillnaderna mellan män och kvinnor blir mer uttalad i 40-årsåldern och däröver 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 är även enligt vuxenundersökningarna 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 38 redovisas försäljningen av sömnmedel och lugnande medel för de sju län som hade den högsta respektive lägsta försäljningen 2003 (samtliga län redovisas i tabell 89). Kronobergs län hade den högsta försäljningen med 77 DDD per 1 000 invånare och dag. Jönköping har ofta legat högt och hade denna gång den näst högsta försäljningen.

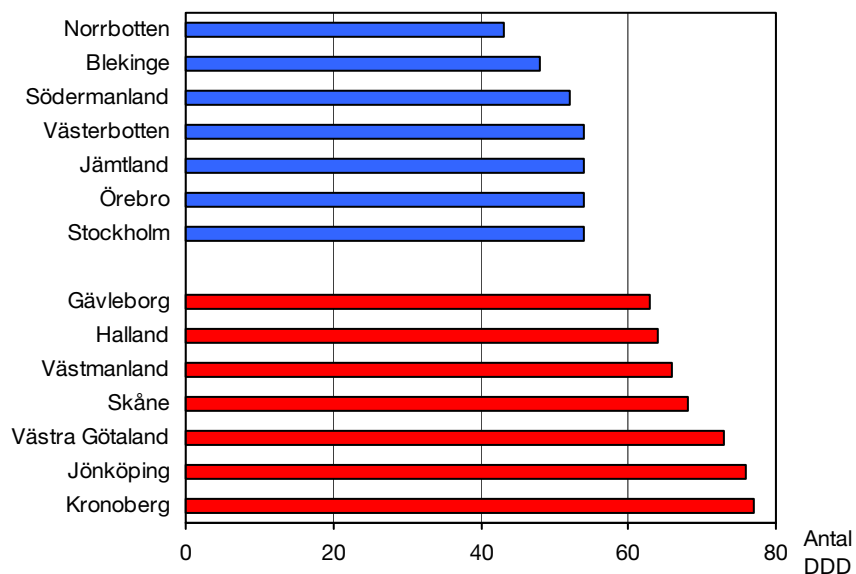


Diagram 38. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag år 2003 i län med låg respektive hög försäljning. (Tabell 89)

Psykofarmakautvecklingen

Den lägsta försäljningen redovisas liksom tidigare år för Norrbottens län, med 43 DDD per 1 000 invånare och dag. Från TEMO-undersökningarna går det att skönja ett regionalt mönster i så måtto att användningen av lugnande medel och sömnmedel vanligen är mer omfattande i större städer än på 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 likadant överallt; en studie i Jönköpings län visade annorlunda mönster än i Stockholm och Skåne.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten från 2004 (Boström och Nykvist 2004) är hälsan ojämnt fördelad. Kvinnor, äldre, födda utanför Norden, låginkomsttagare och arbetare är grupper som rapporterar sämre hälsa. Det är samma grupper som rapporterar att de hade svår värk på åtminstone ett ställe på kroppen. Bortsett från åldersfaktorn är det samma grupper som går igen vad det gäller att rapportera nedsatt psykiskt välbefinnande. Den sociala gradient som framkom i NEPI-studien från 1996 som refererades om användare av bensodiazepiner framkommer således beträffande sämre hälsa, och specifikt vad gäller värk och psykisk hälsa, i folkhälsoenkäten.

Missbruk av lugnande medel och sömnmedel

Missbruket av lugnande medel och sömnmedel 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 missbrukare av illegal narkotika även missbrukar läkemedel.

Epidemiologiska undersökningar om detta är inte vanligt förekommande. I Sverige bildades i mitten på 1990-talet Nätverk för läkemedelsepidemiologi, NEPI, med uppgift att bland annat bevaka detta område. Bensodiazepiner kan skapa beroende även vid låg dosering under längre tid. En NEPI-enkät i Jönköpings län tyder på att 60% långtidskonsumenter av bensodiazepiner anser sig vara beroende av medlen.

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).

Flunitrazepam (Rohypnol och dess synonymer) anses vara det mest missbrukade bensodiazepinpreparatet i Europa. Preparatet har också uppmärksamats i samband med våldsbrott (Dåderman och Lidberg 1999). Illegal insmuggling av vissa läkemedel är vanlig och ökar. I början av 1990-talet gjorde tull och polis runt 1 000 beslag av illegalt hanterade narkotikaklassade läkemedel och 2003 hade dessa ökat till drygt 4 300 (tabell 53). År 2002 beslagtogs en extremt stor mängd – ca 720 000 tabletter – men 2003 var mängden beslagtagna tabletter åter mera normal för perioden 1988–2003; knappt 300 000. Flunitrazepam (Rohypnol) utgjorde 80% av tablettbeslagen 2002 men mindre än hälften föregående och påföljande år (Kriminalpolisen och Tullverket 2004).

Referenser

Boström G och Nykvist K (2004). *Heta data – en första redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.

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

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

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

Kriminalpolisen och Tullverket (2004). *Narkotikasituationen i Sverige. Årsrapport 2003*. RKP, KUT Rapport 2004:6. Stockholm: Rikskriminalpolisen och Tullverket.

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.

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

5. Snifningsutvecklingen

Inledning

Sniffning som fenomen blev vanligare under 1950-talet, främst bland yngre tonåringar. Då var sniffning oftast liktydigt med att man sniffade förtuningsmedel 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 dödsfall inträffar.

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

Enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870), kan tvångsvård beslutas, inte bara på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk, utan även till följd av missbruk av ”annat liknande beroendeframkallande medel”. Det innebär 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 et al 2004) samt av mönstrande 18-åriga män (Guttormsson 2004). Dessa undersökningar beskrivs närmare i metodkapitlet.

I tabell 90 och diagram 39 redovisas andelen elever i årskurs 9 som sniffat någon gång. Frågan har ändrats 1973 och 1983. Vid det senare tillfället gjor-

Sniffningsutvecklingen

des 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 svarmönstret 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, runt 5%. Mellan 1992 och 1999 ökade dock sniffandet och 1999 svarade 12% att de sniffat. Därefter har åter en nedgång ägt rum och motsvarande siffra för 2004 var 7%.

Av tabell 90 framgår även hur många elever som sagt att de fortfarande snifvar. Frågan infördes 1986 och den närmaste tioårsperioden uppgav någon procent detta, men sedan 1995 har andelarna varit en procentenhet högre. Mera regelbunden sniffning hos skoleleverna är alltså ovanlig. Normalt är numera lim/klister den vanligaste typen av sniffningsmedel, därefter kommer bensin och tändargas.

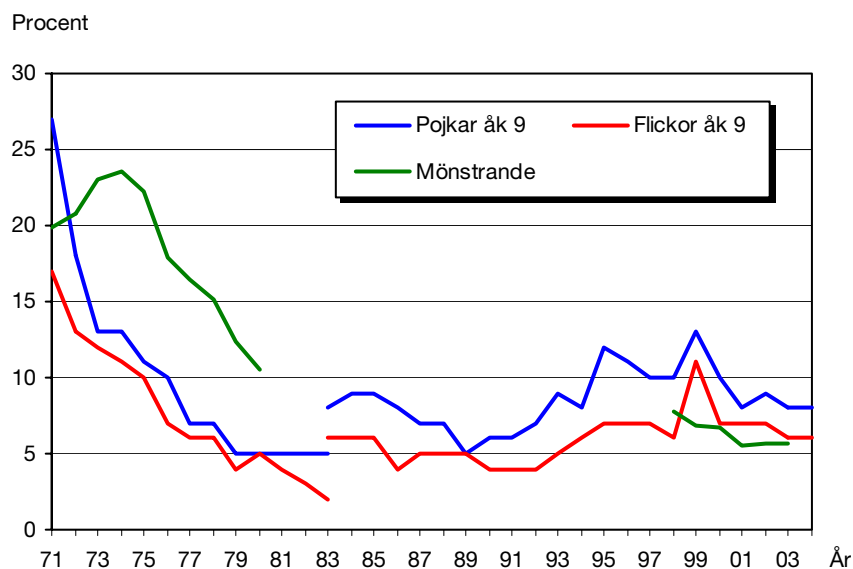


Diagram 39. Andelen elever i årskurs 9 respektive mönstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2004. (Tabellerna 90 och 91)

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de mönstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna sjönk nivåerna relativt kraftigt mot slutet av 1970-talet. Åren 1998–2003 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 i mönstringsformuläret. 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).

Totalt 3% av de 16–24-åriga ungdomarna i riksrepresentativa telefonintervjuer från 1998 respektive 2003 svarade att de sniffat någon gång. Något fler män än kvinnor uppgav detta (Guttormsson et al 2004). 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.

Förutom att de äldre ungdomarna också kan ha glömt eller förtigit sniffningserfarenhet kan de dessutom ha omvärderat handlingen, jämfört med hur de skulle ha rapporterat den i yngre år. Dessutom kan sniffning vara en markör för risk att utveckla kommande problem med droger, kriminalitet och liknande, och därmed hör kanske individer med sniffningserfarenheter till den grupp som senare i livet blir alltmer svårfångade i befolkningsintervjuer.

Vuxna

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

I tabell 29 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 2003 har antalet tvångsvårdade en viss dag minskat från ca 750 till drygt 200. De senaste sex åren har andelen tvångsvårdade där sniffning varit en del av missbruket uppgått till någon enstaka procent, medan motsvarande andel låg runt 3% i tidigare mätningar (Socialstyrelsen 2004 samt tidigare publikationer i serien). Under hela 2003 var det totalt två personer som fick LVM-vård för enbart lösningsmedelsmissbruk, av sammanlagt 920 personer, och i ytterligare fem fall förekom det i kombination med andra droger.

Sniffningsutvecklingen

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 3 och 8 för närmare beskrivningar av undersökningarna). I dessa studier ingick en fråga om missbruk av ”lösningsmedel (thinner, 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 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 lika liten som bland LVM-vårdade.

Regionala skillnader

Tabell 15 visar sniffningserfarenheten hos elever i årskurs 9 åren 2002–2004 fördelade på olika regioner. Enligt denna tabell var sniffningserfarenheter något vanligare i Stockholms län och något mindre vanligt i Norrlandslänen.

Enligt mönstringsundersökningen har sniffningserfarenheten normalt avtagit med minskande befolkningstäthet men 2003 var det knappt någon skillnad mellan storstadsområden och landsbygd. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 18 visar en spridning där vissa län hade väsentligt högre värden. År 2003 återfanns högsta andelen i Jämtlands län (11%) och den lägsta i Kronobergs län och på Gotland (ca 3%). Dessa län har även tidigare år utgjort ytterligheterna vad gäller sniffning bland mönstrande.

I ungdomsintervjuerna (16–24 år) från 2003 gick det inte att finna några specifika skillnader i sniffningserfarenheter 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%). Sysselsättning omfrågades 2003 och erfarenhet av sniffning var vanligast bland dem som vare sig studerade eller arbetade (18%) och minst vanlig bland dem som studerade (5%). Bland mönstrande med åtminstone en utlandsfödd förälder hade 7% sniffat någon gång, jämfört med 5% bland svenskfödda med dito föräldrar år 2001. I 2003 års studie framkom också att sniffningserfarenheter var vanligare bland mönstrande vars båda

föräldrar inte hade högre utbildning än grundskola jämfört med dem som hade högskoleutbildade föräldrar (7 resp 3%).

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

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). Ytterligare en datainsamling gjordes 2003 men den var inte redovisad vid publiceringen av denna rapport.

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 markerats.

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 ökade från 16 till 19% mellan 1991 och 1996, men att den därefter minskat till 13% 2003 (Johnston et al 2004). Värt att notera är att även 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.

Snifningsutvecklingen

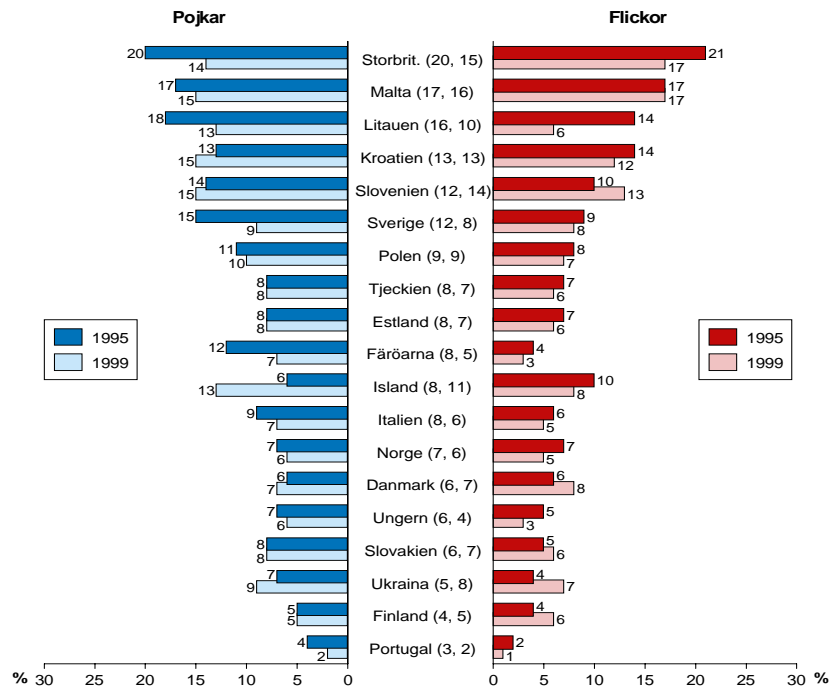
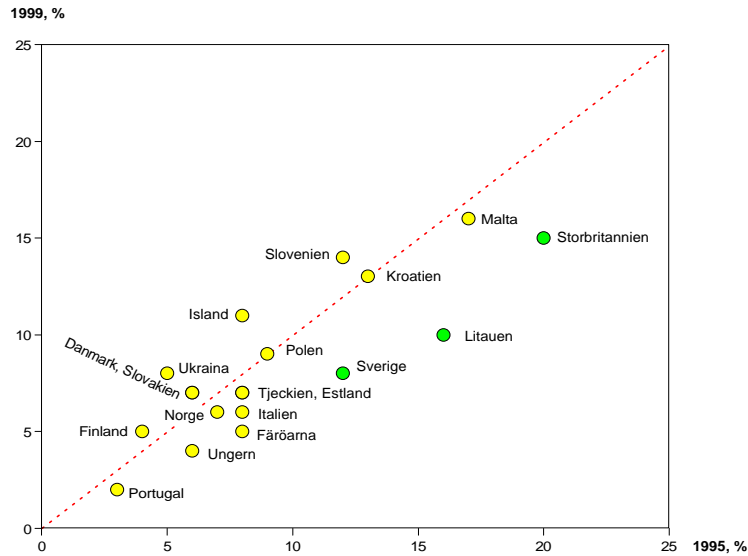


Diagram 40. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999.

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 (2004). *Mönstrandes drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, 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 Pempidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T et al (2004). *Skolelevs drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston et al (2004). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2003*. 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 och 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 (2004). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2003*. Statistik, Socialtjänst 2004:7. Stockholm: Socialstyrelsen.

6. 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), uppstår 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 dopnings-

Dopningsutvecklingen

preparat. Även om vissa fluktuationer förekommit sedan statistiken började föras 1993, och vissa jämförelseproblem över tid också föreligger, så står det klart att 2003 års beslag är de största någonsin.

År 2003 gjorde tull och polis närmare 800 beslag om över 600 000 tabletter och närmare 60 liter injektionsväska. Sedan 1998 är siffrorna fullt jämförbara och med utgångspunkt från detta år har antalet beslag fördubblats medan mängderna sexdubblats.

Jämfört med exempelvis narkotikabrott sägs dopningsbrott ha 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. Att dopningsbrott uppkriminaliserades 1999 förklarar nog delvis den uppgång som varit.

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 564 stycken. Därefter sjönk antalet till runt 300 år 1998 men har sedan ökat till över 600 år 2003.

Sedan 1999 har även antalet misstänkta och lagförda personer mer än fördubblats och 2003 lagfördes 408 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 närmare 50%.

Att kvinnor sällan förekommer i dopningsbrottslighet visas av att endast ca 2% av alla misstänkta för dopningsbrott var kvinnor. Åldersgruppen 20–29 år utgjorde 70% av alla dopningsbrottsmisstänkta. Detta är en ökad andel jämfört med mitten av 1990-talet då den låg runt 50%. År 2003 var 11% av de misstänkta yngre än 20 år (minskning över tid), 14% var 30–39 år och 5% var 40 år eller äldre (tämligen oförändrade värden).

Resultat från olika frågeundersökningar

Omfattning av dopningserfarenheten

Sedan 1993 har frågor om dopningsmedel inkluderats i CANs skolundersökningar (Hvitfeldt 2004), liksom i de riksrepresentativa intervjuundersökningar som genomförs i befolkningen samt sedan 1994 även i mönstringsundersökningarna (Guttormsson 2004). En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i kapitel 8. Några resultat presenteras i korthet nedan.

Erfarenhet av anabola steroider är tämligen ovanlig. Åren 1993–2003 har 1% av pojkarna i årskurs 9 respektive bland mänstrande artonåriga män svarat att de någon gång prövat anabola steroider (tabellerna 95–96). I 2004 års skolundersökning har frågeställningen ändrats, något som delvis kanske förklarar att värdet detta år uppgick till 2% för pojkarna och 1% för flickorna.

Även i riksrepresentativa telefonintervjuer med ungdomar 16–24 år har normalt någon procent av männen uppgett erfarenhet av anabola steroider (tabell 97), liksom de 18–30-åriga männen i dopningsutredningens omfattande telefonintervju från 1995 (Guttormsson et al 2004 samt Utredningen om dopning 1996). Enligt intervjuer med hela 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 mänstringsundersökningarna 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 förväxlats med andra medel (som t ex kosttillskott). Inte i någon av de undersökningar där det av frågeformuleringen klargjorts att tillväxthormon måste injiceras når andelen män med sådan erfarenhet 1%. Vidare är det mycket sällsynt att kvinnor uppger erfarenhet av något hormondopningsmedel.

Det får konstateras att under 1993–2004, 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 5–20 gånger fler pojkar/män som har prövat narkotika.

Regionala skillnader

Av såväl skol- som mänstringsundersökningarna (tabellerna 15 och 18) som vuxen- och ungdomsundersökningarna framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela landet. Enligt skolundersökningen och ungdomsundersökningen är spridningen relativt jämn med avseende på befolkningstäthet.

Enligt mänstringsundersökningarna avtar dock erfarenheten av anabola steroider med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna är det normalt ca två gånger fler som prövat anabola steroider jämfört med glesbygdregionerna. På grund av det stora antalet tillfrågade i mänstringsundersökningen tillåter denna studie dessutom presentation av data på länsnivå (tabell 18). Det framgår att värdena varierade mellan 0,2 och 1,5% och var lägst i Värm-

Dopningsutvecklingen

land, Blekinge samt Västmanland och högst i Gävleborg och Jönköping 2003.

Lokalt på enskilda mindre orter kan 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 1,6% prövat anabola steroider, jämfört med 1,1% bland svenskfödda med utlandsfödda föräldrar och 0,7% bland svenskfödda med svenskfödda föräldrar (2001 års undersökning).

Bland dem som studerade vid mönstringstillfället hade 1% prövat AAS medan motsvarande värden för dem som arbetade var 3% och för dem som inte gjorde någondera hade 4% prövat (2001 års undersökning). Även sett till föräldrarnas utbildning framkom skillnader – 0,4% av dem med högskoleutbildade föräldrar hade prövat anabola steroider jämfört med 1,3% bland dem vars föräldrar hade högst grundskoleutbildning.

Dopning och styrketräning

När 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 mänstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider så pass stor som 75% år 2003. Av bl a gymnasie- och mänstringsundersökningarna 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 uteluter 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 tio. De högsta värdena uppmättes i Polen (6%) och på Cypern (5%). Av de tio 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% 1991–1997 men har därefter ökat till 3–4% (Johnston et al 2004). 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 (2004). *Mönstrandens drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

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

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

Hibell B, 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 et al (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston et al (2004). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2003*. 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.

7. 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

Under 2001 antogs ett direktiv om produktkontroll, märkning m m för tobaksvaror. Det ger medlemsländerna långtgående rättigheter att t ex begära in uppgifter om tillsatser och beståndsdelar i tobaksvaror och tobaksrök. Varningstexterna på cigarettpaketet görs avsevärt större och skall täcka 30 respektive 40% av cigarettpaketets fram- och baksida. I Sverige har direktivet också uppmärksammats för att varningstexten på snus ändras till: ”Denna tobaksprodukt kan skada din hälsa och orsakar beroende.”

I direktivet från behölls förbudet mot snus inom EU (utom Sverige). Förbudet är dock föremål för EG-domstolens prövning. Domstolen förväntas avge sitt utslag i slutet av år 2004.

Under de senaste åren har åter flera skärpningar av tobakslagen skett. Bl a infördes år 2002 ett förbud mot sk indirekt tobaksreklam samt skyldighet för den som säljer tobak att anmäla detta till kommunen, som också gavs rätt att ta ut avgift för sin tillsyn över tobakshandeln. Under 2004 beslutade riksdagen att alla restauranger och andra serveringar skall bli rökfria. Rökning kan dock tillåtas i särskilda rökrum (där ingen servering eller annan verksamhet får äga rum). Förändringen träder i kraft den 1 juni 2005.

Konsumtionsutvecklingen

Tobaksförsäljningen

Data över tobaksförsäljningen i Sverige finns sedan en lång tid tillbaka. Statistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet har i någon mån minskat, särskilt under 1990-talets andra hälft, bland annat på grund av tilltagande smuggling och 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 41 framgår att försäljningen har minskat därefter. Efter den temporärt stora försäljningsnedgången till 800 cigaretter 1997–1998, vilken sammanföll med de höga cigarettpriserna dessa år, har försäljningen återhämtat sig något och legat runt 1 000 cigaretter per person 15 år och äldre perioden 1999–2003. Den nedåtgående trenden i försäljningen tycks därmed åtminstone tillfälligt vara bruten. Annan röktobak (rulltobak, piptobak etc) har dock minskat konstant i försäljning sedan 1970.

Försäljningen av snus minskade 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 en uppgång skett och försäljningen uppgick till drygt 900 gram per person 15 år och äldre 2003, vilket totalt motsvarade 6 762 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 beslag 6 miljoner cigaretter årligen. Sedan 1997 har dock i genomsnitt ca 40 miljoner cigaretter beslagtogs varje år (tabell 99). Siffran för 2003 – 74 miljoner – var ett rekord. Den stora beslagsökningen kom parallellt med skattehöjningen, medan prissänkningen 1998 således inte lett till att beslagen sjunkit. Det kan påpekas att Sverige har använts som transitland av cigarettsmugglare och att tullen uppskattade att 45% av beslagen 2001 exempelvis var ämnade för den engelska marknaden.

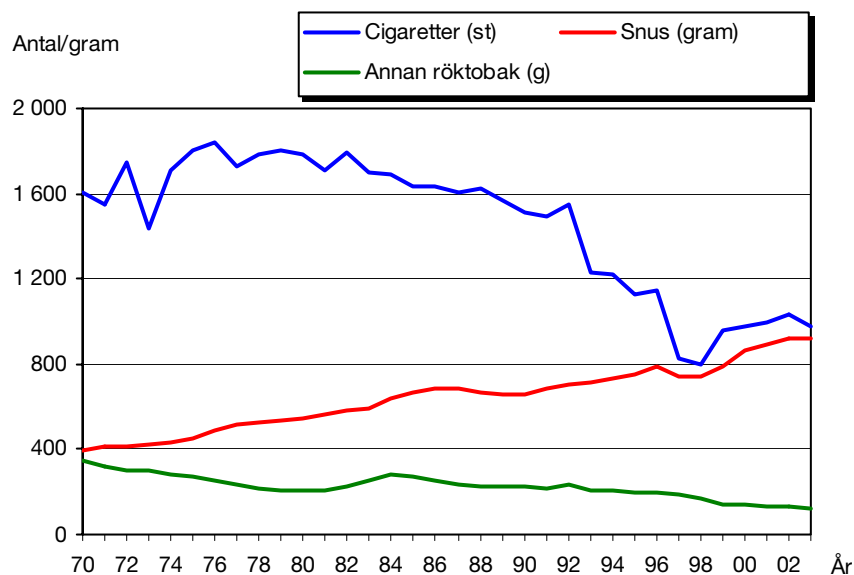


Diagram 41. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktobak) och snus i gram per person 15 år och äldre. 1970–2003. (Tabell 99)

Tobaksutvecklingen

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införda tobaksvaror, såväl taxfreevaror som småskalig smuggling. Enligt Persson uppskattades ca 20% av totalmarknaden av cigaretter våren 1998 komma från taxfreehandeln. Den registrerade försäljningen skulle sammantaget ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettkonsumtionen 1998. Eftersom den var exceptionellt låg detta år och delvis har återtagit den tidigare nivån kan man anta att dagens registrerade försäljning speglar den faktiska konsumtionen 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 8).

Tobakskonsumtion bland ungdomar

Av tabell 100 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare mellan 1971 och 2004 (Hvitfeldt et al 2004). På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 och i högre grad mätte regelbunden rökning mellan dessa årtal är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna).

Uppenbarligen var rökningen mera utbredd 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 2003 svarade 18% av pojkarna och 30% av flickorna att de rökte, nedgångar med 10 respektive 7 procentenheter jämfört med 2004.

Perioden 1983–2004 framgår även hur många elever som rökte varje eller nästan varje dag (tabell 100 och diagram 42). Värdena var återigen högre under 1990-talets första hälft, då ca 14% av pojkarna och 19% av flickorna var dagligrökare, eller närapå dagligrökare. Därefter har en tydlig nedgång skett, i synnerhet för pojkarna, till 5 respektive 13%. Detta är de lägsta värdena för dagligrökning som uppmätts i skolundersökningarna.

Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna, dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar. Ser man till den totala andelen tobakskonsumenter minskar könsskillnaderna. Under hela 1990-talet har andelen tobakskonsumenter varit i det närmaste likartad bland flickor och pojkar. År 2004 var det 29% av eleverna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

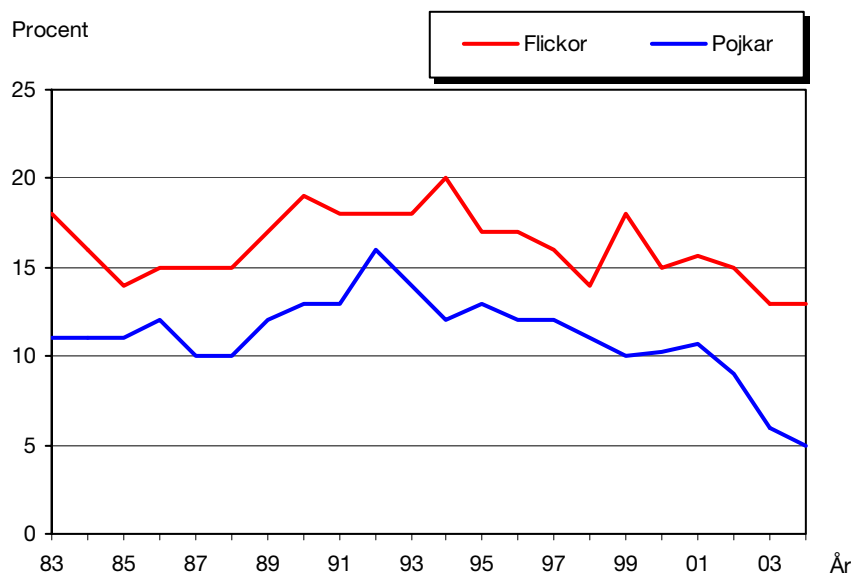


Diagram 42. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2004. (Tabell 100)

Även snusfrågan ändrades 1983 och 1997, varför tidsserien är något svårtolkad också i detta fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt av tabell 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 2004 svarade 21% av pojkarna och 8% av flickorna att de snusade. För pojkarnas del innebär det att andelen snusare åter är densamma som 1997, efter en tillfällig uppgång däremellan. Andelen snusande flickor har däremot ökat mer eller mindre konstant sedan detta år (från 3%).

År 2000 infördes frågor om rökning och snusning i drogvaneenkäten som ges till alla mönstrande artonåringar (Guttormsson 2004). Liksom föregående år var det 2003 totalt 44% som använde tobak i någon av dessa former. Drygt 25% rökte, varav 36% rökte dagligen. Dagligrökarna uppskattade sin genomsnittliga konsumtion till 13 cigaretter per dag.

Snusning uppgavs av 34%, varav närmare tre fjärdedelar snusade varje dag. Grupperna överlappade delvis varandra då 15% både rökte och snusade. Under de fyra år dessa frågor ställts till de mönstrande finner man att rökning minskat något medan snusning ökat.

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).

Då var rökningen mest utbredd i de yngsta åldersgrupperna, vilket var särskilt märkbart bland kvinnor. En prognos då skulle ha pekat på en förestående ökning av andelen rökare i befolkningen då äldre generationer med låga andelar rökare successivt ersattes av nya generationer där rökningen var mer utbredd. Så blev det dock inte. Visserligen fortsatte rökningen att öka bland kvinnorna, sannolikt till slutet av 1970-talet, men bland männen kunde en minskning skönjas redan i 1970-talets början.

År 1980 var andelen dagligrökare i befolkningen (16–84 år) 36% bland männen och 29% bland kvinnorna enligt SCBs ULF-undersökning (tabell 101 och diagram 43). Därefter har rökningen minskat kontinuerligt såväl bland män som bland kvinnor, men minskningen har varit störst för 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 flertalet åldersgrupper, men har varit störst bland de yngre. De yngre fortsätter även att minska under 2000-talet, vilket inte gäller äldre personer i samma utsträckning. I Folkhälsorapport 2001 konstaterades att nedgången i dagligrökning beror på att en stor andel rökare slutar samtidigt som färre också börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

År 2003 svarade 17% av männen och 18% av kvinnorna att de rökte och i yngsta åldersgruppen (16–24 år) var andelarna 10 respektive 16%. Största andelen rökare återfanns i åldersgruppen 45–64 år (23 respektive 24%). Vad beträffar männens nedgången kan det konstateras att denna avstannat sedan 1997 och att andelen rökare bland männen legat runt 17% sedan dess.

Snusning är fortfarande en utpräglat manlig vana. Enligt ULF-undersökningarna snusade 17% av männen 1980/81. Andelen var 21% 1988/89 och 25% 1996/97 (i senaste mätningen var 20% dagligsnusare). Bland kvinnor har andelen snusare hela tiden varit så gott som obefintlig enligt dessa undersökningar (1–2%) och 1996/97 snusade 1% dagligen.

Enligt nationella folkhälsoenkäten (bland 18–84-åringar) var 22% av männen och 3% av kvinnorna dagligsnusare 2004. Samma undersökning fann att 14% av männen och 19% av kvinnorna var dagligrökare (Boström och Nykvist 2004). Båda vuxenstudierna visade att snusning var vanligast bland 25–44-åringar.

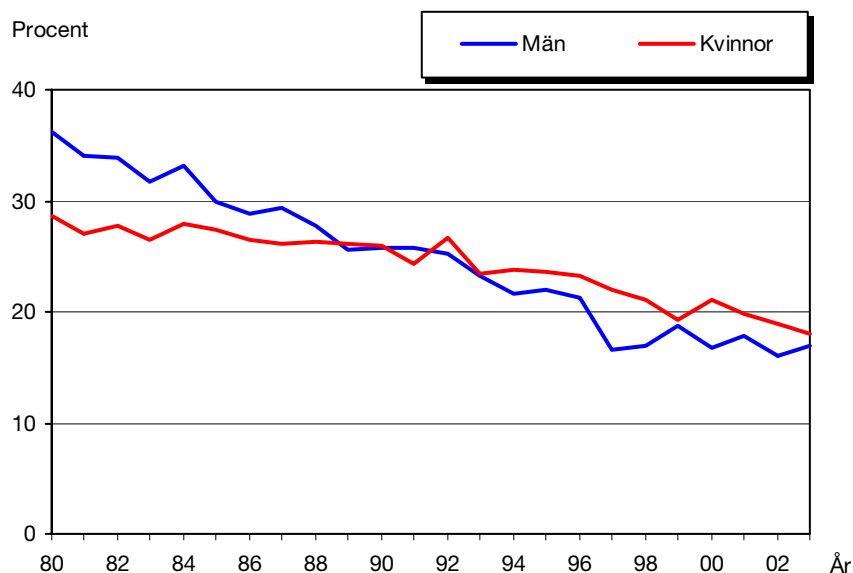


Diagram 43. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (16–84 år). 1980–2003. (Tabell 101)

Regionala skillnader

Enligt undersökningarna i årskurs 9 från 2002–2004 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till olika regioner, möjligen med undantag av något lägre värden för pojkarna i norra Sverige (tabell 15). Bland de äldre pojkarna i de mera detaljerade mönstringsundersökningarna var andelen rökare högst i storstadsområden (30%) och lägst i landsbygdsområden (23%).

Detta syns också i tabell 18 där de tre storstadslänen ligger över medelvärdet. Högst andel rökare återfanns dock bland män från Västerbotten och Norrbotten (29%), vilket kan tyckas märkligt relaterat till skolundersökningen.

SCBs ULF-undersökningar har slagits samman för åren 1998–2002 för att generera ett tillräckligt stort dataunderlag för nedbrytningar på länsnivå, även om det i några fall är så att resultaten fortfarande är osäkra på låga baser (Statens folkhälsoinstitut 2004). Enligt denna redovisning var det statistiskt säkerställt att män i Dalarna, Västmanland och Uppsala var dagligrökare i mindre utsträckning jämfört med män i hela riket. Dagligrökande kvinnor var ovanligast i Jämtland och Västerbotten och flest i Västmanland. En H-regionindelning av ULF-undersökningen visar att rökning i vuxna befolkningen är minst vanlig i (norra) glesbygden.

Tobaksutvecklingen

Ser man till snusvanorna finner man att den tydligaste skillnaden mellan skoleleverna är att dubbelt så många flickor i nordligare län snusar, jämfört med flickor från andra regioner. För pojkarna var skillnaderna relativt små (tabell 15). Bland mönstrande män var snusning vanligare i landsbygdsområden jämfört med storstadsområden och allra vanligast i Gävleborgs, Jämtlands och Västerbottens län, där minst 38% snusade (tabell 18). Örebro och Skåne var de län där lägst andelar snusade.

Sociala faktorer

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla socialgrupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i mera välsituerade grupper. Särskilt bland kvinnor var detta tydligt då arbetarklassens kvinnor knappast rökte alls på 1940-talet. Numera är förhållandena omvända. I ett längre perspektiv har således rökningen minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper. Perioden 1980–1999 har dock rökningen minskat även bland arbetare, även om skillnaderna alltså består (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

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.

Folkhälsoenkäten bland 18–84-åringar som genomfördes 2004 visade att den sociala gradienten för daglig rökning är tydlig, det var vanligare bland arbetare, bland ekonomiskt utsatta och bland låginkomsttagare att röka dagligen. Skillnaden med avseende på ekonomiska variabler var inte lika stora sett till snusning. Bland män var det vanligare att arbetare snusade jämfört med tjänstemän, men bland kvinnor fanns inga sådana skillnader.

I mönstringsundersökningen från 2001 var det vanligare att personer med utländsk bakgrund rökte, jämfört med svenskfödda med svenskfödda föräldrar (32 respektive 26%). Med snusning förhöll det sig tvärtom, då 29 respektive 34% uppgav detta. Enligt 2003 års rapport var rökning också vanligare bland mönstrande med lågutbildade föräldrar samt bland mönstrande som inte studerade vid mönstringstillfället, och dessa samband gick igen också för snusning.

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 24% bland rökarna och 6% bland icke-rökarna år 2004.

Andelen som trivdes dåligt i skolan uppgick till 10% i den förstnämnda gruppen och 5% i den sistnämnda.

Tretton procent av dem som trivdes bra i skolan snusade, mot 22% av dem som trivdes dåligt. Snusning var också vanligare hos dem som skolkade två gånger i månaden eller oftare jämfört med dem som aldrig skolkade (34 jämfört med 8%).

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 röningsrelaterade 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 röningsrelaterade dödligheten i övrigt, med utgångspunkt från data i stora epidemiologiska studier. Metoden innebär sannolikt en underskattning av antalet röningsrelaterade 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.

Enligt Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2001) orsakas runt 85% av lungcancerfallen i Sverige av rökning. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och efter 1985 kan man se en tydlig minskning av lungcancerfall bland män. År 2002 uppgick de åldersstandardiserade värdena – med 2000 års befolkning – till 39 fall per 100 000 invånare (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2003). Motsvarande siffra var 25 för 1960 och 54 för 1981.

För kvinnorna har dock lungcancerfallen ökat kontinuerligt sedan början av 1960-talet, från 6 år 1960 till 26 år 2002. Någon direkt minskning kan ännu inte skönjas. Samtidigt är lungcancer alltså fortfarande vanligare bland män än bland kvinnor. Tittar man enbart på personer under 55 år så finner man emellertid att sedan 1993 är lungcancerfallen något fler bland kvinnor än bland män.

Tobaksutvecklingen

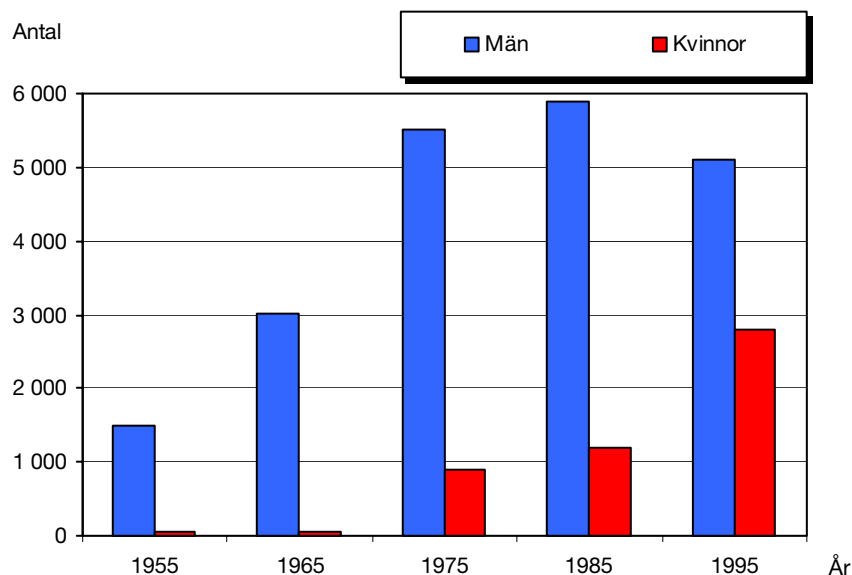


Diagram 44. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.

Källa: WHO

En beräkning av antalet rökingsrelaterade dödsfall för åren 1990–2000 gjord av Statens folkhälsoinstitut, med utgångspunkt från dödsorsaksregistret, visade att dessa minskade under perioden, från totalt cirka 7 400 till 6 400. Det är dock enbart bland männen som en minskning skett, från 243 till 178 dödsfall per 100 000 invånare i åldern 35–84 år. Dödsfallen bland kvinnorna hade tvärtom ökat något, från 85 till 94 fall (Statens folkhälsoinstitut 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). Ytterligare en datainsamling gjordes 2003 men den var inte redovisad vid publiceringen av denna rapport.

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 på grund av att frågeformuleringar och deltagande länder delvis skiljer sig åt.

Frågor om man rökt cigaretter under senaste 30 dagarna före undersökningen har ställts till elever i 12th grade (motsvarande gymnasiets årskurs 2) alltsedan 1975 i USA. År 1976 svarade 39% att de rökt senaste 30 dagarna (Johnston et al 2004). Andelen föll därefter, men steg mellan 1992 och 1997, från 28 till 36%. Därefter har andelen sjunkit till 24% år 2003 och trenden i USA under 1990-talet är således likartad den som iakttagits i Sverige bland eleverna i årskurs 9.

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

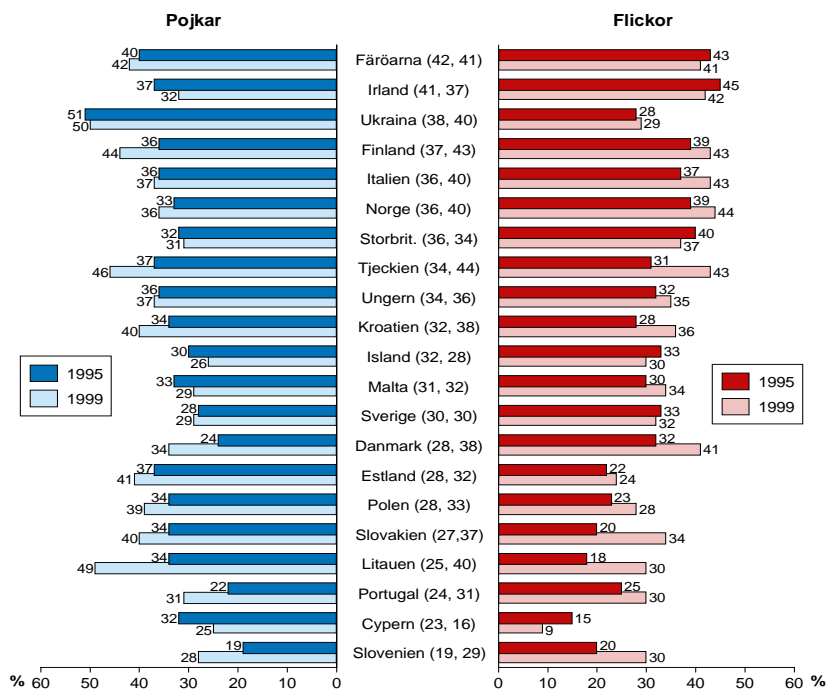
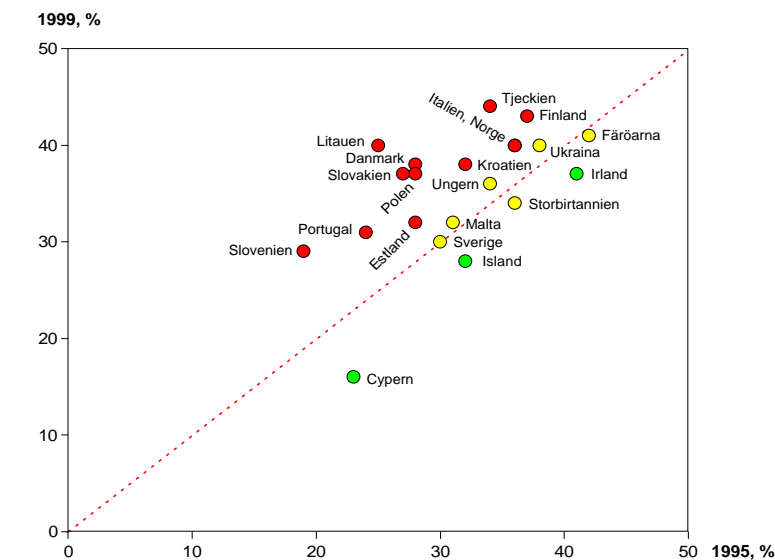


Diagram 45. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

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

Källa: Hibell et al (2000)

Referenser

- Boström G och Nykvist K (2004). *Heta data – en första redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.
- Currie C et al (red) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:2.
- Guttormsson U (2004). *Mönstrandens drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. 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 et al (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston et al (2004). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2003*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Loewe W (1990). *Petum optimum*. Borås: NORMA Bokförlag AB.
- Magnusson S och Nordgren P (1994). *Om tobak. Bakgrund och kommentar till tobakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Persson LGW (1999). *Kontrollnivå och lönsamhet vid organiserad cigarettsmuggling*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Peto R et al (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: WHO and Imperial Cancer Research Fund. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1986:9.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2003). *Cancer Incidence in Sweden 2002*. Statistics, Health and Diseases 2003:11. Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- SOU 1990:29. *Tobakslag: betänkande av Tobaksutredningen*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Minskat bruk av tobak – var står vi idag? Del av folkhälsomål 11. Statistik september 2004*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2003). *Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta?* www.fhi.se

8. 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.

Ibland används uppgifter om själva preparaten, t ex narkotikabeslag, apoteksinleveranser eller försäljningen av alkoholdrycker. 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 tidigare inte varit lika självklart att skilja mellan den legala missbruksdefinitionen och den mera skadeorienterade. Naturligtvis kommer man fram till helt andra uppskattningar av antalet narkotikamissbrukare om man räknar med varje person som någon gång under det senaste året använt något narkotiskt medel jämfört med dem som använder 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.

De datainsamlingsmetoder som förekommer 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.

Resultaten beskriver mer eller mindre väl den verklighet som undersökningarna syftar till att beskriva. Genomförs undersökningen på ett urval – vilket är regel snarare än undantag – kan fel uppkomma just på grund av att det rör sig om ett urval. Det är ju inte säkert att personerna 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 är utvalda att ingå i undersökningen inte deltar, antingen på grund av att de inte går att få tag på eller på grund av att de vägrar att vara med.

Det är inte heller säkert att frågorna blir rätt besvarade beroende på lässvårigheter, på att de varit oklart formulerade, på att de som svarar glömt, eller beroende på att han eller hon helt enkelt inte vill tala om hur det förhöll sig. Man brukar i sådana fall tala om ”mätfel”. I det följande diskuteras olika felkällor mera utförligt.

Urvalsfel

Frågeundersökningar genomförs sällan som totalundersökningar. Undantag utgörs exempelvis av mönstringsundersökningen och en del undersökningar av mindre grupper, t ex av eleverna i årskurs nio i någon viss kommun eller av klienter vid någon vårdinstitution. Den främsta orsaken till att totalundersökningar sällan genomförs är att de kräver 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 skall gå att generalisera till hela populationen, d v s vara giltiga för den del av befolkningen från vilken urvalet har dragits, måste urvalet göras enligt bestämda regler. Generaliseringar till populationen är i princip endast tillåtna när någon typ av slumpmässigt urvalsförfarande har använts. Ett slumpmässigt urval karakteriseras av att varje individ i populationen har chans att komma med i urvalet. Chansen be-

Metodproblem och tillförlitlighet

höver 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, 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 alla elever inte är i skolan på undersökningdagen, 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 normalt större i bortfallet än bland dem som deltagit. Även om bortfallet är litet uppkommer 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.

Om bortfallet inte är alltför stort och det man vill mäta inte är alltför ovanligt så behöver inte bortfallet förrycka resultaten alltför mycket. Man har t ex i efterhand intervjuat frånvarande elever i skolundersökningar och kompletterat undersökningen med deras svar. Även om drogvanorna många gånger var mer omfattande bland frånvarande elever så påverkas normalt inte totalresultatet i någon avgörande omfattning eftersom de är förhållandevis få (Andersson och Hibell 1993).

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 brott, sexuella vanor, psykiska sjukdomar eller åsikter som av 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 så-

Metodproblem och tillförlitlighet

dana 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 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

Nedan följer ett antal kortfattade beskrivningar av de undersökningar som återkommer så pass ofta i denna rapport att de förtjänar att kommenteras lite närmare.

Skolundersökningarna

Skolundersökningarna genomförs regelbundet 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 5 500 elever i årskurs 9 medverkat årligen och bortfallet har uppgått till ca 10–15 procent (Hvitfeldt et al 2004).

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 avgörande fall framgår detta av text och tabeller.

I en tabell redovisas treårsmedelvärden fördelade på regioner. Dessa regioner är, förutom de särredovisade storstadslänen, en indelning av landet i tre större enheter. Södra Sverige utgörs av Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Halland. Mellersta Sverige är en sammansättning av Uppsala, Södermanland, Östergötland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg. Norra Sverige slutligen består av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

ESPAD – The European School Survey on Alcohol and Other Drugs

År 1995 genomfördes en undersökning av skolungdomars alkohol- och drogvanor i 26 europeiska länder. En långtgående standardisering av såväl datainsamlingsmetodik som målgruppens ålder gjorde det möjligt att för första gången jämföra ungdomarnas drogvanor i de deltagande länderna. Projektet startades och leds av CAN, i samarbete med Europarådets Pempidougrupp.

Metodproblem och tillförlitlighet

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolelever som fyller 16 det år de besvarar enkäten. Urvalen har gjorts slumpmässigt i varje land (oftast klasser, i något enstaka fall utgjorde skolor urvalsenhet) inom de årskurser som hade elever i den aktuella åldersgruppen. Eleverna besvarar anonymt likadana frågeformulär översatta till respektive språk. Resultatredovisningen sker i standardiserad form och skickas till CAN för att sammanställas i övergripande rapporter (Hibell et al 2000).

Ett viktigt mål är att upprepa datainsamlingen med jämna mellanrum för att på så vis kunna följa utvecklingen över tid, såväl inom som mellan länderna, och våren 1999 respektive våren 2003 genomfördes ytterligare datainsamlingar. Resultaten från den senaste undersökningen är ännu inte publicerade.

Mönstringsundersökningarna

Mönstringsundersökningarna är årliga undersökningar av alla som infinner sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor. Detta gör samtliga män som fyller 18 år under det aktuella kalenderåret, med undantag för de som saknar svenskt medborgarskap, liksom personer som med läkarintyg kan styrka att de saknar möjlighet att göra någon form av totalförsvarsplikt (Guttormsson 2004). Även ett litet antal frivilliga kvinnor mönstrar och sedan 2000 har deras svar exkluderats ur redovisningarna, eftersom de ökade något i antal detta år.

Studien genomförs sedan 1970 med anonyma gruppenkäter vilka besvaras enskilt och därefter läggs i svarsåldor av respondenterna. Numera mönstrar årligen 40–50 000 personer och hittills har närmare 1,4 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. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall.

Under senare år har bortfallet legat närmare 15%. Detta är något högre 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 drogvanekätens resultat. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningarna

Ungdomsundersökningarna har genomförts mer eller mindre kontinuerligt sedan 1970-talets slut. Undersökningen görs på ett urval i åldern 16–24 år (tidigare 12–24 år). Urvalsstorleken har varierat något under åren och uppgick till ca 1 500 ungdomar, i 1996 och 1998 års undersökningar intervjuades ca 2 000 ungdomar, och 2003 genomfördes 3 000 intervjuer. Bortfallet har varierat och uppgick till 28% i senaste undersökningen.

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

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a byten av opinionsinstitut och en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1994 års undersökning, samt en del frågeförändringar år 2004, försvåras möjligheten att göra jämförelser över tid. Ytterligare en reservation är det ringa antalet intervjuade i TEMOs del av 1994 års undersökning (n=500) vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet det året.

Vuxenundersökningarna

Allmänhetens (15/16–75 år) drogvanor har studerats sedan början av 1980-talet. Till och med 1990 genomfördes undersökningsserien av SIFO, men från och med 1992 av TEMO. Personerna i urvalet intervjuas vid hembesök.

Under perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då endast 500 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 gruppen. När man däremot studerar undergrupper i materialet, t ex ett snävare åldersintervall, blir skattningarna genast mer osäkra. Vissa av resultaten från dessa undersökningar redovisas som glidande medelvärden för att motverka tvära kast i tidsserierna. I praktiken innebär detta att ett redovisat värde för t ex 1994, utgörs av medelvärdet för 1993, 1994 och 1995. Studien från 2000 är den sista som genomförts i denna serie.

Nationella folkhälsoenkäten

Våren 2004 genomförde Statens folkhälsoinstitut den första nationella enkäten om folkhälsa – *Hälsa på lika villkor*. Enkäten postades med hjälp av SCB till 20 000 slumpmässigt utvalda personer och 61% av dessa besvarade frågorna (Boström och Nykvist 2004).

Undersökningen är ett fortlöpande samarbetsprojekt mellan Statens folkhälsoinstitut och Sveriges landsting/regioner. Ytterligare 34 000 personer i Gävleborg, Dalarna, Kronoberg, Västra Götaland, Halland och på Gotland tilländades enkäten. I denna rapport används dock bara resultaten från riksundersökningen.

SoRADs månadsmätningar

Sedan juni 2000 genomför Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol och Drogforskning (SoRAD) s k månadsmätningar, vilka syftar till att mäta den totala alkoholkonsumtionen i Sverige inkluderande oregistrerad konsumtion.

På uppdrag genomför TEMO vid varje månadsskifte 1 500 telefonintervjuer i Sveriges vuxna befolkning (16–80 år). Frågorna rör resandeförsel, smuggling och hemtillverkning av alkoholdrycker och avser den senaste 30-dagarsperioden (SOU 2004:86).

Genom att kombinera uppgifter om den i Sverige registrerade alkoholkonsumtionen (försäljningen) med svaren i månadsmätningarna kan skattningar av den totala alkoholkonsumtionen göras. Det bör påpekas att uppgifterna om oregistrerad alkoholkonsumtion är just skattningar av de olika delmängderna, eftersom det finns olika metodologiska problem förknippade med självrapporterade svar uppgivna i frågeundersökningar. Mätningarna har dock genomförts på samma sätt i fyra år och ger sannolikt en bra bild av utvecklingen av de olika mängderna oregistrerad alkohol.

ECAS – European Comparative Alcohol Study

I föreliggande rapport hämtas några internationella data från den s k ECAS-studien varför det kan vara relevant att beskriva uppläggningsmetoder 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.

Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF)

När det gäller beskrivningen av tobaksvanor i befolkningen märks främst Statistiska Centralbyråns regelbundna undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden som har genomförts sedan mitten av 1970-talet. Undersökningen innehåller varje år grundläggande frågor om rökvanor. Vissa år görs dessutom fördjupningar på några olika områden. Åren 1980–1981, 1988–1989 och 1996–1997 gjordes fördjupade studier på hälsoområdet och då ingick också snusfrågor.

De resultat som används i denna rapport är ettårsvärden, till skillnad från en del redovisningar där tvåårsmedelvärden redovisas. Undersökningarna genomförs som besöksintervjuer i ett slumpmässigt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Nettourvalet uppgår till runt 7 500 personer årligen och bortfallet har ökat något sedan mitten på 1980-talet och uppgick till 24% 2003.

UNO- och MAX-undersökningarna

Vid tre tillfällen har det genomförts nationella sk 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

Metodproblem och tillförlitlighet

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

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

och s som proportionen märkta individer i den andra fångsten. Om vi sätter in \hat{p} i stället för p i (1) och förenklar uttrycket så får vi som skattning av M :

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

Förutsättningarna för att metoden skall fungera i denna form är a) att populationen är sluten (inga individer får tillkomma eller försvinna mellan mätstillfällena) b) att fångsterna innebär ett slumpmässigt urval av alla individer c) att alla individer har samma sannolikhet att infångas d) att sannolikheten är större än 0 e) samt att ett oberoende råder mellan fångstillfällena (fångst vid första tillfället får inte påverka sannolikheten att individen fångas en andra gång).

Det har noterats att det i denna typ av undersökningar inte är realistiskt att anta att insamlingssystemen är oberoende. Systemen representerar här olika fångstillfällen. Detta leder troligen till en underskattning av antalet. Ett annat antagande för capture-recapture metoden är att urvalet till undersökningen i någon mening är slumpmässigt. Inte heller på denna punkt uppfyller undersökningarna från 1992 och 1998 kraven (1979 var en totalundersökning).

Under senare år har metodiken för analys av den här typen av data utvecklats påtagligt och metodiken för log-linjära modeller får sägas innebära ett ge-

nombrott. Man kan nu hantera ett beroende mellan datakällorna, och man kan även tillåta att olika individer har olika sannolikhet att registreras. Sammanfattningsvis kan man konstatera att flera av de problem som förknippas med case-finding metodik numera går att hantera. Det är också bakgrunden till att datamängderna för 1979 och 1992 har återanalyserats (Olsson 2000).

Indikatorer på bruk och missbruk

Missbruk av 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 följdtilstånd, t ex alkoholpsykos eller hepatit. Andra exempel är dödsfall till följd av levercirrhos eller överdos av heroin. Missbrukaren kan också bli känd av polis eller domstolar, såväl på grund av brott mot narkotikalagarna som på grund av andra brott.

Det finns också data som inte är individrelaterade men som ändå kan antas ha ett samband med antalet missbrukare, t ex alkoholförsäljningen eller narkotikabeslagens omfattning.

Sådana uppgifter har på grund av deras samband med missbruket använts som mått på detta, d v s som så kallade indikatorer. Vissa försök har gjorts att med sådana uppgifter som grund beräkna antalet missbrukare. Vanligast är dock att indikatorerna tas som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen. De svårigheter och den osäkerhet som detta tillvägagångssätt innebär har främst att göra med att indikatorerna också påverkas av andra faktorer än utvecklingen av missbruket.

De speciella förhållanden som kan antas inverka på olika data som redovisas i rapporten tas upp i respektive avsnitt. 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.

Metodproblem och tillförlitlighet

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 göras med hänsynstagande till eventuella organisatoriska och resursmässiga förändringar, samtidigt som förändringar i själva statistikproduktionen kan ha betydelse.

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 alkoholkonsumtionen tillmätas stor vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholkonsumtionen och vissa alkoholrelaterade skador är starkt. När det gäller t ex narkotikabeslagen kan antalet beslag antas vara en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna kvantiteterna. Variationer i mängden beslagtagna 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.

Referenser

- Andersson B, Hibell B (1993). *Skolelevers drogvanor 1993*. Rapportserie nr 36. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Boström G och Nykvist K (2004). *Heta data – en första redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se.
- Guttormsson U (2004). *Mönstrandens drogvanor 2003*. Rapportserie nr 78. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Andersson A och Hibell B (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. Rapportserie nr 75. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, 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 et al (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Under arbete. Rapportserie nr 84. 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 U (2000): *Estimation of the number of drug addicts in Sweden – an application of capture-recapture methodology*. Swedish University of Agricultural Sciences, Department of Biometry and Informatics, Report 55.
- SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av alkoholförselutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1994:28 (1994). *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.

Tabeller

Inledande tabellkommentarer

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

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

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

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

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion (tabellerna 1–10)

En viss försiktighet bör iakttagas vid tolkningen av siffrorna i tabellerna 1–4 som beskriver utvecklingen av statistikförd alkoholförsäljning, eftersom andelen oregistrerad alkoholkonsumtion 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 inte särredovisas i tabell 2. Dessa dryckers bidrag till alkoholkonsumtionen kan återfinnas registrerat under såväl sprit- som vin- och maltdryckskategorierna, beroende på vilken alkoholbas som använts. Av utrymmesskäl har åren 1946-1957 utgått och dessa siffror återfinns i äldre utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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 utrymmesskäl 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 före 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 utveckling samt några ekonomiska aspekter av alkoholhanteringen. För prisindexutvecklingen i tabell 8 bör noteras att Systembolaget bytt utgångsår och beräkningssätt, varför data skiljer sig jämfört med tidigare redovisningar.

I tabell 9 redovisas uppskattningar av den totala alkoholkonsumtionen inklusive oregistrerad konsumtion. Beräkningarna har delvis olika noggrannhet och något annorlunda beräkningsgrunder, men samtidigt är inte dessa problem större än att siffrorna kan jämföras över tid, vilket gör denna tidsserie unik.

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. 1958–2003. (Diagram 2 och 13)

År	Spritdrycker		Vin		Starköl	
	Liter	%	Liter	%	Liter	%
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
2003	1,3	19	2,9	41	2,0	29

Källa: Statens folkhälsoinstitut. För äldre uppgifter se tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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. 1958–2003. (Diagram 2, 13 och 14)

År	Mellanöl		Folköl		Totalt		Index
	Liter	%	Liter	%	Liter	%	1985=100
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
2003	.		0,8	11	7,0	100	115

Källa: Statens folkhälsoinstitut. För äldre uppgifter se tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

Tabell 3. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl ^{a)} i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1987–2003 ^{b)}.

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
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
2003	6,3	5,1	5,5	4,6	3,4	3,7	4,8	7,1	3,7	3,3	4,0

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrland	Hela landet
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
2003	5,0	7,3	4,5	5,1	5,3	5,2	5,4	7,5	5,4	5,6	5,1

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. 1993–2003 ^{b)}.

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Öster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Skåne	Halland
Spritdrycker											
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
2003	1,2	1,0	1,2	1,0	0,9	1,1	1,3	1,6	1,1	0,8	1,0
Vin											
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
2003	3,6	2,7	2,7	2,2	1,4	1,6	2,0	3,4	1,6	1,8	2,1
Starköl											
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
2003	1,5	1,3	1,5	1,3	1,1	1,0	1,4	2,0	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. 1993–2003 ^{b)}.

År	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrbottnen	Hela Landet
Spritdrycker											
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
2003	1,1	1,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,4	2,1	1,3	1,3	1,1
Vin											
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
2003	2,6	3,2	2,0	2,4	2,4	2,3	2,5	3,3	2,4	2,3	2,6
Starköl											
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
2003	1,3	2,1	1,5	1,5	1,7	1,6	1,6	2,2	1,7	2,0	1,4

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. 1977–2003.

År	Spritdrycker %	Vin %	Starköl %	Totalt (räknat som del av alkohol 100%)
1977	3	6	24	5
1978	3	7	22	6
1979	3	7	22	6
1980	3	7	24	7
1981	3	7	25	7
1982	3	8	24	8
1983	3	8	25	8
1984	3	8	25	9
1985	3	8	27	9
1986	4	9	28	10
1987	3	8	29	10
1988	4	8	33	12
1989	4	8	34	13
1990	4	7	35	13
1991	4	6	37	12
1992	4	6	41	14
1993	4	6	44	15
1994	5	7	45	17
1995	6	8	46	18
1996	7	10	46	20
1997	7	12	44	20
1998	8	12	43	20
1999	9	12	41	21
2000	10	11	37	17
2001	14	13	35	19
2002	14	13	34	18
2003	12	14	32	18

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 6. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera spritdrycker, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd till slutna sällskap. 1977–2003. ^{a)} (Diagram 3)

År	Till allmänheten					Till slutna sällskap	Summa totalt
	Sprit-drycker	Vin	Starköl	Övriga	Summa till allmänheten		
1977	1 527	863	64	69	2 523	486	3 009
1978	1 614	938	63	86	2 701	827	3 528
1979	1 684	983	56	89	2 812	917	3 729
1980	1 739	991	56	100	2 886	968	3 854
1981	1 768	1 013	56	109	2 946	995	3 941
1982	1 850	1 064	49	117	3 080	1 007	4 087
1983	1 966	1 103	51	135	3 255	1 030	4 285
1984	2 161	1 191	57	116	3 525	1 123	4 648
1985	2 460	1 215	57	142	3 874	1 204	5 078
1986	2 712	1 225	53	154	4 144	1 265	5 409
1987	2 943	1 292	58	166	4 459	1 377	5 836
1988	3 124	1 328	56	184	4 692	1 477	6 169
1989	3 463	1 415	61	208	5 147	1 601	6 748
1990	3 729	1 492	63	244	5 528	1 692	7 220
1991	4 005	1 612	65	263	5 945	1 812	7 757
1992	4 345	1 735	75	282	6 437	1 844	8 281
1993	4 758	1 825	87	286	6 956	1 894	8 850
1994	5 143	1 934	105	296	7 478	1 918	9 396
1995	5 812	1 937	86	286	8 121	2 021	10 142
1996	..	..	..	..	..	..	..
1997	6 532	1 760	78	266	8 636	1 871	10 507
1998	7 067	1 614	74	273	9 028	1 851	10 879
1999	7 371	1 447	46	281	9 145	1 855	11 000
2000	7 960	1 341	42	288	9 631	1 866	11 497
2001	8 090	1 269	42	289	9 690	1 861	11 551
2002	8 502	1 240	49	271	10 062	1 897	11 959
2003	8 707	1 188	49	267	10 211	1 879	12 090

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 7. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1986–2002.

År		Sprit	Vin	Öl	Summa	Totalt
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	31 712
	R	2 670	2 367	5 318	10 355	
	R %	26%	19%	57%	33%	
2001	S	7 680	10 310	4 389	22 379	32 379
	R	2 628	2 325	5 047	10 000	
	R %	25%	18%	53%	31%	
2002	S	7 708	10 828	4 843	23 379	33 749
	R	2 694	2 422	5 254	10 370	
	R %	26%	18%	52%	31%	

Källa: Statens folkhälsoinstitut. (För äldre uppgifter se tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.)

Tabell 8. Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. December 1984–december 2003. Index 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
2003	96	97	87

Källa: Systembolaget.

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

Tabell 9. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver, fördelad på registrerad försäljning samt legal respektive illegal oregistrerad konsumtion. 1976–2003. (Diagram 4)

År	Registrerad försäljning	Oregistrerad konsumtion			Total konsumtion	Andel oregistrerad (%)
		Legal	Illegal	Totalt		
1976	7,7	.	.	1,1	8,8	12
1978	7,0	.	.	1,1	8,1	14
1989	6,5	0,8	0,3	1,2	7,7	16
1990	6,4	1,1	0,3	1,4	7,8	18
1991	6,2	.	.	.	.	.
1992	6,3	.	.	.	.	.
1993	6,2	0,9	0,6	1,5	7,7	19
1994	6,3	1,0	0,5	1,5	7,8	19
1995	6,2	1,0	0,6	1,6	7,8	21
1996	6,0	1,3	0,7	2,1	8,0	26
1997	5,9	1,7	0,5	2,2	8,2	27
1998	5,8	1,7	0,5	2,2	8,1	28
1999	6,1	.	.	.	.	.
2000	6,2	1,5	0,4	2,2	8,4	26
2001	6,5	2,0	0,6	2,6	9,1	29
2002	6,9	2,3	0,7	3,0	9,9	30
2003	7,0	2,5	0,8	3,3	10,3	32

Källor: Kühlhorn et al (2000), Leifman och Gustavsson (2003) samt SOU 2004:86.

Tabell 10. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2003, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 5)

Dryckestyp och ursprung	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsumtionen (%)	Liter alkohol 100%
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	44	11	
Resandeförsel	37	9	
Smugglade	7	2	
Restaurangförsäljning	6	2	
Hembrända	6	1	
Summa	100	25	2,6
Vin			
Systembolagets försäljning	64	25	
Resandeförsel	19	7	
Restaurangförsäljning	9	3	
Hemtillverkat	6	2	
Smugglat	2	1	
Summa	100	39	4,0
Starköl			
Systembolagets försäljning	47	13	
Restaurangförsäljning	20	6	
Resandeförsel	19	5	
Smugglat	14	4	
Hemtillverkat	0	0	
Summa	100	28	2,9
Folköl			
Livsmedelsbutiker	99	8	
Restaurangförsäljning	1	0	
Summa	100	8	0,8
Totalt		100	10,3

Källa: SOU 2004:86.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 11–28)

I tabell 11 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 tillgå, innebär det att totalkonsumtionsvolymen varit underskattande de närmast föregående åren. År 1987 byttes metod för att beräkna totalkonsumtionen, något som ledde till högre estimat för pojkarna.

Med begreppet ”ickekonsumenter” i tabellerna 12–13 avses elever som svarat att de inte dricker någon typ av alkohol.

I stället för 18 cl sprit efterfrågades i tabell 14 en ”kvartering sprit” före 2000. 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, varefter folköl tillkom, samtidigt som starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet inkluderades 1999. År 2004 utgick frågan om hur ofta man känner sig berusad när man dricker alkohol.

I tabell 15 baseras regionerna på län. ”Södra Sverige” utgörs av Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge och Halland, ”Mellersta Sverige” av Uppsala, Södermanland, Östergötland, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna och Gävleborg samt ”Norra Sverige” av Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

I tabellerna 16–18 beskrivs de mönstrandets konsumtionsvanor. Sedan 1992 viktas resultaten rutinemässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade externbortfall. P g a ändrad frågekontext är inte svaren på berusningsfrågan i tabell 16 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 17 (se tabell not) och detta kan förklara den kraftiga uppgången av andelen som brukar berusa sig med lättvin.

I tabellerna 19–22 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstrecken mellan åren 1979/80 och 1989/90 innebär att undersökningen är genomförd över ett årsskifte). P g a vissa metodologiska förändringar, bl a en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1994 års undersökning är det vanskligt att göra jämförelser över tid, i synnerhet som frågor om cider och alkoholisk inte började ställas förrän 1998. Resultaten för 1994–1998 har viktats om och dessutom har justeringar av konsumtionsberäkningarna gjorts, vilket lett till vissa ändringar av resultaten jämfört med föregående utgåvor. P g a metodproblem har den tidigare redovisade undersökningen från år 2000 utslutits (se Metodproblem och tillförlitlighet).

Tabell 11. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2004. (Diagram 6)

År	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Bland- drycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}			
		Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI	Po	FI		
1977	6 034	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4,0	3,5
1978	9 543	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,7	2,9
1979	9 359	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,3	2,7
1980	9 941	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,7	2,1
1981	9 496	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,6
1982	5 146	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,5	1,6
1983	1 641	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	32 819	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	5 820	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,3
1987	5 778	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,4
1988	5 430	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,2	1,4
1989	5 714	0,9	0,4	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,6	2,3	2,7	1,4	1,4
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	3,1	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	2,9	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	4,5	2,7		
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		
2003	5 226	0,6	0,3	1,2	0,6	0,1	0,1	0,5	0,5	1,1	1,1	3,5	2,7		
2004	5 414	0,6	0,3	1,4	0,7	0,1	0,2	0,6	0,5	1,2	1,1	3,8	2,8		

Källa: CAN.

a) Alkoläsk och starkcider.

b) 1989 byttes beräkningsmetod. Totalkolumnen kan avvika något från summan av de olika dryckerna eftersom elever som lämnat någon dryckestyp obesvarad har exkluderats vid beräkningen av den totala konsumtionen.

Tabell 12. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2004.

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
2003	2 667	26	25	12	8	7	8	10
2004	2 661	29	26	10	7	7	11	11

Källa: CAN.

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

Tabell 13. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2004.

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
2003	2 559	22	31	14	9	7	7	7
2004	2 753	26	30	13	9	7	9	7

Källa: CAN.

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

Tabell 14. Berusningsbenägenhet bland elever i årskurs 9 efter kön. Procent. 1971–2004. (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
2003	5 243	30	35	25	23
2004	5 414	.	.	26	23

Källa: CAN.

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

Tabell 15. Drogvanor bland elever i årskurs 9 i olika regioner ^{a)} i Sverige efter kön. Procent. Genomsnittsvärden för åren 2002–2004.

	Stockholms län	Västra Götalands län	Skåne län	Södra Sverige	Mellersta Sverige	Norra Sverige	Hela riket
Pojkar							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	2,7	4,2	5,0	4,2	3,3	2,5	3,6
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång per månad el oftare	23	29	30	32	27	17	27
Prövat narkotika någon gång	10	7	10	7	5	5	7
Sniffat någon gång	10	8	9	8	8	7	8
Prövat AAS någon gång ^{c)}	2	1	1	1	1	1	1
Röker	20	20	22	24	21	18	21
Snusar	21	26	21	26	24	22	23
Flickor							
Årskonsumtion (liter 100% alk)	2,3	3,1	3,2	2,8	2,7	2,3	2,7
Intensivkonsumtion ^{b)} någon gång per månad el oftare	20	23	25	26	25	21	23
Prövat narkotika någon gång	8	8	8	7	7	6	7
Sniffat någon gång	8	7	6	5	6	6	6
Prövat AAS någon gång ^{c)}	0	0	0	0	–	0	0
Röker	30	31	29	31	32	30	31
Snusar	5	6	3	5	7	14	6

Källa: CAN.

a) Regionernas sammansättning framgår av tabellkommentarerna.

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

c) Värdena gäller åren 2001-2003.

Tabell 16. ”Hur ofta dricker du alkohol så att du känner dig berusad?” Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2003. (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
2003	40 369	1,2	12,7	45,8	24,7	15,5

Källa: CAN.

a) Frågan är inte jämförbar med tidigare år p g a ny frågekontext.

Tabell 17. ”Brukar Du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?” Procentuell fördelning bland mönstrande. 1981–2003.

År	Sprit (ej hem- bränt)	Hem- bränt	Smug- gel- sprit	Stark- vin ^{a)}	Vanligt vin ^{a)}	Hem- gjort vin	Alko- läsk	Cider	Stark- öl	Folk- öl
1981	49,1	.	.	14,3	14,3	.	.	.	51,3	17,6
1982	48,6	.	.	15,6	16,3	.	.	.	54,5	19,5
1983	48,0	.	.	15,9	17,4	.	.	.	57,1	17,6
1984	50,0	9,1	.	18,9	19,5	.	.	.	60,3	22,7
1985	51,0	9,8	.	17,8	18,6	.	.	.	63,0	21,4
1986	50,2	9,0	.	14,0	14,7	.	.	.	62,5	19,6
1987	47,8	9,0	.	11,8	11,2	.	.	.	62,7	19,0
1988	51,0	9,4	.	10,8	9,8	.	.	.	69,2	20,3
1992	50,0	14,5	.	10,6	7,4	5,8	.	.	76,0	32,3
1993	49,6	17,6	.	10,5	7,4	6,3	.	.	75,2	38,1
1994	49,8	23,5	.	11,2	7,7	7,2	.	.	75,6	32,0
1995	49,1	25,5	.	11,4	7,7	7,1	.	.	73,0	36,3
1996	49,6	27,9	.	11,5	7,9	7,3	.	.	72,2	39,3
1997	50,0	29,4	11,0	9,2	16,3	7,6	29,3	.	72,1	39,6
1998	52,1	30,8	14,8	9,4	17,0	6,8	26,9	41,3	71,1	46,1
1999	53,4	28,8	14,6	9,0	17,2	5,7	20,1	40,5	69,7	42,2
2000	54,2	24,6	13,6	8,4	16,4	6,4	15,1	39,0	69,5	39,0
2001	53,8	21,5	13,4	7,9	15,9	6,2	12,3	36,6	69,0	35,3
2002	53,1	19,7	14,1	8,5	17,1	6,0	17,1	41,0	68,8	32,2
2003	49,8	15,2	12,4	7,1	15,2	5,3	23,9	42,3	67,3	27,9

Källa: CAN. Bastalen framgår av föregående tabell.

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

Tabell 18. Mönstrandes alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings-, respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2003.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- kons. minst 1 gång/ a) vecka	An- vänt nar- kotika	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker	Snusar
Stockholm	6 882	12,1	9,0	21,1	5,2	0,8	26,5	31,6
Uppsala	1 222	12,1	6,3	16,4	5,2	0,8	23,2	33,7
Södermanland	1 345	12,1	7,8	13,2	5,8	1,3	25,1	34,2
Östergötland	1 793	12,1	6,3	12,3	4,9	0,4	24,3	32,5
Jönköping	1 831	16,6	8,0	13,1	3,6	1,4	25,2	36,9
Kronoberg	720	7,1	8,6	15,0	2,8	0,4	24,9	33,1
Kalmar	1 035	9,2	6,7	11,5	4,6	0,6	24,4	34,7
Gotland	238	8,0	5,0	14,3	2,5	0,8	28,2	31,5
Blekinge	625	6,7	7,7	13,6	3,8	0,3	20,0	33,0
Skåne	4 813	9,2	7,3	17,1	4,4	0,6	26,3	28,8
Halland	1 460	6,4	12,6	16,2	4,7	0,9	25,1	35,3
Västra Götaland	7 668	9,5	10,4	18,3	7,2	1,1	27,0	37,0
Värmland	1 271	8,7	7,3	12,1	5,7	0,2	21,6	36,6
Örebro	1 065	14,9	5,9	10,0	4,3	0,5	19,7	29,4
Västmanland	1 163	13,4	4,7	12,0	4,5	0,3	19,0	35,8
Dalarna	1 246	10,2	6,4	13,8	5,5	0,6	19,4	35,0
Gävleborg	1 291	8,8	8,9	16,2	8,1	1,5	26,9	39,2
Västernorrland	1 209	12,3	6,7	15,4	9,1	1,3	24,5	35,9
Jämtland	636	10,5	6,0	21,1	10,8	0,9	26,4	38,2
Västerbotten	1 284	13,7	6,7	14,1	5,6	1,2	29,0	37,5
Norrbottn	1 246	15,1	6,5	12,1	6,1	1,3	28,7	37,1
Hela riket	40 369	10,9	8,0	16,2	5,6	0,9	25,1	33,8

Källa: CAN.

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

Tabell 19. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **folköl** och **starköl** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

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	1,7	1,1	3,5	0,5	0,7	0,7	1,2
1996	2,1	2,0	1,3	3,9	0,5	0,7	0,2	1,1
1998	1,3	1,5	1,2	4,0	0,4	0,5	0,3	1,2
2003	1,0	2,4	0,6	4,5	0,2	0,6	0,3	1,0

Källor: 1979/80-1994 SIFO besöksintervjuer, 1994-1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 20. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inkl starkvin) och **blanddrycker**^{a)} i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 9)

År	Pojkar (ålder)				Flickor (ålder)			
	16–19		20–24		16–19		20–24	
	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker	Vin	Bland- drycker
1979/80	0,4	.	1,0	.	0,6	.	0,9	.
1980/81	0,5	.	0,9	.	0,7	.	0,8	.
1981/82	0,5	.	1,0	.	0,7	.	0,8	.
1982/83	0,4	.	0,8	.	0,5	.	0,8	.
1983/84	0,4	.	0,8	.	0,5	.	1,0	.
1984/85	0,4	.	0,7	.	0,5	.	0,9	.
1985/86	0,4	.	0,9	.	0,6	.	0,9	.
1986/87	0,3	.	0,7	.	0,5	.	0,7	.
1987/88	0,3	.	0,6	.	0,5	.	0,8	.
1988/89	0,2	.	0,8	.	0,4	.	0,7	.
1989/90	0,2	.	0,5	.	0,4	.	0,7	.
1991/92	0,2	.	0,5	.	0,3	.	0,6	.
1994	0,2	.	0,6	.	0,5	.	0,9	.

1994	0,4	.	0,6	.	0,4	.	0,8	.
1996	0,5	.	0,9	.	0,5	.	1,3	.
1998	0,2	0,5	0,8	0,6	0,5	0,6	1,3	0,7
2003	0,3	0,7	1,0	0,7	0,5	0,8	1,2	0,9

Källor: 1979/80-1994 SIFO besöksintervjuer, 1994-1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

a) "Stark cider, alkoholisk eller andra blanddrycker"

Tabell 21. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **sprit** respektive den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2003. (Diagram 7 och 9)

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	4,4	1,5	6,7	0,3	2,0	0,4	3,2
1996	1,4	5,7	1,8	7,8	0,4	2,2	0,4	3,1
1998	0,7	4,1	1,6	7,9	0,4	2,3	0,4	3,8
2003	1,1	5,4	1,8	8,5	0,7	2,6	0,6	3,9

Källor: 1979/80-1994 SIFO besöksintervjuer, 1994-1998 TEMO telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer.

Tabell 22. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 10)

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 10)

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 10)

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 11)

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 11)

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 11)

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; Sjuklighet och dödlighet (tabellerna 28–37)

Tabellerna 28–29 beskriver antalet missbrukare i institutionsvården enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och 6§ Socialtjänstlagen (SoL). Från och med 1998 redovisar tabellerna situationen 1 november, tidigare gjordes tvärsnittsundersökningarna den 31 december. År 1989 förlängdes den maximala vårdtiden enligt LVM till 6 månader vilket förklarar den kraftiga ökningen detta år. Sedan 1998 definieras vuxen 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 slutenvård och dödlighet och det bör påpekas att man 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker, ICD 10. Detta leder till att jämförbarheten med tidigare år minskar, även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare (se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna). Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

Tabell 30 visar utvecklingen av utskrivningar för dem som vårdats med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker. I tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige endast huvuddiagnoser och delvis andra ICD-koder, men numera används EpCs nya index över alkoholrelaterad slutenvård. Av tabellen framgår även antalet unika individer som vårdats med alkoholdiagnos någon gång sedan 1987. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras. ICD-kodsbytet 1997 kan också ha lett till försämringar av jämförbarheten över tid för detta mått.

Värdena i tabellerna 31–32 åren 1987–2002 har i årets utgåva justerats uppåt något på grund av ändringar i EpCs kodningssystem, samtidigt som effekterna av att F10.0 numera inkluderas av Socialstyrelsen för ICD 10 (1997 och framåt) ger desto större ökning. Denna revision ökar jämförbarheten över tid. I dessa tabeller redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation.

Tabellerna 33–37 redovisar utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall för fyra diagnostyper och endast underliggande dödsfall redovisas, till skillnad från föregående tabeller. Pankreatit ingår inte då det befunnits svårt att finna diagnoskoder som speglar utveckling över tid på ett tillfredsställande sätt.

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. 1983–2003.

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
2002	286	33	3 084	25	3 370
2003	222	32	3 120	26	3 342

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. 1983–2003.

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
2002	286	192	67	94	33	137	48	89	31	60	21
2003	222	150	68	72	32	94	42	82	37	46	21

Källa: Socialstyrelsen.

a) Kan även inkludera kombinationer med lösningsmedel.

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

Tabell 30. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med alkoholrelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2002. ^{a)}

År	Alkoholrelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Utskrivna personer	Förstagångsvårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	44 572	80	11 048	20	55 620	100	3,3	29 503	29 503
1988	43 669	80	10 881	20	54 550	100	3,3	29 390	17 701
1989	40 686	79	10 632	21	51 318	100	3,4	28 212	14 156
1990	38 556	79	10 327	21	48 883	100	3,0	27 061	12 546
1991	38 888	79	10 623	21	49 511	100	2,9	27 303	12 095
1992	38 304	78	10 717	22	49 021	100	2,9	27 166	11 746
1993	39 579	79	10 786	21	50 365	100	2,9	27 295	11 685
1994	40 209	78	11 582	22	51 791	100	3,1	28 147	12 165
1995	38 730	77	11 470	23	50 200	100	3,1	27 604	11 904
1996	36 133	76	11 294	24	47 427	100	3,0	26 416	11 120
1997	33 187	75	10 989	25	44 176	100	2,9	25 380	11 056
1998	30 817	75	10 412	25	41 229	100	2,7	24 328	10 752
1999	31 788	74	11 199	26	42 987	100	2,8	24 831	10 955
2000	32 226	73	11 660	27	43 886	100	3,0	24 912	11 439
2001	31 204	73	11 349	27	42 553	100	2,9	24 681	11 381
2002	31 986	73	11 772	27	43 758	100	3,0	24 953	11 500

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om förstagångsvårdade.

Tabell 31. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 1) som underliggande eller bidragande dödsorsak. Ålder, kön och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002. ^{a)} (Diagram 12 och 13)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	
	–39	40–49	50–59	60–69	70–	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Stand-ardise-rade döds-tal	Antal	Index per inv. 1985 =100
1969	96	146	192	194	72	620	16,7	80	2,1	700	38
1970	102	153	217	204	104	678	18,5	102	2,6	780	42
1971	148	177	255	215	123	806	21,3	112	2,9	918	49
1972	160	246	303	270	120	973	25,8	126	3,1	1 099	59
1973	203	231	344	303	136	1 081	28,3	136	3,5	1 217	65
1974	248	312	423	309	158	1 262	33,3	188	4,8	1 450	77
1975	276	305	396	320	160	1 240	32,6	217	5,6	1 457	78
1976	314	338	440	373	183	1 369	35,9	279	6,9	1 648	87
1977	320	372	497	413	193	1 518	39,5	277	7,1	1 795	95
1978	371	350	559	445	211	1 629	42,2	307	7,7	1 936	102
1979	421	405	684	537	231	1 893	49,0	385	9,6	2 278	120
1980	368	436	584	474	310	1 810	47,3	362	9,1	2 172	114
1981	327	348	554	482	264	1 661	42,8	314	7,7	1 975	103
1982	358	359	532	527	334	1 775	45,7	335	8,2	2 110	110
1983	313	358	494	493	300	1 639	42,4	319	7,9	1 958	102
1984	324	354	510	457	307	1 636	42,2	316	7,8	1 952	102
1985	297	372	463	478	306	1 570	40,1	346	8,2	1 916	100
1986	299	393	475	490	316	1 624	41,5	349	8,4	1 973	103
1987	273	378	472	466	272	1 545	39,3	316	7,7	1 861	97
1988	242	406	457	460	289	1 537	39,1	317	7,6	1 854	96
1989	223	401	438	454	322	1 545	39,2	293	6,9	1 838	94
1990	177	410	472	488	332	1 563	39,4	316	7,5	1 879	96
1991	197	440	477	527	338	1 626	40,7	353	8,2	1 979	100
1992	166	407	496	533	399	1 652	41,3	349	8,1	2 001	101
1993	171	386	483	472	409	1 613	40,1	308	7,1	1 921	96
1994	174	392	519	442	375	1 559	38,3	343	7,8	1 902	94
1995	187	372	543	450	398	1 581	38,3	369	8,5	1 950	96
1996	135	344	527	491	371	1 532	37,0	336	7,7	1 868	92
1997	169	333	572	435	388	1 544	37,2	353	7,9	1 897	93
1998	152	323	610	477	371	1 522	36,2	411	9,1	1 933	95
1999	136	328	570	491	389	1 530	36,1	384	8,5	1 914	94
2000	138	290	608	484	373	1 491	34,8	402	8,9	1 893	93
2001	153	289	688	495	389	1 621	37,4	393	8,6	2 014	99
2002	128	280	606	536	411	1 555	35,6	406	8,7	1 961	96

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 9 och ICD 10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 32. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 1) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1990–2002.

Län	90	91	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99	00	01	02
Stockholm	32	32	34	31	30	31	31	27	31	29	26	29	26
Uppsala	17	19	20	21	16	18	17	17	18	16	18	17	21
Södermanland	13	30	24	19	18	23	15	13	17	15	17	20	22
Östergötland	15	20	16	22	18	18	16	19	19	14	13	23	20
Jönköping	19	18	18	13	13	15	14	11	16	14	13	14	15
Kronoberg	15	13	15	13	10	15	13	21	21	21	24	18	14
Kalmar	17	14	17	20	15	13	16	17	18	12	11	18	13
Gotland	5	16	29	20	15	36	29	19	18	22	19	19	31
Blekinge	18	21	18	19	14	18	20	18	22	23	21	24	21
Skåne	20	23	20	20	23	23	21	27	22	24	26	27	25
Halland	16	18	15	19	14	16	17	16	21	19	23	16	13
Västra Götaland	29	26	28	25	26	26	25	24	23	24	23	23	20
Värmland	19	21	25	20	20	21	18	24	16	19	22	27	21
Örebro	15	20	21	23	19	16	17	20	17	15	18	15	20
Västmanland	20	20	23	25	23	21	20	16	21	20	22	18	21
Dalarna	20	18	17	21	22	17	22	20	17	21	22	18	21
Gävleborg	18	24	25	25	26	28	18	26	19	22	21	20	24
Västernorrland	24	27	24	24	25	22	22	21	23	20	17	19	20
Jämtland	32	32	31	18	19	23	16	20	24	18	19	19	23
Västerbotten	19	14	19	18	16	16	18	16	14	15	13	15	15
Norrbottn	23	25	19	20	23	20	21	19	25	25	20	22	30
Hela riket	23	24	24	23	23	23	22	22	22	22	21	23	22

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: **Levercirrhos** m fl kroniska leversjukdomar (K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76-K76.1, K76.6). 1956–2002. ^{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	450	461	622	289	911
1998	548	467	674	341	1 015
1999	539	403	632	310	942
2000	518	406	594	330	924
2001	580	413	651	342	993
2002	590	477	685	382	1 067

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). 1956–2004. ^{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
2001	256	742	830	168	998
2002	278	679	782	175	957

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 35. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholpsykos** (F10.3–F10.9). 1956–2002. ^{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
2001	19	52	62	9	71
2002	23	43	58	8	66

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).
1956–2002. ^{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
2001	136	175	231	80	311
2002	139	145	208	76	284

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 alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956–2002. ^{a)}

År	Alkoholpsykos (F10.3-F10.9)	Alkoholberoende (F10.2)	Lever- cirrhos ^{b)}	Alkoholför- giftning (T51)	Totalt per 100 000 inv
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	5,1	0,7	10,5
1998	0,3	4,6	6,2	0,8	11,9
1999	0,2	4,4	6,1	0,7	11,4
2000	0,1	4,1	5,8	0,9	10,9
2001	0,2	2,9	6,5	1,6	11,2
2002	0,3	3,1	6,6	1,6	11,6

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) K70.0-K70.4, K70.9, K74.0-K74.6, K76.0-K76.1, K76.6.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen; Fylleri, trafik och olyckor (tabellerna 38–46)

Omhändertaganden enligt LOB uppvisar en klart lägre nivå jämfört med 1980-talet. Detta speglar snarast ett förändrat arbete mot fylleri från polisens sida och inte en faktisk nedgång i fylleriet.

Sedan år 2000 redovisas samtliga anmälda trafikbrott, tidigare redovisades endast de där det fanns en skäligen misstänkt person. Detta gör att data i tabell 41 fr o m 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 (gäller även tabell 42). Före 2001 går inte drograttfylleriet att särskilja, medan detta utgjort anmälningsgrund i 20–25% av fallen sedan dess.

I tabell 43 och 44 redovisas antalet delaktiga förare i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada med avseende på misstänkt alkoholpåverkan. T o m 1996 var antalet olyckor där uppgift om alkoholpåverkan saknades tämligen få och uppgick till ca 4% av alla inrapporterade olyckor. Dessa olyckor inkluderades tidigare inte i den här redovisade statistiken. År 1997 inträffade en försämring av statistiken såtillvida att andelen fall där uppgift om alkoholpåverkan saknades plötsligt ökade och sedan dess ligger närmare 25%. Sedan 1997 inkluderas även dessa fall, eftersom olyckstrenderna annars skulle förryckas. Det kan noteras att antalet misstänkt påverkade hela tiden ökat, trots den nya nivån på saknade uppgifter.

Tabell 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 38. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB), efter kön. 1963–2003. ^{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
2003	39 997	89	4 884	11	44 881

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år ej medtagits. Dessa uppgick 2003 till 155 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. 1963–2003. ^{a)}

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
2003	5	12	5	9	1	5	36

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) I denna tabell ingår ej oidentifierade personer. 2003 var dessa 8 096.

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. 1987–2003. ^{a)}

Län	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
Stockholm	2	11	10	8	8	8	8	10	8	7	6	7	4	3	3	3	3
Uppsala	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	6	7	5	4	5	6	5
Södermanland	2	13	13	13	15	13	13	15	12	12	12	13	11	9	8	6	7
Östergötland	2	12	11	10	9	9	10	11	9	8	8	9	8	9	8	8	8
Jönköping	1	11	10	9	8	7	7	7	5	5	6	6	5	5	5	5	5
Kronoberg	7	7	7	7	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	3	2	3
Kalmar	9	9	9	7	6	5	5	6	4	4	4	4	4	5	4	4	4
Gotland	1	10	10	9	9	7	8	7	6	5	6	5	5	5	5	5	6
Blekinge	2	12	11	10	8	7	8	10	6	6	6	10	9	8	6	6	5
Skåne	7	8	7	6	6	6	5	7	5	5	6	6	5	4	4	4	4
Halland	6	7	7	7	6	6	6	7	5	5	6	7	6	7	6	5	5
Västra Götaland	7	14	13	12	11	10	10	11	10	9	9	11	8	8	7	6	6
Värmland	0	10	8	8	7	6	7	8	6	6	6	8	5	5	4	4	4
Örebro	0	11	10	11	12	10	10	11	9	8	8	10	7	7	7	6	6
Västmanland	5	14	14	13	13	13	13	16	12	9	10	11	10	9	9	9	9
Dalarna	1	11	9	7	7	6	6	7	5	5	4	4	4	3	5	4	4
Gävleborg	8	8	7	6	6	5	5	6	4	4	4	4	2	3	3	4	4
Västernorrland	0	9	9	9	10	9	9	9	7	6	7	6	6	6	6	7	7
Jämtland	8	8	6	6	5	5	4	7	6	6	6	8	6	6	6	7	6
Västerbotten	7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	6	6	4	4	4	5	5
Norrbottn	0	10	9	9	8	8	9	10	8	7	7	8	7	7	6	5	5
Hela landet	1	10	10	9	8	8	8	9	7	7	7	7	6	5	5	5	5

Källa: Trafikregistret, Vägverket. För åren 1973-1986 se CAN och FHI rapport nr 6.

a) Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år inte medtagits.

Tabell 41. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2003 ^{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 ^{a)}	13 941	157
1960	12 702	170	1980	21 681	261	2000 ^{b)}	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	2003	20 836	232
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 rattfylleri under påverkan av narkotika.

b) Sedan 2000 inkluderas anmälningar där en skäligen misstänkt person saknas.

Tabell 42. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2003. ^{a)}

År	Ålder							Andel män (%)	Totalt
	15–17	18–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–		
1975	1 660	1 800	3 516	2 776	3 417	1 824	1 324	.	16 317
1976	1 390	1 539	3 127	2 628	3 514	1 766	1 382	.	15 346
1977	1 228	1 390	2 852	2 240	3 263	1 549	1 144	.	13 666
1978	1 170	1 352	3 241	2 562	3 800	1 730	1 295	.	15 150
1979	1 010	1 286	2 872	2 361	3 781	1 919	1 366	.	14 595
1980	948	1 228	3 023	2 417	4 300	2 202	1 529	.	15 647
1981	829	1 187	2 744	2 318	4 161	2 114	1 487	.	14 840
1982	823	1 240	2 712	2 434	4 253	2 232	1 578	.	15 272
1983	785	1 253	2 909	2 338	4 259	2 454	1 502	.	15 500
1984	621	1 167	2 669	2 191	3 835	2 321	1 447	94	14 251
1985	532	1 219	2 660	2 080	3 665	2 426	1 459	94	14 041
1986	560	1 234	2 916	2 224	3 809	2 725	1 586	93	15 054
1987	325	939	3 194	2 194	3 926	2 986	1 688	93	15 252
1988	343	925	3 253	2 306	3 891	3 117	1 803	93	15 638
1989	370	1 060	3 606	2 701	4 161	3 370	1 912	92	17 180
1990	389	905	3 384	2 810	4 345	3 516	2 081	92	17 430
1991	463	807	3 205	2 914	4 618	3 975	2 414	93	18 396
1992	388	721	2 642	2 687	4 364	3 735	2 584	92	17 121
1993	440	655	2 322	2 487	4 161	3 687	2 860	91	16 612
1994	367	512	1 991	1 913	3 697	3 421	2 762	91	14 663
1995	489	516	1 380	1 468	2 864	2 749	2 329	91	11 795
1996	419	410	1 256	1 282	2 698	2 594	2 357	92	11 016
1997	332	450	1 228	1 242	2 773	2 588	2 548	92	11 161
1998	320	411	1 181	1 138	2 592	2 550	2 470	91	10 662
1999 ^{b)}	187	275	1 086	1 004	2 348	2 252	2 341	91	9 493
2000 ^{c)}	383	513	1 443	1 217	2 922	2 660	2 543	91	11 695
2001	450	611	1 786	1 425	3 307	2 918	2 920	89	13 422
2002	509	674	1 959	1 520	3 362	3 088	3 127	89	14 246
2003	469	697	2 031	1 670	3 396	3 265	3 368	89	14 905

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. 1966–2003. ^{a)} (Diagram 14)

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

Källa: Vägverket och SIKA.

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

Tabell 44. Alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. 2003.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
-14	105	0	3	0	3
15	619	2	20	1	3
16-17	354	1	30	3	8
18-19	1 385	5	80	8	6
20-24	3 305	12	180	18	5
25-34	5 501	20	268	21	5
35-44	5 295	19	273	21	5
45-54	3 986	14	181	15	5
55-64	3 034	11	78	9	3
65-74	1 278	4	24	2	2
75-	949	4	5	0	1
Okänd	1 328	9	11	2	1
Totalt	27 139	100	1 153	100	4

Källa: SIKÄ.

Tabell 45. Antal lagföringar för sjöfylleri. 1974-2003.

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	2002	77
1983	125	1993	67	2003	103
1984	111	1994	62		

Källa: Brå.

Tabell 46. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2003.

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
2003	246	116	47	91	78

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 materialet 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 följas, även om det även i dessa fall är viktigt att beakta att det ibland kan förekomma förändringar och kvalitetsbrister som förrycker statistiken. Sist men inte minst kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 50 redovisas försäljningsdata från den s k ECAS-studien för åren 1955–1995, kompletterade med data ur SOU 2004:86 för perioden 1996–2001. Dessa källor överlappar varandra och under tidigare år förekommer att siffrorna skiljer sig något beroende på att något olika urval av länder gjorts. Här har ECAS-data valts för den tidigare perioden eftersom ECAS-data presenteras i andra jämförande tabeller.

Länderna i tabell 50 är indelade i tre kluster, ett med vinländer (Frankrike, Grekland, Italien, Portugal, Spanien) ett med ölländer (Belgien, Danmark, Irland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Österrike) och ett med spritländer (Finland, Norge, Sverige).

I tabell 51 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder samt år 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 52 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen i tabell 50 och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

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

Land	År					
	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Belgien	6	7	8	8,5	10,5	11,5
Danmark	4	4	6	7	7	8,5
Finland	17	17	15,5	18,5	18,5	14,5
Frankrike	1	6,5	9,5	9,5	10,5	12,5
Grekland	2	2	2	2	6	7
Irland	8	8	12	12	12	12
Italien	7	7	8	12	12	13
Nederländerna	6	6	6	11	13	13
Norge	17	17	17	19	19	17
Portugal	1	2	2	4	6	8
Spanien	0	0	0	4,5	10	10
Storbritannien	8	9	14	14	14	13
Sverige	17,5	18,5	18,5	18,5	18,5	16,5
Tyskland	4	4	5	6	7	8
Österrike	4	7	7	6	7	7
Medelvärde	6,8	7,7	8,7	10,2	11,4	11,4

Källa: Norström, red (2002).

Tabell 48. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2002. (Diagram 16)

Land	Sprit liter 100%	Öl liter	Vin liter	Totalt liter 100%
1. Luxemburg	1,6	108,2	59,1	11,9
2. Ungern	3,4	70,9	36,0	11,1
3. Irland	2,5	147,1	12,6	10,8
4. Tjeckien	3,7	155,0	16,5	10,8
5. Tyskland	2,0	121,5	24,2	10,4
6. Frankrike	2,4	34,8	56,0	10,3
7. Portugal	1,4	58,6	43,0	9,7
8. Spanien	2,4	73,4	29,6	9,6
9. Storbritannien	1,7	100,6	19,6	9,6
10. Danmark	1,1	96,7	32,0	9,5
11. Österrike	1,4	109,3	29,8	9,2
12. Cypern	4,3	55,0	16,9	9,1
13. Schweiz	1,6	55,5	41,8	9,0
14. Slovakien	3,5	92,3	13,9	8,8
15. Ryssland	6,2	31,1	8,0	8,6
16. Rumänien	2,5	59,0	25,3	8,5
17. Nederländerna	1,7	79,2	19,0	8,0
18. Belgien	1,2	96,0	17,0	7,9
19. Grekland	1,8	39,0	33,9	7,8
20. Lettland	5,7	36,0	4,0	7,7
21. Finland	2,1	81,2	23,5	7,7
22. Italien	0,4	28,2	51,0	7,4
23. Australien	1,2	92,4	20,6	7,3
24. Nya Zeeland	1,4	77,8	18,9	6,9
25. Kanada	2,1	69,9	10,5	6,9
26. USA	1,9	82,0	8,8	6,7
27. Polen	1,7	70,7	11,2	6,6
28. Japan	3,3	32,6	2,8	6,5
29. Argentina	0,3	34,0	36,1	6,3
30. Estland	1,4	71,0	2,7	6,2
31. Uruguay	1,0	18,1	32,8	5,9
32. Bulgarien	2,1	14,5	21,3	5,4
33. Island	1,2	50,7	11,0	5,0
34. Sverige	1,0	55,9	16,0	4,9
35. Chile	1,7	26,0	15,7	4,9
36. Malta	0,8	40,3	20,5	4,9
37. Venezuela	0,7	81,2	.	4,8
38. Sydafrika	0,9	55,0	9,0	4,7
39. Norge	0,8	51,6	11,0	4,4
40. Thailand	3,2	22,4	0,1	4,3
41. Brasilien	1,5	49,1	1,9	4,2
42. Colombia	1,7	42,8	0,4	3,9
43. Kina	3,0	16,2	0,2	3,8
44. Taiwan	0,6	26,3	0,5	3,1
45. Mexico	0,7	47,6	0,2	3,1
46. Turkiet	0,4	11,0	0,8	1,0

Källa: WARC (2004).

Tabell 49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2002. (Diagram 17)

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

Källa: WARC (2004).

Forts.

Forts.

Tabell 49. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare ^{a)}. 1965–2002. (Diagram 17)

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

Källa: WARC (2004).

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. 1955–2001. (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
1996	11,6	11,4	6,4
1997	11,6	11,5	6,6
1998	11,5	11,2	6,6
1999	11,4	11,4	6,7
2000	11,3	11,5	6,8
2001	11,3	11,4	7,0

Källa: 1955-1995: Norström, red (2002) och 1996-2001: SOU 2004:86.

Tabell 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: Norström, red (2002).

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: Norström, red (2002).

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 53–58)

Beslagsstatistiken i tabellerna 53–57 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 ofta 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. Samtidigt styrs beslagsantalen dock av prioriteringar inom polisen.

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 53 innehåller till den allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om narkotikaklassade smärtstillande läkemedel också kan ingå.

I totalsiffran i tabell 53 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 inte i tabellen.

I amfetaminbeslagen i tabell 55 ingår även de besläktade preparaten metamfetamin och fenmetrazin. Sådana beslag är tämligen ovanliga och utgör normalt 4–5% av amfetaminbeslagen.

I tabell 58 redovisas prisutvecklingen för fyra narkotikasorter. Prisuppgifterna är rapporterade av polismän inom ramen för CANs rapporteringssystem om droger (CRD) och uttrycks i 2003 års penningvärde, omräknade enligt SCBs konsumentprisindex (KPI).

Tabell 53. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel, 1965–2003. (Diagram 21 och 28)

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
2003	8 247	1 057	6 972	4 347	2 228	20 251	22 479	251	337

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

b) Inkluderar även narkotiska preparat som inte redovisas i tabellen.

Tabell 54. Polisens och tullens beslag av **cannabis** (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2003. (Diagram 22)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 55. Polisens och tullens beslag av **amfetamin**^{a)}. 1970–2003. (Diagram 22)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin.

Tabell 56. Polisens och tullens beslag av **kokain**, 1975–2003. (Diagram 21 och 22)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1975	0	0	1	0	1	0
1976	2	0	4	0	6	0
1977	6	1	4	0	10	1
1978	12	1	6	0	18	1
1979	15	2	6	0	21	2
1980	17	1	6	0	23	2
1981	21	0	7	0	28	0
1982	21	0	11	0	32	0
1983	25	1	15	0	40	1
1984	22	0	7	43	29	43
1985	19	0	6	1	25	1
1986	20	0	10	3	30	3
1987	29	1	19	1	48	1
1988	60	1	18	6	78	6
1989	75	3	26	1	101	5
1990	50	5	30	4	80	9
1991	58	63	26	163	84	226
1992	82	4	46	57	128	61
1993	92	8	25	6	117	14
1994	79	5	35	24	114	29
1995	52	2	12	1	64	4
1996	91	7	16	11	107	18
1997	79	1	37	33	116	34
1998	129	8	43	11	172	19
1999	305	10	41	410	346	420
2000	365	18	40	32	405	50
2001	271	11	57	28	328	39
2002	407	6	33	35	440	41
2003	493	13	52	29	545	42

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 57. Polisens och tullens beslag av **heroin**. 1970–2003. (Diagram 22)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo
1970	..	0	..	0	..	0
1971	1	0	0	0	1	0
1972	0	0	0	0	0	0
1973	3	0	1	0	4	0
1974	9	0	3	0	12	0
1975	12	0	0	0	12	0
1976	69	2	12	15	81	17
1977	82	1	8	1	90	2
1978	198	3	12	1	210	4
1979	271	3	26	1	297	4
1980	464	1	19	1	483	2
1981	485	8	39	3	524	11
1982	248	4	29	1	277	6
1983	188	2	23	1	211	4
1984	152	1	12	1	164	1
1985	133	1	29	5	162	6
1986	135	2	25	2	160	4
1987	185	3	25	2	210	5
1988	260	6	34	4	294	9
1989	281	4	38	5	319	9
1990	405	7	40	5	445	12
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
2003	1 038	5	19	8	1 057	13

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 58. Gatuprisutvecklingen KPI-justerad i 2003 års penningvärde för hasch, amfetamin, kokain och brunt heroin. Kronor per gram, medianvärden. 1988–2003. Index 1988=100. (Diagram 24)

År	Hasch		Amfetamin		Kokain		Heroin (brunt)	
	Median	Index	Median	Index	Median	Index	Median	Index
1988	157	100	630	100	1 259	100	2 676	100
1989	126	80	591	94	1 331	106	2 957	111
1990	118	75	535	85	1 606	128	2 677	100
1991	104	66	490	78	1 224	97		
1992	102	65	419	67	1 197	95		
1993	103	65	414	66	1 144	91	1 715	64
1994	90	57	336	53	1 119	89	1 958	73
1995	98	62	327	52	1 091	87	2 183	82
1996	92	59	299	47	1 086	86	1 467	55
1997	86	55	324	52	1 189	94	1 351	50
1998	97	62	325	52	1 028	82	1 488	56
1999	97	62	280	45	1 185	94	1 966	73
2000	85	54	267	42	960	76	1 067	40
2001	83	53	260	41	1 041	83	1 041	39
2002	82	52	255	40	816	65	1 019	38
2003	80	51	250	40	800	64	1 100	41

Källa: CAN.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 59–64)

I tabell 59 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiveras av att resultaten detta år skulle redovisas på länsnivå. Frågan om livstidsprevalensen har ändrats genom åren men inte så att detta bedömts ha haft någon avgörande betydelse för resultatens utseende. Mellan 1986–1997 avsåg frågan om månadsaktuell narkotikaanvändning endast cannabis och till följd av vissa förändringar i frågeformuläret saknas data 1984–1985. I samma tabell redovisas även andelen som vet någon som kan sälja narkotika respektive benägenhet att pröva narkotika och 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 60 och 61). 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 (vilket normalt fångar in över 90% av dem som erbjudits narkotika). Frågorna om narkotikaerfarenheten har enligt fotnoten i tabell 60 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 62 och 63 redovisas glidande treårsmedelvärden. Värdet för exempelvis 1990 utgörs av medelvärdet för åren 1989, 1990 och 1991. Värdena för de första och sista redovisade åren utgörs endast av två års medelvärden. Skälet till att treårsmedelvärden använts är att kombinationen med små populationsurval och ett relativt sällsynt beteende gjort att svarsandelarna varierat orimligt mycket mellan olika år. Medelvärdena utjämnar dessa variationer och ger en ”sannare” bild av utvecklingen. 1990 var åldersgrupperna 16–24, 25–49 och 50–74 år. 1992 övertog TEMO undersökningarna. Åldersintervallen ändrades något men studierna har utförts på i stort sett samma sätt som tidigare. Vad gäller att ha använt narkotika senaste 12 månaderna efterfrågas sedan 1998 cannabis, amfetamin, kokain, heroin, LSD, ecstasy, tidigare narkotika i allmänhet.

Tabell 59. Erfarenhet av narkotika bland elever i åk 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att pröva narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2004. (Diagram 23, 25 och 26)

År	Antal	Har använt narkotika				Har inte använt narkotika		
		Någon gång		Senaste månaden ^{a)}		Vet någon som kan ge el. sälja	Haft möjlighet att pröva	Haft lust att pröva
		Po	FI	Po	FI			
1971	3 835	14	16	5	5	.	32	6
1972	6 085	15	14	7	6	.	32	4
1973	5 594	12	14	5	4	.	30	4
1974	4 634	8	7	3	2	.	24	3
1975	4 217	6	6	2	2	.	26	3
1976	4 136	7	6	3	1	.	21	4
1977	6 034	9	8	3	3	36	24	4
1978	9 543	8	8	3	3	32	23	4
1979	9 359	7	6	2	1	28	20	2
1980	9 941	8	8	3	2	31	23	3
1981	9 496	9	9	4	3	29	23	4
1982	5 146	8	8	3	3	21	19	3
1983	1 641	5	6	2	1	.	.	.
1984	32 819	5	5	.	.	.	.	.
1985	1 502	4	4	.	.	.	.	.
1986	5 820	5	3	1	1	17	12	3
1987	5 778	3	3	1	0	18	11	3
1988	5 430	4	3	1	1	18	12	3
1989	5 714	3	3	1	0	20	13	3
1990	5 977	4	3	1	1	21	13	3
1991	5 883	4	3	1	1	23	14	3
1992	5 851	5	3	2	1	25	14	3
1993	5 913	5	5	1	1	26	17	7
1994	5 868	5	4	1	1	28	16	5
1995	5 577	7	5	2	1	37	23	7
1996	6 027	8	7	3	2	37	23	7
1997	5 683	8	7	2	1	42	26	8
1998	5 455	9	6	3	3	43	27	7
1999	5 198	9	7	3	2	39	26	6
2000	5 290	10	8	3	2	39	27	6
2001	5 569	10	9	3	2	42	25	6
2002	5 349	8	8	3	2	38	25	5
2003	5 226	7	7	2	2	36	23	5
2004	5 414	7	7	3	3	33	21	5

Källa: CAN.

a) 1986–1997 avsåg frågan endast hasch eller marijuana.

Tabell 60. Andelen mönstrande som erbjudits narkotika samt använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2003. (Diagram 23, 25 och 26)

År	Antal tillfrågade	Erbjudits narkotika ^{a)}	Använt någon gång ^{b)}	Använt senaste 30 dagarna		
				En gång	Flera gånger	Totalt
1970-71	53 392	..	15,7	1,3	3,4	4,7
1971-72	55 469	..	16,1	1,3	3,5	4,9
1972-73	57 992	..	18,0	1,2	3,5	4,7
1974	54 328	..	17,1	1,1	3,5	4,6
1975	54 711		15,6	1,0	3,1	4,1
1976	52 361	32,0	15,9	1,0	2,0	3,0
1977	52 129	32,2	16,7	1,0	2,0	3,1
1978	47 659	33,3	18,4	1,0	2,5	3,5
1979	49 658	33,3	18,5	1,1	2,5	3,6
1980	49 902	..	19,2	1,3	2,4	3,7
1981	54 363	..	17,2	1,2	1,8	3,0
1982	51 932	33,9	16,3	1,0	1,4	2,4
1983	52 011	28,3	11,3	0,7	0,8	1,5
1984	49 358	22,7	8,8	0,5	0,5	1,0
1985	35 278	19,7	7,2	0,4	0,4	0,8
1986	46 646	18,7	7,0	0,4	0,3	0,7
1987	34 437	16,8	6,1	0,4	0,3	0,7
1988	41 125	20,5	5,8	0,4	0,3	0,7
1992	27 839	20,8	5,8	0,4	0,3	0,7
1993	33 956	23,3	7,3	0,6	0,5	1,0
1994	39 519	29,4	8,9	0,7	0,6	1,3
1995	44 878	34,2	12,0	1,1	0,7	1,9
1996	47 544	37,5	14,3	1,3	1,1	2,5
1997	38 878	41,3	15,0	1,5	1,1	2,6
1998	44 437	44,1	16,4	1,4	1,3	2,7
1999	42 751	44,9	16,9	1,6	1,4	3,1
2000	37 566	46,2	17,2	1,5	1,6	3,1
2001	39 276	47,4	17,7	1,5	1,5	3,0
2002	39 742	47,7	17,9	1,5	1,6	3,1
2003	40 369	43,6	16,2	1,2	1,3	2,5

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 61. Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination? Procentuell fördelning bland mänstrande. 1976–2003.

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

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 62. Andelen som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

År	Kön		Ålder ^{a)}			Alla
	Män	Kvinnor	15–29	30–49	50–75	
1988	11	5	12	12	2	8
1989	11	5	10	12	2	8
1990	10	5	9	12	1	7
1991	10	5	7	13	1	8
1992	11	6	9	15	1	9
1993	10	7	9	14	2	9
1994	10	7	9	14	2	9
1996	11	7	10	15	2	9
1998	14	7	11	17	4	11
2000	16	8	13	18	5	12

Källor: SIFO och TEMO.

a) T o m 1991 16–74 år och 16–75 år 2000.

Tabell 63. Andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

År	Kön		Ålder ^{a)}			Alla
	Män	Kvinnor	15–29	30–49	50–75	
1988	1	1	2	1	–	1
1989	1	0	2	1	–	1
1990	1	0	2	1	–	1
1991	1	0	2	1	–	1
1992	1	0	2	0	–	1
1993	1	0	2	0	–	1
1994	1	0	2	0	–	1
1996	1	0	1	0	–	1
1998	1	0	2	1	–	1
2000	1	0	2	1	–	1

Källor: SIFO och TEMO.

a) T o m 1991 16–74 år och 16–75 år 2000.

Tabell 64. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 27)

Ålder	År 1979		År 1992		År 1998	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
-17	202	1	65	0	206	1
18-19	773	5	219	1	591	2
20-24	4 609	31	1 618	9	3 220	12
25-29	4 728	32	4 085	22	3 567	14
30-34	2 473	17	4 755	25	5 136	20
35-39	1 122	8	4 232	22	5 394	21
40-44	460	3	2 258	12	4 248	16
45-49	217	1	1 041	6	2 366	9
50-	212	1	689	4	1 197	5
Okänt	204	1	38	0	75	0
Totalt	15 000	100	19 000	100	26 000	100

Källa: Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001).

a) Med 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; 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.

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 fr o m 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 kan fr o m år 2000 saknas för enstaka 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). 1965–2003.

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	421	99
2003	1 006	1 363	15	79	40 860	455	106

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992 och i synnerhet 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten.

b) Ökningen fr o m 2001 är åtminstone delvis artificiell och beror på förbättrad inrapportering av dataunderlagen från Tullverket.

Tabell 66. Personer misstänkta för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län. 1977–2003.

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	198	21	100	11	520	56	106	11	924	100
2003	149	22	78	11	386	56	80	12	693	100

Källa: Brå.

Tabell 67. Personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län. 1977–2003.

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
2003	4 512	29	3 042	20	1 974	13	5 915	38	15 443	100

Källa: Brå.

Tabell 68. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2003. (Diagram 28)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)			Mot varusmuggningslagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Per 100 000 invånare	Index, per 100 000 invånare 1985=100
	Totalt	Därav överlåtelse					
		Antal	%				
1970	5 023	.	.	639	5 662	70	90
1971	4 955	.	.	523	5 478	68	86
1972	5 245	.	.	444	5 689	70	89
1973	5 080	.	.	418	5 498	68	86
1974	4 677	.	.	611	5 288	65	82
1975	3 763	1 468	39	514	4 277	52	66
1976	3 923	1 297	33	529	4 452	54	69
1977	3 636	1 276	35	713	4 349	53	67
1978	3 778	1 299	34	753	4 531	55	70
1979	3 557	1 253	35	700	4 257	51	65
1980	5 936	2 228	38	1 180	7 116	86	109
1981	7 091	2 570	36	1 289	8 380	101	128
1982	7 496	2 590	35	1 243	8 739	105	133
1983	6 360	2 046	32	1 154	7 514	90	115
1984	5 595	2 033	36	1 136	6 731	81	103
1985	5 649	2 047	36	918	6 567	79	100
1986	5 530	1 949	35	896	6 426	77	98
1987	5 521	1 952	35	1 012	6 533	78	99
1988	5 678	1 911	34	1 019	6 697	79	101
1989	6 216	1 864	30	947	7 163	84	107
1990	6 668	1 862	28	1 008	7 676	90	114
1991	7 052	1 896	27	1 071	8 123	94	120
1992	7 077	1 855	26	897	7 974	92	117
1993	6 706	1 685	25	688	7 394	85	108
1994	7 984	1 860	23	620	8 604	98	125
1995	9 110	1 711	19	463	9 573	108	138
1996	8 782	1 719	20	496	9 278	105	133
1997	10 159	1 936	19	466	10 625	120	153
1998	11 049	1 964	18	441	11 490	130	165
1999	10 020	1 696	17	380	10 400	117	149
2000	11 966	1 665	14	579	12 545	141	180
2001	12 954	1 767	14	760	13 714	154	196
2002	14 376	1 958	14	924	15 300	171	217
2003	15 443	1 949	13	693	16 136	180	229

Källa: Brå.

Tabell 69. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelser enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2003. (Diagram 29)

År	Ålder								Totalt ^{a)}		Andel kvinnor
	15–20		21–24		25–39		40–		Antal	%	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%			
1975	1 415	35	1 295	32	1 202	30	127	3	4 039	100	15
1976	1 248	30	1 367	33	1 459	35	118	3	4 192	100	14
1977	1 175	26	1 482	33	1 714	38	177	4	4 548	100	15
1978	1 234	26	1 489	31	1 913	40	162	3	4 798	100	14
1979	1 098	25	1 405	32	1 754	40	154	3	4 411	100	16
1980	1 780	28	1 946	30	2 509	39	185	3	6 420	100	13
1981	2 206	27	2 296	28	3 433	42	261	3	8 196	100	14
1982	1 981	24	2 126	26	3 734	46	332	4	8 173	100	14
1983	1 493	21	1 775	25	3 506	50	300	4	7 074	100	14
1984	1 143	19	1 492	24	3 164	51	350	6	6 149	100	14
1985	917	15	1 289	21	3 399	56	462	8	6 067	100	15
1986	902	14	1 461	23	3 592	56	446	7	6 401	100	14
1987	752	12	1 346	22	3 628	58	482	8	6 208	100	14
1988	836	12	1 372	20	3 980	58	662	10	6 850	100	14
1989	809	12	1 343	19	4 174	60	688	10	7 014	100	13
1990	839	11	1 281	17	4 379	60	850	12	7 349	100	13
1991	755	10	1 192	16	4 647	61	1 018	13	7 612	100	13
1992	663	8	1 123	14	4 898	63	1 123	14	7 807	100	12
1993	603	8	881	12	4 407	61	1 338	19	7 229	100	14
1994	856	9	1 082	12	5 361	59	1 745	19	9 044	100	14
1995	977	10	1 196	12	6 029	59	2 048	20	10 250	100	15
1996	1 173	11	1 317	13	5 716	55	2 138	21	10 344	100	14
1997	1 736	15	1 749	15	5 707	50	2 167	19	11 359	100	14
1998	1 782	15	1 984	16	5 860	48	2 549	21	12 175	100	15
1999	1 922	15	2 042	16	5 721	46	2 785	22	12 470	100	14
2000	2 267	17	2 380	18	5 878	44	2 908	22	13 435	100	14
2001	2 654	19	2 695	19	5 719	40	3 070	22	14 138	100	14
2002	2 829	18	3 100	19	6 659	41	3 514	22	16 103	100	14
2003	2 854	17	3 317	19	7 037	41	3 943	23	17 151	100	14

Källa: Brå.

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

Tabell 70. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2003.

År	Endast en typ av medel		Flera typer av medel				Totalt
	Antal	Andel av totalen, %	Cs och cannabis	Cs och opiater	Cannabis och opiater	Övriga kombinationer	
1975	1 955	84	254	10	10	96	2 325
1976	1 930	81	309	22	32	82	2 375
1977	2 142	84	261	19	28	87	2 537
1978	2 211	86	185	22	41	110	2 569
1979	2 238	86	216	11	29	104	2 598
1980	3 684	87	327	21	48	140	4 220
1981	5 057	87	506	33	52	196	5 844
1982	5 256	86	584	30	50	169	6 089
1983	4 347	86	526	17	24	151	5 065
1984	3 960	86	474	14	27	131	4 606
1985	3 959	86	377	27	26	198	4 587
1986	4 319	87	413	23	18	186	4 959
1987	4 210	86	438	36	20	209	4 913
1988	4 179	84	490	27	48	227	4 971
1989	4 275	84	473	30	54	268	5 100
1990	4 575	84	480	24	79	284	5 442
1991	4 773	83	494	36	72	361	5 736
1992	5 156	81	550	54	107	468	6 335
1993	4 784	80	510	53	70	529	5 946
1994	5 475	77	787	83	111	664	7 120
1995	5 574	71	1 078	100	107	973	7 832
1996	5 567	68	1 156	120	153	1 234	8 230
1997	6 270	66	1 398	109	161	1 511	9 449
1998	6 558	65	1 634	113	148	1 691	10 144
1999	7 086	66	1 656	121	170	1 738	10 771
2000	7 285	64	1 724	109	172	2 036	11 326
2001	7 252	59	1 662	149	169	3 088	12 320
2002	8 184	59	1 852	151	174	3 530	13 891
2003	9 043	62	1 836	177	151	3 284	14 491

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **cannabis** ingått, efter ålder. 1975–2003. (Diagram 29)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	43	3	457	34	520	39	308	23	9	1	1 337	100
1976	38	3	327	29	426	38	317	28	10	1	1 118	100
1977	49	4	327	26	505	40	377	30	14	1	1 272	100
1978	67	4	385	24	586	37	525	33	14	1	1 577	100
1979	58	4	388	24	598	37	558	34	20	1	1 622	100
1980	153	5	712	24	1 018	35	997	34	44	2	2 924	100
1981	261	6	1 018	23	1 393	32	1 665	38	34	1	4 371	100
1982	259	6	988	22	1 307	29	1 841	41	61	1	4 456	100
1983	151	4	699	20	1 043	29	1 622	45	69	2	3 584	100
1984	104	3	591	18	891	27	1 590	49	82	3	3 258	100
1985	65	2	437	16	699	25	1 505	54	105	4	2 811	100
1986	84	3	474	15	829	25	1 738	53	131	4	3 256	100
1987	68	2	395	12	774	24	1 697	54	233	7	3 167	100
1988	77	3	360	12	665	22	1 701	57	193	6	2 996	100
1989	100	3	356	10	676	19	1 853	53	483	14	3 468	100
1990	109	3	369	11	653	19	1 987	59	264	8	3 382	100
1991	96	3	315	9	567	17	2 023	60	355	11	3 356	100
1992	82	2	308	9	578	16	2 118	60	434	12	3 520	100
1993	68	3	253	9	355	13	1 585	59	412	15	2 673	100
1994	122	4	328	11	399	13	1 663	55	528	17	3 040	100
1995	167	5	336	10	434	13	1 833	55	569	17	3 339	100
1996	191	6	368	11	485	15	1 657	50	624	19	3 325	100
1997	275	7	569	14	636	16	1 844	46	699	17	4 023	100
1998	281	6	634	15	721	16	1 920	44	816	19	4 372	100
1999	359	8	747	16	806	17	1 901	40	933	20	4 746	100
2000	395	8	817	16	986	20	1 875	37	948	19	5 021	100
2001	427	8	948	19	1 035	20	1 693	33	951	19	5 054	100
2002	449	8	1 042	18	1 257	22	1 985	34	1 066	18	5 799	100
2003	415	7	1 042	18	1 284	22	1 849	32	1 222	21	5 812	100

Källa: Brå.

Tabell 72. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **centralstimulantia** ingått, efter ålder. 1975–2003. (Diagram 29)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	12	1	229	22	321	31	419	40	59	6	1 040	100
1976	10	1	261	19	443	32	605	44	55	4	1 374	100
1977	5	0	324	23	408	29	615	43	75	5	1 427	100
1978	8	1	107	13	195	24	447	54	66	8	823	100
1979	9	1	120	14	208	23	473	53	78	9	888	100
1980	11	1	165	15	304	27	558	50	76	7	1 114	100
1981	18	1	151	11	323	23	797	56	132	9	1 421	100
1982	19	1	183	10	388	22	1 017	57	176	10	1 783	100
1983	11	1	156	10	353	22	916	58	136	9	1 572	100
1984	6	0	120	8	294	20	881	59	192	13	1 493	100
1985	5	0	113	7	295	17	1 072	63	220	13	1 705	100
1986	2	0	84	5	322	19	1 076	63	225	13	1 709	100
1987	11	1	93	5	281	16	1 129	65	235	13	1 749	100
1988	8	0	91	5	256	13	1 239	65	307	16	1 901	100
1989	5	0	82	5	235	14	1 088	63	320	18	1 730	100
1990	3	0	57	3	218	12	1 223	66	346	19	1 847	100
1991	8	0	65	3	206	11	1 226	64	419	22	1 924	100
1992	10	0	81	4	226	10	1 404	64	458	21	2 179	100
1993	14	1	101	4	257	10	1 566	62	575	23	2 513	100
1994	23	1	132	4	342	10	2 017	61	797	24	3 311	100
1995	43	1	163	4	372	10	2 230	60	880	24	3 688	100
1996	69	2	216	5	402	10	2 230	56	1 048	26	3 965	100
1997	98	2	362	8	593	14	2 296	53	1 021	23	4 370	100
1998	90	2	382	8	661	14	2 341	50	1 208	26	4 682	100
1999	106	2	377	8	634	13	2 402	49	1 370	28	4 889	100
2000	125	3	431	9	713	15	2 290	47	1 269	26	4 828	100
2001	138	3	527	10	747	15	2 217	44	1 441	28	5 070	100
2002	162	3	554	10	874	15	2 505	44	1 571	28	5 666	100
2003	142	2	549	9	833	14	2 565	44	1 805	31	5 894	100

Källa: Brå.

Tabell 73. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **opiater** ingått, efter ålder. 1975–2003. (Diagram 29)

År	Ålder										Totalt	
	15–17		18–20		21–24		25–39		40–		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1975	1	1	13	17	34	44	28	36	1	1	77	100
1976	1	1	23	17	72	52	42	30	1	1	139	100
1977	3	2	19	12	67	43	65	42	2	1	156	100
1978	4	2	21	10	73	33	120	55	1	0	219	100
1979	0	0	13	8	53	31	104	60	3	2	173	100
1980	1	0	33	9	103	28	224	60	12	3	373	100
1981	2	1	14	4	72	20	267	72	14	4	369	100
1982	0	0	14	5	62	22	195	69	12	4	283	100
1983	4	2	9	4	53	22	170	70	6	2	242	100
1984	0	0	8	5	32	20	118	74	2	1	160	100
1985	2	1	2	1	23	11	174	82	10	5	211	100
1986	0	0	5	3	22	13	136	79	9	5	172	100
1987	0	0	13	5	34	13	192	75	16	6	255	100
1988	0	0	6	2	45	17	197	73	21	8	269	100
1989	0	0	5	2	51	15	261	79	15	5	332	100
1990	2	1	10	3	37	12	244	76	27	8	320	100
1991	3	1	18	4	73	16	329	71	40	9	463	100
1992	6	1	16	3	79	13	447	75	51	9	599	100
1993	2	0	24	4	60	10	420	71	88	15	594	100
1994	5	1	26	3	92	12	550	70	113	14	786	100
1995	8	1	30	4	86	12	508	68	115	15	747	100
1996	3	0	50	6	88	10	557	65	158	18	856	100
1997	20	2	55	7	134	16	510	61	119	14	838	100
1998	11	1	56	6	137	15	531	59	160	18	895	100
1999	2	0	63	7	171	18	526	55	190	20	952	100
2000	10	1	63	7	142	15	530	56	208	22	953	100
2001	13	1	70	7	162	16	534	54	203	21	982	100
2002	3	0	49	5	186	20	507	53	206	22	951	100
2003	3	0	51	5	150	16	503	54	225	24	932	100

Källa: Brå.

Tabell 74. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel ^{a)}. 1975–2003.

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

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, 1966–2003. ^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	19 503	572	3	.	.	.	.
1968	22 160	1 612	7	.	.	.	.
1969	22 613	2 032	9	.	.	.	.
1970	23 094	2 316	10	.	.	.	.
1971	22 856	2 584	11	.	.	.	.
1972	23 196	2 763	12	.	.	.	.
1973	23 295	2 679	12	.	.	.	.
1974	18 905	2 500	13	.	.	.	.
1975	16 821	2 357	14	.	.	.	.
1976	16 340	2 398	15	.	.	.	.
1977	16 226	2 794	17	.	.	.	.
1978	16 259	2 403	15	.	.	.	.
1979	16 168	2 397	15	.	.	.	.
1980	14 422	2 348	16	.	.	.	.
1981	15 451	3 344	22	6 992	45	1 915	12
1982	17 065	3 619	21	7 229	42	1 923	11
1983	17 698	3 695	21	7 244	41	1 904	11
1984	13 379	3 098	23	5 606	42	1 717	13
1985	11 589	2 926	25	4 779	41	1 613	14
1986	11 768	3 081	26	4 911	42	1 679	14
1987	12 185	3 141	26	4 949	41	1 674	14
1988	11 841	3 204	27	4 877	41	1 684	14
1989	12 289	3 471	28	5 144	42	1 884	15
1990	12 405	3 412	28	5 210	42	1 888	15
1991	12 711	3 453	27	5 319	42	1 853	15
1992	12 679	3 275	26	4 946	39	1 636	13
1993	11 705	3 268	28	4 277	37	1 583	14
1994	11 809	3 395	29	4 450	38	1 703	14
1995	12 583	3 572	28	4 838	38	1 742	14
1996	12 078	3 621	30	4 383	36	1 660	14
1997	11 248	4 077	36	4 400	39	1 799	16
1998	10 673	4 037	38	3 923	37	1 678	16
1999	11 024	4 391	40	3 973	36	1 770	16
2000	10 832	4 410	41	4 188	39	1 823	17
2001	10 245	4 438	43	3 773	37	1 723	17
2002	10 165	4 376	43	3 662	36	1 719	17
2003	11 229	4 986	44	4 060	36	1 864	17

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

b) År 1998 ingick ej Nyköping, 2001 ingick ej Halmstad samt Nacka/Haninge och 2002 ingick ej Nacka/Haninge och Göteborg Hisingen/förorter.

Tabell 76. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april, 1966–2003. ^{a)}

År	Antal klienter ^{b)}	Narkotika-missbrukare		Alkohol-missbrukare		Därav alkohol- och narkotika-missbrukare	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	4 863	450	9	.	.	.	.
1968	4 969	995	20	.	.	.	.
1969	5 177	1 226	24	.	.	.	.
1970	4 994	1 090	22	.	.	.	.
1971	4 695	1 084	23	.	.	.	.
1972	4 742	1 219	26	.	.	.	.
1973	4 963	1 393	28	.	.	.	.
1974	4 162	1 055	25	.	.	.	.
1975	3 333	849	25	.	.	.	.
1976	3 625	1 018	28	.	.	.	.
1977	3 493	1 188	34	.	.	.	.
1978	3 484	1 166	33	.	.	.	.
1979	3 924	1 084	28	.	.	.	.
1980	3 795	962	25	.	.	.	.
1981	4 116	1 168	28	.	.	.	.
1982	4 112	1 291	31	.	.	.	.
1983	4 280	1 487	35	1 538	36	625	15
1984	3 708	1 158	31	1 403	38	509	14
1985	3 617	1 336	37	1 417	39	550	15
1986	3 414	1 381	40	1 283	38	574	17
1987	3 792	1 509	40	1 516	40	608	16
1988	3 933	1 654	42	1 560	40	666	17
1989	3 944	1 653	42	1 579	40	620	16
1990	4 036	1 597	40	1 767	44	739	18
1991	3 803	1 586	42	1 533	40	667	18
1992	4 005	1 672	42	1 561	39	723	18
1993	4 290	1 742	41	1 627	38	791	18
1994	4 581	1 813	40	1 708	37	809	18
1995	4 408	1 773	40	1 788	41	856	19
1996	4 367	1 733	40	1 599	37	766	18
1997	3 616	1 589	44	1 183	33	611	17
1998	3 680	1 831	50	1 260	34	679	18
1999	3 537	1 652	47	1 215	34	638	18
2000	3 352	1 707	51	1 092	33	594	18
2001	3 744	1 953	52	1 244	33	743	20
2002	3 967	2 008	51	1 238	31	512	13
2003	3 941	2 308	59	982	25	566	14

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

b) År 1988 ingick ej kriminalvårdsanstalten Roxtuna, 2001 ingick ej Beateberg, Smälteryd samt Täby, 2002 ingick ej Hinseberg och Sörbyn och 2003 ingick ej, Hinseberg, Halmstad öppna samt Luleå.

Tabell 77. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2003. ^{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
2002	4 588	45	1 676	16	3 909	38	10 173	100
2003	4 552	42	1 835	17	4 334	40	10 721	100

Källa: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Sjuklighet och dödlighet (tabellerna 78–84)

I tabellerna 78–79 och 83–84 redovisas uppgifter rörande slutenvård och dödlighet och det bör påpekas att man 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker, ICD 10. Detta leder till att jämförbarheten med tidigare år minskar, även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare (se bilaga 1 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna). Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

Tabell 78 visar utvecklingen av utskrivningar för dem som vårdats med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker. I tidigare utgåvor av *Drogutvecklingen i Sverige* redovisades endast huvuddiagnoser och delvis andra ICD-koder, men numera används EpCs nya index över narkotikarelaterad slutenvård. I tabell 79 redovisas samma typ av uppgifter fördelade på län. Av tabell 78 framgår även antalet unika individer som vårdats med narkomanidiagnos någon gång sedan 1987. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras. ICD-kodsbytet 1997 ledde till att uppgifterna om i synnerhet förstagångsvårdade är mindre jämförbara över tid.

Tabell 80 visar antalet narkotikamissbrukare smittade av hepatit (gulst). Av de hepatitformer som förekommer är numera hepatit C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna och sådan diagnostik blev möjlig först 1990.

Tabellerna 81 och 82 beskriver utvecklingen av antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer med intravenöst missbruk. Länsindelningen i tabell 82 utgörs av landstingens gränser, vilka i stort överensstämmer med länsgränserna. De nya länsindelningarna har inte tillämpats i tabellen för att de redovisade siffrorna ska vara 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 index och i tabell 84 redovisas som en jämförelse EMCDDAs urval av diagnoser, som rekommenderas för europeiska jämförelser (DRD-standard version 3.0). Denna standard tar mera fasta på underliggande diagnoser, och diagnoserna framgår av slutrapporten från Project CT02.P1.05. Den svenska tillämpningen skiljer sig dock på en punkt från EUs rekommendationer. I Sverige inkluderas inte förgiftningar med Dextropropoxifen (T40.4), eftersom detta läkemedel med sin höga toxicitet leder till många dödsfall, samtidigt som det knappt används i andra europeiska länder.

Värdena i tabell 83 har reviderats av Socialstyrelsen för åren 1987–2002. I huvudsak beror det på att antalet i indexet ingående koder utökats såväl ICD9-perioden som ICD10-perioden. 1987–1996 har koderna 305.2, 305.3, 305.4, 305.5, 305.6, 305.7 och 305.9 lagts till. Från 1997 har nollkoderna för F11–F16 och F18–F19 lagts till. Vidare har ändringar i EpCs kodningssystem (tillägg av ”minuskoderna”) skett fr o m 1987, även om effekterna av denna förändring är marginell jämfört med utökningen av de i indexet ingående koderna. Det är inte möjligt att säkert säga om jämförbarheten med åren före 1987 ökat eller minskat p g a denna åtgärd.

I tabell 83 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen och denna är gjord med år 2000 som standardpopulation.

Tabell 78. Antal slutenvårdstillfällen, antal vårdade personer och antal vårdade personer för första gången sedan 1987 i slutenvård med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1). 1987–2002. ^{a)} (Diagram 31)

År	Narkotikarelaterade vårdtillfällen						Andel av alla vårdtillfällen (%)	Utskrivna personer	Förstagångsvårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%			
1987	5 295	67	2 643	33	7 938	100	0,5	4 572	4 572
1988	5 783	66	2 972	34	8 755	100	0,5	5 077	3 629
1989	5 934	66	3 084	34	9 018	100	0,6	5 197	3 211
1990	6 510	67	3 200	33	9 710	100	0,6	5 534	3 200
1991	6 861	68	3 257	32	10 118	100	0,6	5 881	3 193
1992	7 030	68	3 304	32	10 334	100	0,6	5 848	2 981
1993	7 658	68	3 551	32	11 209	100	0,7	6 254	3 052
1994	8 399	69	3 862	31	12 261	100	0,7	6 873	3 344
1995	8 986	69	4 056	31	13 042	100	0,8	7 117	3 335
1996	9 201	69	4 151	31	13 352	100	0,8	7 488	3 464
1997	9 337	65	4 963	35	14 300	100	0,9	8 544	4 485
1998	9 076	64	5 213	36	14 289	100	0,9	8 614	4 334
1999	9 090	64	5 113	36	14 203	100	0,9	8 576	4 223
2000	9 508	64	5 318	36	14 826	100	1,0	8 889	4 340
2001	9 881	64	5 592	36	15 473	100	1,1	9 111	4 449
2002	9 481	64	5 310	36	14 791	100	1,0	8 878	4 320

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser av perioden fram till 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10) och detta gäller i synnerhet för uppgifterna om förstagångsvårdade.

Tabell 79. Antal slutenvårdstillfällen med narkotikarelaterad bi- eller huvuddiagnos (se bilaga 1) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2002. ^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet ^{b)}		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	2 949	37	1 335	17	1 079	14	2 575	32	7 938	100
1988	3 409	39	1 421	16	1 154	13	2 771	32	8 755	100
1989	3 356	37	1 505	17	1 177	13	2 980	33	9 018	100
1990	3 580	37	1 641	17	1 227	13	3 262	34	9 710	100
1991	3 735	37	1 721	17	1 264	12	3 398	34	10 118	100
1992	3 862	37	1 570	15	1 367	13	3 535	34	10 334	100
1993	4 073	36	2 050	18	1 584	14	3 502	31	11 209	100
1994	4 538	37	2 068	17	1 787	15	3 868	32	12 261	100
1995	5 059	39	2 150	16	1 813	14	4 020	31	13 042	100
1996	5 101	38	2 206	17	1 822	14	4 223	32	13 352	100
1997	4 923	34	2 458	17	2 044	14	4 875	34	14 300	100
1998	4 294	30	2 530	18	2 129	15	5 336	37	14 289	100
1999	4 573	32	2 403	17	1 958	14	5 269	37	14 203	100
2000	5 058	34	2 278	15	2 038	14	5 452	37	14 826	100
2001	5 378	35	2 460	16	1 882	12	5 753	37	15 473	100
2002	5 024	34	2 341	16	1 781	12	5 645	38	14 791	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser med perioden före 1996 då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10).

b) Inklusive enstaka utskrivningar där länsuppgift saknas.

Tabell 80. Kliniskt anmälda fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2003.

År	Hepatit B		NonAnonB			Hepatit C ^{a)}		Totalt		
	Totalt	Därav IV-missb	Totalt	Därav IV-missb		Totalt	Därav IV-missb			
	Antal	%	Antal	%		Antal	%			
1969	.	.	.	.	.	.	.	.	1 233
1970	.	.	.	.	.	.	.	.	1 098
1971	.	.	.	.	.	.	.	.	1 579
1972	.	.	.	.	.	.	.	.	1 553
1973	.	.	.	.	.	.	.	.	937
1974	.	.	.	.	.	.	.	.	691
1975	.	.	.	.	.	.	.	.	961
1976	.	.	.	.	.	.	.	.	1 771
1977	.	.	.	.	.	.	.	.	1 056
1978	.	.	.	.	.	.	.	.	674
1979	.	.	.	.	.	.	.	.	621
1980	418	.	207	.	.	.	.	.	625
1981	414	.	179	.	.	.	.	.	593
1982	471	.	179	.	.	.	.	.	650
1983	405	.	218	.	.	.	.	.	623
1984	422	.	174	.	.	.	.	.	596
1985	516	.	152	.	.	.	.	.	668
1986	380	.	126	.	.	.	.	.	506
1987	308	.	113	.	.	.	.	.	421
1988	225	.	78	.	.	.	.	.	303
1989	263	.	102	.	.	.	.	.	365
1990	257	93	36	122	62	51	459	289	63	838
1991	254	94	37	145	2 359	1 608	68	2 758
1992	207	64	31	286	175	61	4 537	3 200	71	5 030
1993	211	86	41	17	0	–	4 028	2 674	66	4 256
1994	264	145	55	.	.	.	3 726	2 563	69	3 990
1995	294	151	51	.	.	.	2 872	1 828	64	3 166
1996	185	89	48	.	.	.	2 613	1 663	64	2 798
1997	154	61	40	.	.	.	2 358	1 545	66	2 512
1998	136	48	35	.	.	.	2 593	1 616	62	2 729
1999	214	90	42	.	.	.	2 330	1 495	64	2 544
2000	225	111	49	.	.	.	1 995	1 341	67	2 220
2001	215	119	55	.	.	.	1 970	1 269	64	2 185
2002	289	166	57	.	.	.	2 052	1 295	63	2 341
2003	372	216	58	.	.	.	1 917	1 192	62	2 289

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. 1983–2003. (Diagram 32)

År	Intravenöst HIV-smittade			Samtliga HIV-smittade	Andel intravenöst smittade %
	Män	Kvinnor	Totalt		
1983	0	0	0	6	–
1984	0	0	0	10	–
1985	88	54	142	315	45
1986	151	53	204	964	21
1987	78	20	98	396	25
1988	28	17	45	304	15
1989	32	13	45	305	15
1990	33	11	44	335	13
1991	19	11	30	327	9
1992	16	11	27	349	8
1993	16	10	26	388	7
1994	23	6	29	258	11
1995	13	6	19	248	8
1996	15	7	22	224	10
1997	17	10	27	240	11
1998	14	3	17	249	7
1999	13	3	16	211	8
2000	14	2	16	242	7
2001	27	11	38	270	14
2002	22	10	32	282	11
2003	23	4	27	379	7

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 82. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2003.

År	Stockholms län	f d Göteborgs och Bohus län	f d Malmöhus län	Övriga län	Riket totalt
1985	119	1	0	21	141
1986	168	4	4	28	204
1987	63	4	10	21	98
1988	36	1	3	5	45
1989	25	2	9	9	45
1990	33	2	2	7	44
1991	20	0	5	5	30
1992	18	3	2	4	27
1993	18	2	1	5	26
1994	20	1	6	3	30
1995	8	0	2	9	19
1996	12	1	2	7	22
1997	17	1	2	5	25
1998	11	0	2	3	16
1999	10	1	2	2	15
2000	11	2	3	1	17
2001	25	0	0	11	36
2002	17	1	0	11	29
2003	19	2	1	5	27

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 83. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (bilaga 1). Kön, ålders och åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare. 1969–2002.^{a)} (Diagram 28 och 33)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index per inv. 1985=100
	–19	20–29	30–39	40–49	50–	Antal	Standardiserade 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	0,4	44	30
1972	5	13	8	11	6	27	0,7	16	0,4	43	29
1973	0	8	10	9	7	27	0,7	7	0,2	34	23
1974	3	10	4	1	5	19	0,4	4	0,1	23	16
1975	3	17	2	4	5	19	0,5	12	0,3	31	21
1976	4	28	2	2	3	28	0,6	11	0,2	39	26
1977	2	19	8	6	8	34	0,8	9	0,2	43	29
1978	4	39	14	6	9	54	1,3	18	0,4	72	48
1979	2	40	23	7	7	62	1,4	17	0,4	79	53
1980	1	35	22	5	11	58	1,3	16	0,4	74	50
1981	4	27	31	9	14	58	1,3	27	0,6	85	57
1982	0	40	25	10	29	64	1,5	40	0,9	104	70
1983	2	28	34	16	23	67	1,6	36	0,9	103	69
1984	3	35	37	19	46	95	2,3	45	1,1	140	93
1985	1	26	48	24	51	104	2,5	46	1,1	150	100
1986	3	32	40	32	31	81	1,9	57	1,3	138	92
1987	1	50	68	17	40	127	3,0	49	1,2	176	117
1988	2	47	53	34	46	122	2,9	60	1,4	182	120
1989	1	32	59	27	43	111	2,6	51	1,2	162	106
1990	1	52	54	39	53	151	3,5	48	1,1	199	129
1991	3	35	67	32	49	146	3,4	40	0,9	186	120
1992	1	35	85	48	69	169	4,0	69	1,5	238	153
1993	2	36	88	60	68	182	4,2	72	1,7	254	162
1994	6	50	95	62	68	205	4,6	76	1,7	281	178
1995	2	46	76	78	94	211	4,9	85	1,9	296	187
1996	9	49	95	91	98	237	5,4	105	2,4	342	215
1997	4	44	109	93	85	261	5,9	74	1,7	335	211
1998	5	53	90	94	99	264	5,9	77	1,7	341	214
1999	2	70	108	85	88	269	6,0	84	1,9	353	222
2000	13	100	108	88	94	320	7,1	83	1,9	403	253
2001	11	89	101	102	100	315	7,0	88	1,9	403	252
2002	9	77	95	103	107	313	7,0	78	1,7	391	244

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttagas vid jämförelser över dessa år.

Tabell 84. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt EMCDDAs beräkningsmetod (DRD-standard version 3.0 – se tabellkommentarerna), fördelat på län. 1987–2002.

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga landet		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	41	59	7	10	8	11	14	20	70	100
1988	30	55	7	13	1	2	17	31	55	100
1989	32	57	5	9	6	11	13	23	56	100
1990	36	58	4	6	10	16	12	19	62	100
1991	35	56	7	11	4	6	16	26	62	100
1992	33	50	7	11	5	8	21	32	66	100
1993	45	54	5	6	9	11	24	29	83	100
1994	49	57	6	7	11	13	20	23	86	100
1995	46	66	5	7	7	10	12	17	70	100
1996	68	56	7	6	22	18	25	20	122	100
1997	58	44	10	8	30	23	35	26	133	100
1998	55	40	10	7	37	27	36	26	138	100
1999	72	47	12	8	30	20	39	25	153	100
2000	62	32	21	11	64	34	44	23	191	100
2001	61	38	18	11	36	22	47	29	162	100
2002	58	36	20	13	33	21	49	31	160	100

Källor: Dödsorsaksregistret och Statens folkhälsoinstitut.

Tabellkommentarer: Psykofarmakautvecklingen (tabellerna 85–89)

Tabellerna 85–86 och 88–89 redovisar statistik över försäljning från 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.

Tidigare redovisades inleveranserna men från 2002 finns endast uppgifter från försäljningsstatistiken tillgängliga eftersom information om vad som köps in från droghandeln saknas. Uppgifter från båda redovisningssystemen (ACS respektive Xplain) redovisas parallellt för några år i tabellerna 85–86 och av dem framgår att skillnaden mellan de olika värdena är mycket små och inte påverkar trenderna märkbart.

Den puckel som kan skönjas i statistiken 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.

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 tabellerna 88 och 89 bygger på receptstatistik som sammanställs utifrån stickprov på utlämnade recept (försäljning). Sedan 1999 ingår sk dosdispenseringar i denna statistik. Med detta avses att apoteket gör uttag ur tillverkarens originalförpackning och färdigställer läkemedel för varje in-tagningstillfälle för minst en veckas förbrukning till enskild person.

Tabell 85. Försäljning av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) från apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003. (Diagram 35)

År	Lugnande medel/sömnmedel (N05B + N05C)		Antidepressiva medel (N06A)	
	ACS	Xplain	ACS	Xplain
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	63	49	48
2001	65	64	56	55
2002	66	64	61	60
2003	.	65	.	62

Källa: Apoteket AB; 1972–2002: ACS, inleveransstatistik, 2000– : Xplain, försäljningsstatistik.

Tabell 86. Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V från apoteken. Antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag. 1972–2003. (Diagram 36)

År	Narkotikaförteckning II		Narkotikaförteckning IV/V, enkelpreparat		Narkotikaförteckning IV/V, kombipreparat
	ACS	Xplain	ACS	Xplain	ACS
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	.	.
2001	11	.	45	.	.
2002	10	9	52	48	.
2003	.	8	.	49	.

Källa: Apoteket AB; 1972–2002: ACS, inleveransstatistik, 2002– : Xplain, försäljningsstatistik.

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. 2003. (Diagram 37)

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	10	9
25-29	13	15	15
30-34	19	24	22
35-39	28	37	33
40-44	42	55	49
45-49	52	72	62
50-54	60	92	76
55-59	70	113	92
60-64	82	132	107
65-69	93	139	117
70-74	112	161	139
75-79	144	208	180
80-84	200	265	239
85-89	252	321	298
90-94	338	380	369
95-99	383	443	431

Källa: Apoteket AB, Xplain, försäljningsstatistik.

Tabell 89. Försäljning av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) mot recept i antal dygnsdoser per 1 000 invånare och dag efter län. 2003. (Diagram 38)

Län	DDD/tid	Län	DDD/tid
Stockholm	54	Värmland	62
Uppsala	62	Örebro	54
Södermanland	52	Västmanland	66
Östergötland	60	Dalarna	58
Jönköping	76	Gävleborg	63
Kronoberg	77	Västernorrland	58
Kalmar	59	Jämtland	54
Gotland	56	Västerbotten	54
Blekinge	48	Norrbottn	46
Skåne	68		
Halland	64		
Västra Götaland	73		

Källa: Apoteket AB, Xplain, försäljningsstatistik.

Tabellkommentarer: Snifningsutvecklingen (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 mönstrande som sniffat någon gång för åren 1970–1980 samt från 1998 och framåt, då frågan återinfördes i formuläret. Uppgifter om frekvens saknas för åren 1978–1980. I tabellen redovisas även andelen som sniffat under de senaste två åren för perioden 1975–1999. Tekniska problem medförde stora bortfall åren 1985 och 1987. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten. Sedan 1992 viktas resultaten rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall.

År 1995 moderniserades exemplen på snifningsmedel i mönstringsundersökningen, vilket medför svårigheter att tolka siffrorna. Ökningen 1995 får till stor del tillskrivas att exemplen på snifningsmedel uppdaterades från ”thinner, tri, solution” till ”lösningsmedel, lim, butangas, bensin eller liknande”. Den tidigare formuleringen, med snifningsmedel som knappast används längre, bidrog till att värdena sedan en tid varit underskattande. Som vidare framgår sjönk andelen till knappt 3% 1998–1999. Införandet av en livstidsprevalensfråga 1998 har troligen bidragit till detta, vilket i sin tur indikerar att många som tidigare rapporterat snifning 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. 1971–2004. (Diagram 39)

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	7	2	2
2002	5 349	9	7	2	2
2003	5 226	8	6	2	2
2004	5 414	8	6	2	2

Källa: CAN.

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

Tabell 91. Andelen mänstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren.^{a)} Procent. 1970/71–2003. (Diagram 39)

År	Antal tillfrågade	Sniffat någon gång			Sniffat senaste två åren		
		En gång	Flera gånger	Totalt	En gång	Flera gånger	Totalt
1970/71	53 392	9,3	10,6	19,9	.	.	.
1971/72	55 469	9,3	11,5	20,8	.	.	.
1972/73	57 992	9,7	13,3	23,0	.	.	.
1974	54 328	9,4	14,2	23,6	.	.	.
1975	54 711	9,4	12,8	22,2	1,6	2,5	4,1
1976	52 361	7,6	10,3	17,9	1,3	1,7	3,0
1977	52 129	7,1	9,3	16,4	1,3	1,7	3,0
1978	47 659	..	..	15,1	1,2	1,8	3,0
1979	49 658	..	..	12,4	1,1	1,5	2,6
1980	49 902	..	..	10,5	1,0	1,2	2,2
1981	54 363	.	.	.	..	..	2,8
1982	51 932	.	.	.	1,3	1,7	3,0
1983	52 011	.	.	.	1,1	1,3	2,4
1984	49 358	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1985	35 278	.	.	.	0,9	1,1	2,0
1986	46 646	.	.	.	1,0	1,1	2,1
1987	26 954	.	.	.	1,0	1,4	2,4
1988	41 125	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1992	27 839	.	.	.	0,8	1,0	1,8
1993	33 956	.	.	.	1,1	1,1	2,2
1994	39 519	.	.	.	1,2	1,4	2,7
1995	44 878	.	.	.	2,7	2,7	5,4
1996	47 544	.	.	.	2,6	2,8	5,4
1997	38 878	.	.	.	2,1	2,4	4,5
1998	44 437	3,9	3,7	7,7	1,4	1,2	2,6
1999	42 751	3,4	3,5	6,9	1,2	1,2	2,4
2000	37 566	3,7	3,0	6,7	.	.	.
2001	39 276	3,1	2,4	5,5	.	.	.
2002	39 742	3,1	2,5	5,6	.	.	.
2003	40 369	3,1	2,5	5,6	.	.	.

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)

Tabell 92 beskriver polisens och tullens beslag av de typer av dopningsmedel som omfattas av dopningslagen. Åren 1993–1997 inhämtades uppgifterna från respektive myndighet och då redovisade polisen antalet beslagstillfällen medan tullen redovisade antalet beslag. Denna period skiljde sig redovisningssätten också i så måtto att polisen redovisade injektionsvätska i liter medan tullen uppgav antal ampuller, vilka normalt innehåller en milliliter vätska. Ampullantalen har för tullens del räknats om till liter, men är något underskattande eftersom även tvåmilliliters ampuller förekommer.

Fr o m 1998 inhämtas beslagsuppgifterna från Rikspolisstyrelsens BAR-register. I detta redovisas antal beslag samt mängd vätska i liter för både tull och polis, varför summeringar av beslagen kan göras från detta år.

Dopningslagstiftningen skärptes 1999 vilket kan ha lett till ökade insatser från rättsväsendets sida, med åtföljande beslagsökningar. En sådan påverkan kan även gälla för innehållet i tabellerna 93–94 som redovisar rättsstatistiska uppgifter. I lagföringarna i tabell 93 ingår fällande domar, godkända strafförelägganden samt åtalsunderlåtelse.

År 2004 ändrades frågan och svarsalternativen om erfarenhet av anabola androgena steroider i frågeformuläret i skolundersökningen i årskurs 9. Detta kan möjligen ha bidragit till de ökade andelarna som uppgett att de använt anabola steroider år 2004 (tabell 95).

Vad gäller tillväxthormon har frågornas utformning varierat, vilket framgår av fotnoterna. I inget fall när det klargjorts att tillväxthormon måste injiceras överstiger den uppgivna erfarenheten 0,5%. År 2000 och 2004 utgick frågorna om detta preparat ur mönstrings- och skolundersökningarna. Sedan 1992 viktas resultaten i mönstringsundersökningen rutinmässigt för att kompensera eventuellt snedfördelade bortfall (tabell 96).

P g a metodproblem har den tidigare redovisade ungdomsundersökningen (16–24 år) från år 2000 uteslutits (se Metodproblem och tillförlitlighet).

Tabell 92. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat. 1993–2003.

År	Polisbeslag			Tullbeslag			Samtliga beslag		
	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter	Antal beslag	Antal tabl	Liter ^{b)}	Antal beslag ^{a)}	Antal tabl	Liter ^{b)}
1993	295	126 000	1	75	174 259	0	.	300 259	1
1994	236	144 000	3	104	232 015	14	.	376 015	17
1995	140	103 200	6	77	108 436	6	.	211 636	12
1996	170	70 000	9	122	34 054	16	.	104 054	24
1997	200	75 600	12	165	51 573	23	.	127 173	35
1998	355	13 750	2	89	76 794	9	444	90 544	11
1999	329	35 458	6	110	125 862	13	439	161 320	19
2000	466	22 993	4	127	72 753	27	593	95 746	31
2001	555	35 677	4	171	208 281	14	726	243 958	18
2002	766	68 031	6	129	358 646	25	895	426 677	31
2003	784	53 193	6	198	566 111	50	982	619 304	56

Källa: 1993–1997 Rikspolisstyrelsen samt Generaltullstyrelsens Tullmålsjournal, 1998–2003 Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Jämförelser av beslagsantalen före och efter 1998 är inte möjliga. Eftersom polisens och tullens statistik är sammanställd på delvis olika sätt 1993–1997 kan inga summeringar göras.

b) För tullens del kan den flytande mängden vara något högre än redovisat 1993–1996 p g a delvis anorlunda redovisningsmetod dessa år.

Tabell 93. Antal anmälda brott, antal misstänkta personer och antalet lagförda personer för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel. 1993–2003.

År	Anmälda brott		Misstänkta personer		Lagförda personer	
	Dopningslagen	Antal brott per 100 000 invånare	Dopningslagen	Därav kvinnor (%)	Dopningslagen	Därav huvudbrott (%)
1993	564	6	229	3	230	52
1994	412	5	197	2	214	43
1995	288	3	178	4	196	52
1996	320	4	181	2	196	48
1997	340	4	176	1	183	38
1998	273	3	189	1	201	43
1999	416	5	172	2	198	39
2000	438	5	264	3	238	43
2001	482	5	318	2	313	33
2002	640	7	393	3	343	35
2003	634	7	425	2	408	31

Källa: Brå.

Tabell 94. Antal personer misstänkta för brott mot lagen om förbud av vissa dopningsmedel, fördelat efter ålder. 1993–2003.

År	15–19		20–29		30–39		40–		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1993	53	23	127	55	34	15	15	7	229	100
1994	35	18	112	57	39	20	11	6	197	100
1995	38	21	93	52	37	21	10	6	178	100
1996	32	18	101	56	36	20	12	7	181	100
1997	35	20	95	54	32	18	14	8	176	100
1998	31	16	109	58	39	21	10	5	189	100
1999	17	10	121	70	27	16	7	4	172	100
2000	41	16	165	63	46	17	12	5	264	100
2001	49	15	203	64	57	18	9	3	318	100
2002	63	16	244	62	63	16	23	6	393	100
2003	48	11	296	70	58	14	23	5	425	100

Källa: Brå.

Tabell 95. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2004.

År	Antal	Anabola steroider ^{a)}		Tillväxthormon ^{b)}	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1993	5 913	1	0	1	0
1994	5 868	1	0	0	–
1995	5 577	0	0	0	0
1996	6 027	1	0	0	0
1997	5 683	1	0	0	0
1998	5 455	1	0	0	0
1999	5 198	1	0	0	0
2000	5 290	1	0	0	0
2001	5 569	1	0	0	0
2002	5 349	1	0	0	0
2003	5 243	1	0	0	0
2004	5 414	2	1	.	.

Källa: CAN.

a) Frågeställningen ändrades 2004.

b) 1995–2003 redovisades enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 96. Andel månstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2003.

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

Källa: CAN.

a) 1995–1999 efterfrågades injektionsbruk explicit.

Tabell 97. Andelen i 16–24-åringar^{a)} som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2003.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24
1993	1	–	1	1	0	0	–	0	–	–
1994	2	1	1	1	1	–	–	–	–	–
1996	0	0	0	0	1	0	–	0	0	0
1998	0	–	–	0	0	0	–	–	–	1
2003	1	0	1	0	1	.	.	.	.	.

Källor: SKOP (1993), TEMO (1994–1998) och ARS (2003).
a) År 1993 16–25 år.

Tabell 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, dessa kan ha påverkats bland annat av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet. Av tabellen framgår även Tullverkets beslag av cigaretter.

Utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9 redovisas i tabell 100. 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 (observera korrigeringen av 2003 års värden jämfört med förra årets utgåva).

Tabell 101 visar andelen dagligrökare i befolkningen enligt SCBs ULF-undersökningar. I äldre utgåvor av *Drogutvecklingen i Sverige* specialredovisades åldersgruppen 18–70 år, men numera används de åldersintervall som SCB normalt använder.

Tabell 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. 1970–2003. (Diagram 41)

År	Försäljning			Beslag, miljoner cigaretter
	Cigaretter (st)	Annan rök-tobak (g)	Snus (g)	
1970	1 610	349	395	2
1971	1 550	322	410	2
1972	1 750	298	414	3
1973	1 440	296	420	3
1974	1 710	283	435	3
1975	1 800	270	453	4
1976	1 840	258	489	4
1977	1 730	234	512	3
1978	1 780	219	522	3
1979	1 800	209	535	3
1980	1 780	211	548	3
1981	1 710	204	559	2
1982	1 790	229	582	2
1983	1 700	252	594	1
1984	1 690	285	636	1
1985	1 630	271	667	1
1986	1 630	256	681	1
1987	1 610	237	681	1
1988	1 620	225	663	1
1989	1 570	224	660	2
1990	1 510	225	659	2
1991	1 490	219	685	3
1992	1 550	230	708	4
1993	1 230	204	709	6
1994	1 220	203	734	5
1995	1 130	197	755	6
1996	1 150	197	785	17
1997	830	191	741	39
1998	800	168	743	46
1999	960	143	789	32
2000	980	139	861	45
2001	1 000	134	889	48
2002	1 030	130	924	27
2003	980	120	917	74

Källor: Swedish Match, Statistikbyrån VECA och Tullverket.

Tabell 100. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker, 1971–2004. (Diagram 42)

År	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	41	47	.	.	.	.
1972	6 085	.	.	.	.	.	.
1973	5 594	.	.	.	.	.	.
1974	4 634	31	45	.	.	25	4
1975	4 217	32	45	.	.	26	5
1976	4 136	27	40	.	.	29	5
1977	6 034	25	40	.	.	30	8
1978	9 543	25	38	.	.	29	7
1979	9 359	21	34	.	.	29	6
1980	9 941	21	33	.	.	30	8
1981	9 496	23	35	.	.	30	7
1982	5 146	25	32	.	.	30	7
1983 ^{a)}	3 262	19 15	30 22	11	18	29 21	7 2
1984	32 819	16	22	11	16	24	1
1985	1 502	16	21	11	14	21	2
1986	5 820	17	22	12	15	24	2
1987	5 778	17	24	10	15	25	2
1988	5 430	17	24	10	15	22	2
1989	5 714	23	30	12	17	20	3
1990	5 977	20	31	13	19	20	2
1991	5 883	19	27	13	18	16	1
1992	5 851	22	27	16	18	19	0
1993	5 913	20	26	14	18	17	0
1994	5 868	17	29	12	20	19	1
1995	5 577	19	27	13	17	19	1
1996	6 027	19	25	12	17	17	1
1997 ^{a)}	5 683	17 28	25 37	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
2003	5 226	20	30	6	13	24	6
2004	5 414	18	30	5	13	21	8

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). 1980–2003. (Diagram 43)

År	Män					Kvinnor						
	Ålder					Totalt	Ålder					Totalt
	16–24	25–44	45–64	65–74	75–84		16–24	25–44	45–64	65–74	75–84	
1980	28	43	37	32	25	36	37	40	24	14	4	29
1981	25	38	35	33	28	34	36	35	25	12	6	27
1982	24	40	35	30	24	34	32	38	27	12	3	28
1983	22	38	34	25	25	32	29	37	25	10	8	26
1984	22	38	38	28	23	33	31	37	29	14	5	28
1985	23	33	34	25	21	30	30	37	27	13	6	27
1986	17	34	34	22	21	29	26	37	24	16	7	27
1987	17	32	35	28	22	29	27	35	28	13	7	26
1988	17	32	31	27	18	28	28	36	27	13	6	26
1989	16	29	30	20	21	26	26	35	27	16	7	26
1990	14	29	32	25	15	26	22	34	28	17	7	26
1991	17	30	29	25	12	26	23	31	28	14	5	24
1992	14	28	31	23	17	25	21	34	30	18	9	27
1993	14	25	30	19	14	23	19	28	28	18	6	23
1994	15	21	29	16	15	22	20	29	28	13	7	24
1995	14	22	28	21	15	22	21	29	27	15	7	24
1996	16	21	27	18	13	21	23	27	27	17	9	23
1997	12	16	19	16	14	17	19	25	27	16	7	22
1998	10	15	22	18	13	17	18	23	28	14	7	21
1999	14	17	26	15	11	19	18	20	25	14	6	19
2000	13	15	21	16	12	17	19	23	26	15	9	21
2001	14	17	23	19	4	18	19	20	26	13	7	20
2002	10	14	23	14	11	16	18	20	23	16	9	19
2003	10	15	23	18	8	17	16	18	24	13	9	18

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 *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 99*.

EpCs index över alkoholrelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70	Leversjukdom orsakad av alkohol
K85	Akut pankreatit
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
K86.1	Annan kronisk pankreatit
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51	Toxisk effekt av alkohol

Bilaga 1

EpCs index över alkoholrelaterade dödsorsaker

ICD10-kod	Diagnos i klartext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70.0–70.9	Leversjukdom orsakad av alkohol
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
T51.0–51.9	Toxisk effekt av alkohol
Y90.1–Y90.9	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y91.1–Y91.9	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad
Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk

EpCs index över narkotikarelaterade slutenvårdsdiagnoser

ICD10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk

EpCs index över narkotikarelaterade dödsorsaker

ICD10-kod	Diagnos i klartext
F11–F16, F18, F19	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser
O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
T40.0–T40.3, T40.5–T40.9	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel
T43.6	Förgiftning med psykostimulantia med missbruksrisk
Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk



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
Levomorfetan	II	N I	J
Levomoramid	II	N I	J
Levonantradol	II	–	J
Levorfanol	II	N I	J
Loprazolam	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Lorazepam	IV	P IV	J
Lormetazepam	IV	P IV	J
Lysergid, LSD, LSD-25	I	P I	J
Mazindol	II	P IV	J
MDA, 2-amino-1-(3,4-metylendioxifenyl)-propan	I	P I	J
MDMA, 3,4-metylendioximetamfetamin	I	P I	J
Medazepam	IV	P IV	J
Mefenorex	II	P IV	J
Meklokalon	II	P II	J
Meprobatat	IV	P IV	J
Meskalin	I	P I	J
Mesokarb	IV	P IV	J
Metamfetamin	II	P II	J
Metamfetamin racemat	II	P II	J
Metazocin	II	N I	J
Metadon	II	N I	J
Metadonintermediat	II	N I	J
Metakvalon	II	P II	J
Metkatinon	I	P I	J
Metoheital	V	–	N
Metopon	II	N I	J
4-Metylaminoorex	I	P I	J
Metyldesorfin	II	N I	J
Metyldihydromorfin	II	N I	J
Metylfenidat	II	P II	J
Metylfenobarbital	IV	P IV	J
3-Metylfentanyl	II	N I+IV	J
4-Metyltioamfetamin (4-MTA)	I	–	J
3-Metyltiofentanyl	II	N I+IV	J
Metylpentynol	V	–	N
Metyprolon	IV	P IV	J
Midazolam	IV	P IV	J
MMDA, 5-metoxi-3,4-metylendioxiamfetamin	I	PI	J
Modafinil	IV	–	J
Moramidintermediat	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Morferidin	II	N I	J
Morfin	II	N I	J
Morfinmetylbromid och andra femvärda kväve-morfinderivat, speciellt inkluderande morfin-N-oxiderivat, däribland Kodein-N-oxid	II	N I	J
Morfin-N-oxid	II	N I	J
MPPP, 1-metyl-4-fenyl-4-piperidinolpropionat	I	N I+IV	J
Myrofin	II	N I	J
N-(1-fenetyl-4-(3-metylpiperidyl))propionanilid	I	–	J
N-etyl MDA	I	P I	J
N-hydroxiamfetamin	I	–	J
N-hydroxi MDA	I	P I	J
Nabilon	II	–	J
Nikokodin	III	N II	J
Nikodikodin	III	N II	J
Nikomorfin	II	N I	J
Nimetazepam	IV	P IV	J
Nitrazepam	IV	P IV	J
Noracymetadol	II	N I	J
Nordazepam	IV	P IV	J
Norkodein	III	N II	J
Norlevorfanol	II	N I	J
Normetadon	II	N I	J
Normorfin	II	N I	J
Norpipanon	II	N I	J
Opium	II	N I	J
Oxazepam	IV	P IV	J
Oxazolam	IV	P IV	J
Oxykodon	II	N I	J
Oximorfon	II	N I	J
Para-fluorfentanyl	I	N I+IV	J
Parahexyl, 3-hexyl-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6H-dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	PI	J
Pentobarbital	IV	P III	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Pemolin	II	P I	J
Pentazocin	III	P III	J
PEPAP	I	N I+IV	J
Petidin	II	N I	J
Petidinintermediat A	II	N I	J
Petidinintermediat B	II	N I	J
Petidinintermediat C	II	N I	J
Piminodin	II	N I	J
Pinazepam	IV	P IV	J
Pipradol	II	P IV	J
Piritramid	II	N I	J
PMA, parametoxiamfetamin	I	PI	J
Prazepam	IV	P IV	J
Proheptazin	II	N I	J
Properidin	II	N I	J
Propiram	III	N II	J
Propylhexedrin	II	–	J
Psilocin, 3-[2-(Dimetylamino)etyl]indol-(4)-ol	I	P I	J
Psilocybe cubensis	I	–	J
Psilocybe semilanceata (toppslätskivling)	I	–	J
Psilocybin	I	P I	J
Pyrityldion	V	–	N
Pyrovaleron	II	P IV	J
Racemetorfan	II	N I	J
Racemoramid	II	N I	J
Racemorfan	II	N I	J
Remifentanil	II	–	J
Rolicyklidin, PHP, PCPY	I	P I	J
Sekbutabarital	IV	P IV	J
Sekobarbital	II	P II	J
Sufentanil	II	N I	J
Svampar som innehåller ämnena psilocybin eller psilocin, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts	I	–	J
Tebakon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Tebain	II	N I	J
Temazepam	IV	P IV	J
Tenamfetamin, MDA	I	P I	J
Tenocyklidin, TCP 1-(1-(2-tienyl)cyclohexyl)-piperidin	I	P I	J
Tetrahydrocannabinoler ⁶	I	P I	J
Tetrazepam	IV	P IV	J
Tilidin	II	N I	J
Tiofentanyl	I	N I+IV	J
TMA, 3,4,5-trimetoxiamfetamin	I	P I	J
Triazolam	IV	P IV	J
Trimeperidin	II	N I	J
Tybamat	V	–	N
Vallmohalm, koncentrat av	II	N I	J
Vinbarbital	V	–	N
Vinylbital	IV	P IV	J
Zipeprol	IV	P II	J
Zolpidem	V	–	N
Zopiklon	V	–	N

Denna författning träder i kraft omedelbart.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

⁶ Med tetrahydrocannabinoler avses i "List of Psychotropic substances under international control" (utgiven av International Narcotics Control Board) upptagna isomerer och stereo-kemiska varianter.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2001:4Utkom från trycket
den 25 april 2001

beslutade den 23 mars 2001

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ skall ändras enligt nedanstående:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Flunitrazepam	II	P III	J

Denna författning träder i kraft den 1 maj 2001.

Övergångsbestämmelser

För recept och rekvisitioner förordnade före den 1 maj 2001 gäller tidigare bestämmelser för upprepade uttag. Förordnade recept och rekvisitioner efter denna tidpunkt, dock senast den 1 augusti 2001, är giltiga utan de nya kraven under den tid som angivits på receptet/rekvisitionen, dock längst till den 1 augusti 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2000:7



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2002:4

Utkom från trycket
den 26 juni 2002

beslutade den 13 juni 2002.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen om kontroll av narkotika i fråga om 3 §¹ verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika att substanserna 2-CB och PMMA skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2-CB, 4-bromo-2,5-dimetoxifenetylamin	I	P II	J
PMMA, 4-metoxi-N-metylamfetamin	I	-	J

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2001:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:2Utkom från trycket
den 13 januari 2004

beslutade den 17 december 2003.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substansen amineptin skall tas upp i förteckningarna och att förteckningarna för substansen zolpidem samt not 5 ändras enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Amineptin	II	P II	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Zolpidem	IV	P IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats och oavsett under vilka benämningar de förekommer. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat. Med cannabis skall dock inte förstås hampa som 1. är av sort som kan berättiga till stöd enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 av den 17 maj 1999 om upprättandet av ett stödssystem för producenter av vissa jordbruksgrödor och rådets förordning (EG) nr 1673/2000 av den 27 juli 2000 om den gemensamma organisationen av marknaderna för lin och hampa som odlas för fiberproduktion och 2. odlas efter det att ansökan om arealstöd för sådan odling enligt rådets förordning (EG) nr 1251/1999 givits in till behörig myndighet.

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2002:4.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2004:3Utkom från trycket
den 16 mars 2004

beslutade den 24 februari 2004.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika i fråga om 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ att substanserna 2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2), 2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7), 4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I) och 2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2) skall tas upp i förteckningarna enligt följande:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
2,5-dimetoxi-4-etyltiofenetylamin (2C-T-2)	I	–	J
2,5-dimetoxi-4-(n)-propyltiofenetylamin (2C-T-7)	I	–	J
4-jodo-2,5-dimetoxifenetylamin (2C-I)	I	–	J
2,4,5-trimetoxiamfetamin (TMA-2)	I	–	J

Denna författning träder i kraft den dag då författningen enligt uppgift på den utkom från trycket i Läkemedelsverkets författningssamling.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Pernilla Lötberg

¹ Senast ändrad LVFS 2004:2.