

Drogutvecklingen i Sverige

Rapport 2002

Trends in alcohol and other drugs
in Sweden

Report 2002



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 68

Stockholm 2002

© Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)
1:a upplagan, 1:a tryckningen (1-1000)
Sättning: Per-Erik Engström
Tryck: Ljunglöfs, 2002
Omslag: Lybergs
ISSN 0283-1198
ISBN 91-7278-086-X

Förord

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

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

Arbetet med *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2002* har utförts med Ulf Guttormsson som redaktör. Britta Grönlund har stått för korrekturläsning och bidragit med kommentarer och Siv Byqvist har medverkat i datainsamlingen. Tack till Arne Melander (NEPI) för faktagranskning av kapitlet om psykofarmaka och Paul Nordgren (Statens folkhälsoinstitut) för faktagranskning av tobakskapitlet. Per-Erik Engström har svarat för layout och sättning.

I arbetet med Rapport 2002 har uppgifter inhämtats från bl a Alkoholinspektionen, Apoteket AB, Brottsförebyggande rådet, Generaltullstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Swedish Match, Systembolaget och Vägverket.

Tryckningen av rapporten har finansierats med medel från Socialdepartementet.

Stockholm i juni 2002

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

1. Sammanfattning	25
Alkoholutvecklingen	25
Narkotikautvecklingen	29
Psykofarmakautvecklingen	33
Sniffningsutvecklingen	34
Dopningsutvecklingen	34
Tobaksutvecklingen	35
1. Summary	37
2. Metodproblem och tillförlitlighet	49
Inledning	49
Metodproblem vid frågeundersökningar	50
Beskrivning av de redovisade undersökningarna	55
Frågeundersökningarnas användbarhet	60
Indikatorer på bruk och missbruk	62
Metoder och avgränsningar	64
Referenser	65
3. Alkoholutvecklingen	67
Inledning	67
Alkoholpolitik	67
Konsumtionsutvecklingen	70
Skadeutvecklingen	87
En jämförelse av några indikatorer	97
Internationella aspekter	98
Referenser	108
4. Narkotikautvecklingen	111
Inledning	111
Narkotikapolitik	112
Utvecklingen av tillfälligt/experimentellt missbruk	115
Utvecklingen av tungt missbruk	121
Vård, sjuklighet och dödlighet	133
Olika narkotiska preparat	139
Narkotikasituationen i några andra länder	147
Referenser	149

5. Psykofarmakautvecklingen	153
Inledning	153
Försäljning av psykofarmaka	154
Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel	156
Bruk av lugnande medel och sömnmedel	157
Missbruk av lugnande medel och sömnmedel	160
Referenser	160
6. Sniffningsutvecklingen	163
Inledning	163
Missbrukets omfattning	163
Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet	167
Referenser	169
7. Dopningsutvecklingen	171
Inledning	171
Beslags- och kriminalstatistik	172
Resultat från olika frågeundersökningar	173
Internationell jämförelse av dopningserfarenheten	175
Referenser	176
8. Tobaksutvecklingen	177
Inledning	177
Konsumtionsutvecklingen	178
Konsekvenser av tobakskonsumtion	185
Internationell jämförelse av ungdomars rökvanor	186
Referenser	188
Tabeller	189
Bilagor:	
1. Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika	303
2. ICD-koder	314

Diagram/Graphs

Alkoholutvecklingen/Trends in alcohol use

1. Alkohol försäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1861–2000. Femårsmedeltal. 70
Alcohol sales per inhabitant age 15 or over, as litres of pure alcohol. 1861–2000. Five-year averages.
2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2001. 71
Sales of spirits, wine and beer, as litres of pure alcohol per inhabitant age 15 or over. 1946–2001.
3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2001. 73
Number of licenses to serve spirits, wine and strong beer, and the number of clubs and private societies licensed to serve alcoholic beverages. 1977–2001.
4. Skattning av registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2001. 77
Calculated consumption of registered and unregistered alcohol, total and by beverage. 2001.
5. Beräknad genomsnittlig årskonsumtion i liter alkohol 100% i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2001. 79
Average annual consumption among students in their 9th school year, as litres of pure alcohol, by sex. Figures for 1977–1989 are estimated. 1977–2001.
6. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. 80
Estimated annual consumption as 100% alcohol among youths. 1979/80–2000.
7. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen mönstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2001. 81
Proportion of boys and girls in their 9th school year with intensive alcohol consumption at least once a month, and military conscripts that gets drunk once a week. 1971–2001.

8. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2000. 82
Estimated annual consumption of weak beer, strong beer, alco-pops, wine and spirits among youths in different age groups given as 100% alcohol. 2000.
9. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter alkohol 100%. 1982–2000. 85
Average weekly consumption in ages 18 to 70 by sex, as centilitres of pure alcohol. 1982–2000.
10. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, i centiliter 100-procentig alkohol. 1982–2000. 86
Average weekly consumption in different age groups, as centilitres of pure alcohol. 1982–2000.
11. Antal döda per 100 000 invånare med alkoholpsykos och alkoholism, levercirrhos eller alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak. 1956–1999. 89
Deaths from alcohol psychosis, alcoholism, cirrhosis of the liver or alcohol poisoning, per 100,000 inhabitants. 1956–1999.
12. Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser (alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning) samt alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1956–1999. Index 1975=100. 91
Alcohol-related mortality (alcohol psychosis, alcoholism, cirrhosis of the liver or alcohol poisoning) and total alcohol sales, in litres of pure alcohol per inhabitant age 15 or over. 1956–1999. Index year 1975=100.
13. Andelen förare med misstänkt alkohelpåverkan av samtliga förare delaktiga i trafikolyckor med personskada, samt försäljningen av alkoholdrycker (liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver). 1966–2000. Index 1966=100. 95
Drink drivers as a proportion of all drivers involved in traffic accidents resulting in personal injuries, and total sales of alcoholic beverages (in litres of pure alcohol per inhabitant age 15 or over). 1966–2000. Index year 1966=100.
14. Utvecklingen av alkoholrelaterade indikatorer 1969–2001. Index 1975=100. 97
Trends in indicators of alcohol consumption 1969–2001. Index year 1975=100.
15. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. 99
The scope and strictness of alcohol control policies in 15 European countries. 1950 and 2000.
16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2000. 101
Alcohol sales in litres of pure alcohol per capita in different countries, by type of beverage. 2000.

17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i vissa länder. 1965–2000. 103
Per capita sales in litres of pure alcohol in certain countries. 1965–2000.
18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre 1955–1995. 104
Alcohol consumption in 15 European countries divided into three types (wine-, beer- and former spirit countries), as litres of pure alcohol per person age 15 years or older. 1955–1995.
19. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. 105
Mortality from cirrhosis (per 100,000) in 15 European countries, divided into for types (wine-, beer, and former spirit countries). 1955–1995.
20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig minst tre gånger de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999. 107
The proportion of 15–16 years old students in various countries reporting binge drinking a) last 30 days. Percent. 1995 and 1999.

Narkotikautvecklingen/Trends in drug abuse

21. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika. 1971–2001. 115
Lifetime prevalence of drugs among students in their 9th school year and military conscripts. Percent. 1971–2001.
22. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden. 1971–2001 (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). 117
Last month prevalence of drugs among students in their 9th school year and military conscripts. Percent. 1971–2001.
23. Andelen elever i årskurs 9 bland dem som aldrig använt narkotika, som "haft lust" att pröva, "haft möjlighet" att pröva samt "vet någon som kan ge eller sälja narkotika". 1971–2001. 118
Percentage of students in their 9th school year without experience of drugs who "know someone who can give them or sell them drugs", "have had an opportunity" to try drugs, and who "have felt inclined" to try drugs, without having done so. 1971–2001.
24. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamisbrukare 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000). 123
Calculated age distribution among hardcore drug abusers in 1979 (N=15,000), 1992 (N=19,000) and 1998 (N=26,000).

25. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. 1965–2001. Index 1985=100. 124
Trends in the number of drug seizures by Police and Customs, the number of persons suspected for drug crimes and the number of drug related deaths. 1965–2001. Index 1980=100.
26. Fördelningen på olika åldersgrupper av a) narkotikalagförda (NSL och VSL) respektive andelen som dömts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) när brottet gällt b) cannabis, c) centralstimulantia, d) opiater. 1975–2000. 127
The share of persons in different age groups sentenced for offences against the a) Narcotic Drugs Act, broken down according to the substance involved: b) cannabis, c) central stimulants, d) opiates. 1975–2000.
27. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998. 130
The number of severe drug addicts per 100 000 inhabitants in Sweden, the municipalities of Malm, Gteborg and Stockholm and in the County of Stockholm (excluding the municipality of Stockholm). 1979, 1992 and 1998.
28. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2000. 134
Number of hospital discharges, discharged persons and discharged persons for the first time since 1987, due to drug related diagnosis. 1987–2000.
29. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per år totalt samt antal intravenösa missbrukare. 1985–2001. 137
Clinically reported HIV-positive persons per year; total number and the number of IV-users. 1985–2001.
30. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper. 1969–1999. 139
Number of drug related deaths as underlying or contributing cause of death, by age groups. 1969–1999.
31. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2001. 140
Number of seizures by Police and Customs of cannabis, amphetamines, medical products, heroin and cocaine. 1971–2001.
32. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av a) cannabis, b) amfetamin, c) kokain och d) heroin. 1971–2001. 142
Seizures (number and quantity) of a) cannabis, b) amphetamines, c) cocaine and d) heroin by the Police and Customs. 1971–2001.
33. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995 och 1999. 148
Lifetime prevalence of drugs among 15–16 year old students in various countries. Percent. 1995 and 1999.

Psykofarmakautvecklingen/ Trends in psychopharmaceutical drug use

34. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel respektive anti-depressiva medel till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag. 1972–2001. 155
Deliveries of tranquillizers and sleeping pills and antidepressives to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day. 1972–2001.
35. Inleveranser av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal DDD per 1 000 invånare och dag. 1972–2001. 156
Deliveries of drugs classified as narcotics to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day. 1972–2001.
36. Sömnmedel och lugnande medel (grupp N05B och N05C): Försäljning mot recept i antal DDD per 1000 inv och dag, efter ålder och kön, 2001. 158
Prescription sales of sleeping pills and tranquillizers in number of DDD per 1,000 inhabitants and day, given by age and sex. 2001.
37. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag år 2001 i län med låg respektive hög försäljning. 159
Deliveries of sleeping pills and tranquillizers to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day by counties with high and low consumption. 2001.

Snifningsutvecklingen/Trends in sniffing

38. Andelen elever i årskurs 9 respektive mönstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2001. 164
Lifetime prevalence of sniffing among 9th grade students and military conscripts. Percent. 1971–2001.
39. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999. 168
Lifetime prevalence of inhalants among 15–16 year old students in various countries. Percent. 1995 and 1999.

Tobaksutvecklingen/Trends in tobacco use

40. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarer/cigariller och röktaobak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre. 1970–2001. 179
Yearly sales of cigarettes (no.) and other smoking goods (cigars/cigarillos and smoke tobacco) and snuff (gr.) per person aged 15 or over. 1970–2001.

41. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2001. 181
Proportion of 9th grade students who state that they smoke daily/ almost daily. 1983–2001.
42. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (18–70 år). 1977–2000. 182
Proportion of daily smokers in the adult population (18–70 years old). 1977–2000.
43. Antalet rökingsrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995. 185
Number of smoking-related deaths in Sweden by sex. 1955–1995.
44. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999. 187
Last 30 days prevalence of cigarette smoking among 15–16 years old students in various countries. Percent. 1995 and 1999.

Tabeller/Tables

Alkoholutvecklingen/Trends in alcohol use

Alkoholförsäljningen och oregistrerad konsumtion/ Alcohol sales and unregistered consumption

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. 191
Sales of spirits, wine and beer given as total amount of pure alcohol per person age 15 or older, and the proportional contribution of each beverage. Five years averages. 1861–2000.
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. 1946–2001. 192
Annual sales of spirits, wine and beer given as total amount of pure alcohol per person age 15 or over, and the proportional contribution of each beverage. 1946–2001.
3. Försäljning av alkoholdrycker i liter per invånare 15 år och däröver. 1954–2001. 194
Sales of alcoholic beverages in litres per person age 15 or over. 1954–2001.
4. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker, vin och starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. 195
Alcohol Retailing Monopoly sales statistics presented by county: sales of spirits, wine and strong beer in litres of pure alcohol per person age 15 or over. 1980–2001.
5. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. 196
Alcohol Retailing Monopoly sales presented by county: sales of spirits in litres of pure alcohol per person age 15 or over. 1980–2001.
6. Systembolagets försäljning länsvis av vin i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. 197
Alcohol Retailing Monopoly sales presented by county: sales of wine in litres of pure alcohol per person age 15 or over. 1980–2001.
7. Systembolagets försäljning länsvis av starköl i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. 198
Alcohol Retailing Monopoly sales presented by county: sales of strong beer in litres of pure alcohol per person age 15 or over. 1980–2001.

8. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2001. 199
Proportion of spirits, wine and strong beer served in restaurants, given as percentage of total sales. 1977–2001.
9. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera sprit, vin och starköl till allmänheten samt antal serverings-tillstånd för klubbar och slutna sällskap. 1977–2001. 200
Number of licenses to serve spirits, wine and strong beer, and the number of clubs and private societies licensed to serve alcoholic beverages. 1977–2001.
10. Statens inkomster av alkoholhanteringen. Miljoner kronor. 1980–2000. 201
State revenue from sales tax and other taxes on alcohol, in Swedish currency. 1980–2000.
11. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1985–2000. 202
Household consumption expenditure, by type of beverage from the Alcohol Retailing Monopoly and in restaurants, in Swedish currency. 1985–2000.
12. Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. Dec 1984–dec 2001. Realprisindex, dec 1984=100. 203
Price index for spirits, wine and beer. Dec 1984–Dec 2001.
13. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2001, uppdelad på dryckestyp och ursprung. 204
Estimated total alcohol consumption in Sweden per person age 15 or over 2001, by type of beverage and source.

Konsumtionsvaneundersökningar/Population surveys

14. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2001. 206
Estimated total average annual consumption among 9th year students, given as litres of pure alcohol, by type of beverage and sex. 1977–2001.
15. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland pojkar i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2001. 207
Categories for calculated annual alcohol consumption among boys in grade 9. Percent. 1971–2001.
16. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland flickor i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2001. 208
Categories for calculated annual alcohol consumption among girls in grade 9. Percent. 1971–2001.

17. Berusningsbenägenhet. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2001. 209
Tendency to get intoxicated. Percent who state that they feel intoxicated every time they drink and percent heavy consumers, by sex. 1971–2001.
18. Alkohol, rökning, sniffning, narkotika och anabola steroider efter befolkningstäthet och kön. Årskurs 9. Procent. 1999 och 2000. 210
Alcohol, smoking, sniffing, illicit drugs and anabolic steroids, by region and sex. Students in 9th school year. Percent. 1999 and 2000.
19. ”Hur ofta dricker Du alkohol så att Du känner Dig berusad?” Procentuell fördelning bland mänstrande. 1973–2001. 211
“How often do you drink alcohol to the point of intoxication?” Percent among military conscripts. 1973–2001.
20. ”Brukar Du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?” Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2001. 212
“Do you drink any of the following beverages to get intoxicated?” Percent among military conscripts. 1981–2001.
21. Mönstrandres alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings- respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2001. 213
Use of alcohol, drugs, inhalants, steroids and tobacco among military conscripts, in percent, by county. 2001.
22. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av öl klass II och starköl i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. 214
Average annual consumption of class II and strong beer, among boys and girls of different ages, in litres of pure alcohol. 1979/80–2000.
23. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av vin (inklusive starkvin) och cider i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. 215
Average annual consumption of wine and cider, among boys and girls of different ages, in litres of pure alcohol. 1979/80–2000.
24. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av starksprit respektive den totala årskonsumtionen i liter alkohol 100%. 1979/80–2000.) 216
Average annual consumption of spirits and total annual alcohol consumption, among boys and girls in different age groups, in litres of pure alcohol. 1979/80–2000.
25. Inställningen till alkohol bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. Procent. 217
Attitudes towards alcohol among boys and girls aged 16 to 24 1996–2000. Percent.
26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–70 år. 1982–2000. 218
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Total population aged 18–70. 1982–2000.

27. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Kvinnor 18–70 år. 1982–2000. 218
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Women aged 18–70. 1982–2000.
28. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Män 18–70 år. 1982–2000. 219
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Men aged 18–70. 1982–2000.
29. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 18–29 år. 1982–2000. 219
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Total population aged 18–29. 1982–2000.
30. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 30–49 år. 1982–2000. 220
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Total population aged 30–49. 1982–2000.
31. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. Åldersgruppen 50–70 år. 1982–2000. 220
Average weekly consumption, given as centilitres of pure alcohol. Total population aged 50–70. 1982–2000.

Skadeutvecklingen/Alcohol related harm

32. Antal intagna på grund av missbruk i hem för vård eller boende den 1 november enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Socialtjänstlagen (SoL). 1983–2000. 222
Substance abusers in residential care or treatment centres under the Drug Abuse Treatment Act or the Social Services Act. Point prevalence November 1. 1983–2000.
33. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november efter kön och missbrukets art. 1983–2000. 223
Clients in compulsory treatment (under the Drug Abuse Treatment Act) by sex type of abuse. Point prevalence 1 November. 1983–2000.
34. Antal utskrivningar med alkoholrelaterade huvuddiagnoser (se bilaga 2) inom den totala slutenvården samt deras andel av totala antalet utskrivningar. 1987–2000. 224
Alcohol-related discharges from hospitals and in-patient clinics. Also given as percent of total discharges. 1987–2000.
35. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 2) som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Antal och standardiserade dödstal. 1969–1999. 225
Deaths for which alcohol-related diagnoses were given as underlying or contributing cause of death and standardised mortality rate. 1969–1999.

36. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 2) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Standardiserade dödstal. 1987–1999. 226
Alcohol-related mortality-rates (standardised) given as underlying or contributing cause of death, by county. 1987–1999.
37. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholpsykos (F10.3–F10.9). 1956–1999.) 227
Alcohol-related deaths: Alcohol psychosis. 1956–1999.
38. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholberoende (F10.2). 1956–1999. 228
Alcohol-related deaths: Alcohol dependence. 1956–1999.
39. Alkoholrelaterad dödlighet: Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar (K70.0–K70.4, K74.0–K74.6, K76–K76.1, K76.6). 1956–1999. 229
Alcohol-related deaths: Cirrhosis of the liver (all types) and other chronic liver diseases. 1956–1999.
40. Alkoholrelaterad dödlighet: Alkoholförgiftning (T51.0–T51.9). 1956–1999. 230
Alcohol-related deaths: Alcohol poisoning. 1956–1999.
41. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956–1999. 231
Deaths due to alcohol psychosis, alcoholism, cirrhosis of the liver and alcohol poisoning per 100,000 inhabitants (underlying cause of death). 1956–1999.
42. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2001. 232
Number of persons taken into custody for drunkenness or (after 1977) in accordance with the Law on Custody of Intoxicated Persons, by sex. 1963–2001.
43. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter ålder och kön. 1963–2001. 233
Number of persons per 1,000 inhabitants taken into custody for drunkenness or (after 1977) in accordance with the Law on Custody of Intoxicated Persons, by age and sex. 1963–2001.
44. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter län. 1986–2001. 234
Persons per 1,000 inhabitants taken into custody for drunkenness or (after 1977) in accordance with the Law on Custody of Intoxicated Persons, by county. 1986–2001.
45. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2001. 235
Reported drink-driving offences. 1950–2001.

46. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2000. 236
Persons in different age groups suspected of drink-driving. 1975–2000.
47. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan. 1966–2000. 237
Drivers of motor vehicles (including mopeds) involved in traffic accidents resulting in injuries, by type of accident and suspicion of drink-driving. 1966–2000.
48. Andelen alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. År 2000. 239
Drink-drivers as a percentage of all drivers (including mopeds) involved in reported traffic accidents with personal injury, by age of driver. 2000.
49. Antal lagföringar för sjöfylleri under tidsperioden 1974–2000. 239
Number sentenced for operating a boat under intoxication. 1974–2000.
50. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2001. 240
Findings of alcohol (ethanol) in forensic chemistry analysis of drowned. 1992–2001.

Internationella aspekter/International Aspects

51. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950–2000. 242
The scope and strictness of alcohol control policies in 15 European countries. 1950–2000.
52. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2000. 243
Sales of alcoholic beverages in various countries, given as litres (wine and beer) and litres of pure alcohol (spirits and total) per person. 2000.
53. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, räknat i liter 100% alkohol per invånare. 1965–2000. 244
Sales of alcoholic beverages in the Scandinavian countries, EU and USA, in litres of pure alcohol per inhabitant. 1965–2000.
54. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre 1955–1995. 246
Alcohol consumption in 15 European countries divided into three groups (wine-, beer- and former spirit countries) as litres of pure alcohol per person age 15 years or older. 1955–1995.

55. Leverchirrosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995. 247
Mortality from cirrhosis (per 100 000) in 15 European countries, by sex. 1950–1995
56. Leverchirrosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. 248
Mortality from cirrhosis (per 100 000) in 15 European countries, divided into three groups (wine-, beer, and former spirit countries). 1955–1995.

Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar/ Drugs prevalence in surveys

57. Erfarenhet av narkotika bland elever i årskurs 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2001. 250
Lifetime prevalence of drugs among 9th year students and knowledge of someone who can sell them drugs and the inclination to try drugs among them whom never used drugs. Percentages by sex. 1971–2001.
58. Andelen män som använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2001. 251
Lifetime prevalence and last month prevalence of drugs among military conscripts. Percent. 1970/71–2001.
59. ”Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?” Procentuell fördelning bland män som använt narkotika någon gång. 1976–2001. 252
“Have you used any of the following drugs without a doctor’s prescription?” Military conscripts. Percent. 1976–2001.
60. Inställning till narkotika bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. 253
 Procent.
Attitudes towards drugs among boys and girls aged 16 to 24 1996–2000.
61. Andel personer som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000. 254
Lifetime prevalence of drugs, given as running three-years averages, by sex and age. Percent. 1988–2000.
62. Andel personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000. 254
Last year prevalence of drugs, given as running three-years averages, by sex and age. Percent. 1988–2000.

63. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998. 255
Estimated age distribution among hardcore drug abusers 1979, 1992 and 1998.

Beslagsstatistik/Seizures

64. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1965–2001. 257
Seizures by Police and Customs of various narcotic substances. 1965–2001.
65. Polisens och tullens beslag av cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2001. 258
Seizures of cannabis (hashish, marijuana, oil and plants) by Police and Customs. 1970–2001.
66. Polisens och tullens beslag av amfetamin. 1970–2001. 259
Seizures of amphetamines by Police and Customs. 1970–2001.
67. Polisens och tullens beslag av kokain. 1975–2001. 260
Seizures of cocaine by Police and Customs. 1975–2001.
68. Polisens och tullens beslag av heroin. 1970–2001. 261
Seizures of heroin by Police and Customs. 1970–2001.

Kriminalstatistik/Narcotic offences

69. Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL). 1965–2001. 263
Number of police officers engaged in narcotics cases; number of reported offences against the Goods Smuggling Act (Narcotics Section) and the Narcotic Drugs Act. 1965–2001.
70. Personer misstänka för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län 1977–2000. 264
Number of persons suspected of offences against the Goods Smuggling Act (narcotics), by county. 1970–2000.
71. Personer misstänka för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län 1977–2000. 265
Number of persons suspected of offences against the Narcotic Drugs Act by county. 1970–2000.
72. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2000. 266
Number of persons suspected of offences against the Narcotic Drugs Act or the Goods Smuggling Act (narcotics) 1970–2000.

73. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelse enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön. 1975–2000. 267
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics) by age and sex. 1975–2000.
74. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2000. 268
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics) by whether the proceedings concerned one or several substances. 1975–2000.
75. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där cannabis ingått, efter ålder. 1975–2000. 269
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics), cannabis only, by age. 1975–2000.
76. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där centralstimulantia ingått, efter ålder. 1975–2000. 270
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics), stimulants only, by age. 1975–2000.
77. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där opiater ingått, efter ålder. 1975–2000. 271
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics), opiates only, by age. 1975–2000.
78. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel. 1975–2000. 272
Persons sentenced against the Narcotic Drugs Act and Goods Smuggling Act (narcotics) by substance. 1975–2000.

Missbrukare inom kriminalvården/ Abusers within the penal system

79. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april 1966–2001. 274
Number of alcohol and drug abusers in non-custodial treatment, according to yearly estimates made on 1 April by the National Prisons and Probation Administration. 1966–2001.
80. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april 1966–2001. 275
Number of alcohol and drug abusers in prisons, according to yearly estimates made on 1 April by the National Prisons and Probation Administration. 1966–2001.

81. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2001. 276
Prisoners classified as drug abusers. 1988/89–2001

Sjuklighet och dödlighet/Morbidity and mortality

82. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer, antal utskrivna personer för första gången sedan 1987 från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2000. 278
Number of hospital discharges, discharged persons and discharged persons for the first time since 1987, due to drug related diagnosis. 1987–2000.
83. Antal narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvård (se bilaga 2) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2000. 279
Number of drug related hospital discharges in the county of Stockholm, Vstra Gtaland, Skne and the remaining country. 1987–2000.
84. Rapporterade fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2001. 280
Reported cases of hepatitis B, hepatitis nonAnonB, and hepatitis C. 1969–2001.
85. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2001. 281
Number of clinically reported HIV-positive persons by reporting year. 1983–2001.
86. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2001. 282
Geographic distribution of HIV-positive injecting drug abusers clinically reported until 2001.
87. Antal dödsfall med narkomani (ICD10 F11.2–F16.2 och F18.2–F19.2) som underliggande dödsorsak. 1956–1999. 283
Number of deaths with drug addiction (ICD10 F11.2-F16.2 and F18.2-F19.2) as underlying cause of death. 1956–1999.
88. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak. Åldersfördelning och åldersstandardiserade dödsfall. 1969–1999. 284
Number of deaths with drug addiction or poisoning by narcotic substances as underlying or contributing cause of death by age. 1969–1999.

Psykofarmakautvecklingen/ Trends in psychopharmaceutical drug use

89. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag. 1972–2001. 286
Deliveries of tranquillizers and sleeping pills and antidepressives to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day. 1972–2001.
90. Inleveranser till apoteken av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V. Antal DDD per 1 000 invånare och dag. 1972–2001. 287
Deliveries of drugs classified as narcotics to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day. 1972–2001.
91. Andel personer som använt sömnmedel och/eller lugnande medel under de senaste 12 månaderna, efter kön och efter ålder. Glidande treårsmedelvärden. 1988–2000. 288
Last 12 month prevalence of sleeping pills and/or tranquillizers, given as running three-years averages, by sex and age. Percent. 1988–2000.
92. Sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C): Försäljning mot recept i antal DDD per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2001. 289
Prescription sales of sleeping pills and tranquillizers in number of DDD per 1,000 inhabitants and day, given by age and sex. 2001.
93. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag 2001 i respektive län. 290
Deliveries of sleeping pills and tranquillizers to pharmacies. Number of DDD per 1,000 inhabitants and day, by county. 2001.

Snifningsutvecklingen/Trends in sniffing

94. Erfarenhet av snifning. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2001. 292
Lifetime prevalence of sniffing among 9th grade students, given as percentage by sex. 1971–2001.
95. Mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. Procent. 1970/71–2001. 293
Lifetime prevalence and last two years prevalence of sniffing among military conscripts. Percent. 1970/71–2001.

Dopningutvecklingen/Trends in doping

96. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat 1990–2001. 295
Seizures by Police and Customs of doping-classed performance enhancing substances. 1990–2001.

97. Antal anmälda brott och antal misstänkta personer avseende brott mot dopningslagen resp varusmuggningslagen (dopningsmedel) samt antalet lagförda personer enligt dopningslagen (smuggling in-går ej). 1993–2001. 296
Number of reported doping-related crimes and number of persons suspected of doping-related crimes and number of doping-related sentences. 1993–2001.
98. Antal personer misstänkta för dopningsbrott respektive varusmuggning av dopningsmedel fördelat efter ålder och kön. 1993–2000. 296
Number of persons suspected for doping-related crimes, by age and sex. 1993–2000.
99. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2001. 297
Lifetime prevalence of anabolic steroids or growth hormones among 9th grade students. Percent. 1993–2001.
100. Andel mänstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2001. 297
Lifetime prevalence of anabolic steroids or growth hormones among military conscripts. Percent. 1994–2001.
101. Andelen i ungdomsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000. 298
Lifetime prevalence of anabolic steroids or growth hormones among youths. Percent. 1993–2000.
102. Andelen i befolkningsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000. 298
Lifetime prevalence of anabolic steroids or growth hormones among persons 15–75 years old. Percent. 1993–2000.

Tobaksutvecklingen/Trends in tobacco use

103. Den årliga försäljningen av cigaretter (st), respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarer/cigariller och röktobak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2001. 300
Yearly sales of cigarettes (no.) and other smoking goods (cigars/cigarillos and smoke tobacco) and snuff (gr.) per person aged 15 or over and cigarette seizures by the Customs. 1970–2001.
104. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2001. 301
Proportion of 9th grade students who state that they smoke cigarettes. 1971–2001.
105. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (18–70 år). 1977–2000. 302
Proportion of daily smokers in the adult population (18–70 years). 1977–2000.

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 brister i tillgängliga data.

Alkoholutvecklingen

Alkoholkonsumtionen

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

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

En bedömning av konsumtionsutvecklingen som baseras på försäljningsstatistiken blir riktig endast under förutsättning att den oregistrerade konsumtionen är av ungefär oförändrad omfattning år från år. Det finns dock undersökningar som pekar på att denna har ökat under de senaste åren.

En övergripande beskrivning av alkoholförsäljningen under efterkrigstiden är att denna ligger på en högre nivå nu än för dryga 50 år sedan, även om den fluktuerat under åren. År 1946 uppgick den till ca 4 liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. År 1954, dvs det sista helåret med motbok, var den ca 5 liter. Efter en mer eller mindre successiv ökning kulminerade försäljningen 1976, då den uppgick till närmare 8 liter. Därefter inträdde en minskning och 1984 omfattade den 6 liter, en storleksordning som varit mer eller mindre aktuell alltsedan dess. Om man anlägger

ett mera detaljerat och kortare perspektiv kan man dock konstatera att den registrerade försäljningen ökat under de fyra senaste åren, från 5,8 liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver under 1998, till 6,5 liter år 2001, en uppgång med 12% på fyra år.

Då den oregistrerade konsumtionen beaktats har den totala alkoholkonsumtionen beräknats till 9,2 liter för år 2001, d v s en uppräknig av försäljningen med närmare 3 liter. Ungefär 30% av all alkohol som konsumerades år 2001 skulle således vara oregistrerad enligt dessa beräkningar. Det största källan till den oregistrerade konsumtionen utgjordes av privat införsel vid resor (69%), därefter kom smuggling (14%) och legal respektive illegal hemtillverkning (ca 8% vardera).

Utvecklingen av andelen oregistrerad konsumtion förefaller med utgångspunkt från förhållandevis jämförbara studier ha varit ökande under 1990-talet, och har angetts till ca 20% i början av årtiondet och ca 25% vid dess mitt. Andelen oregistrerad konsumtion kan således ha ökat med bortåt 10 procentenheter de senaste 10 åren, samtidigt som motsvarande nivåer och trender föregående perioder är mer eller mindre okända. Om andelen oregistrerad alkohol ökar betyder det att försäljningsutvecklingen blir en sämre indikator på konsumtionsutvecklingen än tidigare.

Alltsedan 1980-talets början har spritförsäljningen minskat, från 3,8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre 1979 till 1,4 liter 2001. Perioden efter andra världskriget karakteriseras främst av en kontinuerligt ökande vin och starkölsförsäljning. År 2001 uppgick vinförsäljningen till 2,4 liter och starkölsförsäljningen till 1,8 liter. Således har båda dessa alkoholsorter passerat spriten i försäljningsstatistiken, och detta skedde i mitten av 1990-talet.

Av den registrerade konsumtionen 2001 utgjorde, räknat i ren alkohol, öl (starköl och folköl) 41%, vin 38% och sprit 21%. Om uppskattningar av den oregistrerade konsumtionen beaktas blir öl- och vinandelarna istället likartade (ca 36% vardera) medan spriten ökar till 27%. Sprit var således den dryckestyp där den oregistrerade konsumtionen var störst.

Data om alkoholkonsumtionen i olika befolkningsgrupper finns i första hand för ungdomar och framförallt för skolungdom och mönstrande. En samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor, utifrån olika frågeundersökningar, är att de under den senaste tioårsperioden ökat i omfattning.

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

de senaste åren. Konsumtionen är också klart högre bland äldre än bland yngre ungdomar.

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

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

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

En jämförelse mellan utvecklingen av alkoholförsäljningen i Sverige och i andra länder visar på betydande likheter. Sålunda karakteriserades efterkrigsåren av en tilltagande konsumtion i stora delar av världen. Liksom i Sverige avstannade ökningen av den totala alkoholkonsumtionen i många länder i mitten på 1970-talet, för att sedan plana ut i vissa och minska i andra. Alltsedan 1980-talet karakteriseras utvecklingen i flera länder av en minskad alkoholkonsumtion. Detta gäller bl a några traditionella högkonsumtionsländer, som t ex Frankrike, Italien och Spanien där minskningen framförallt kan konstateras på vinsidan. I samtliga dessa tre länder har spriten ökat sin andel av den totala alkoholförsäljningen medan vinet minskat. I Sverige är det tvärtom.

Vad gäller EU-länderna och Norge kan konstateras att utvecklingen av konsumtionen av olika drycker går åt olika håll i olika länder med resultatet att konsumtionsmönstren tenderar att bli mer lika. Vinländerna minskar sin vinkonsumtion och ölet och spritens andel av den totala konsumtionen ökar, medan utvecklingen har varit den motsatta i typiska spritländer. Utjämnningen av konsumtionsnivåerna länderna emellan innebär också en utjämnning av den alkoholrelaterade dödligheten och framförallt då dödligheten i levercirrhos där EU:s vinländer minskat sin dödlighet, de s k öllän-

derna ökat sin, medan Norge, Finland och Sverige sammantagna visar en ganska konstant nivå.

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

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

Skadeutvecklingen

Alkoholen ger upphov till betydande 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. Uppgifterna som redovisas i föreliggande rapport ger således ingen fullständig bild av alkoholskadornas totala omfattning.

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

Som nämnts tidigare steg alkoholkonsumtionen under efterkrigstiden för att nå en topp 1976. Under 1970-talet ökade fylleriomhändertagandena fram till 1975. Utskrivningarna med diagnoserna alkoholism och alkoholpsykos från slutet psykiatrisk vård ökade markant. Dödligheten i levercirrhos, alkoholism och alkoholförgiftning steg under 1960-talet och fortsatte att öka ända fram till 1976.

Efter 1976 minskade alkoholförsäljningen. Fylleriets avkriminalisering 1977 påverkade antalet omhändertaganden som minskade just det året för att nå en topp 1980. Därefter har en successiv nedgång skett och år 2001 gjordes ca 45 000 omhändertaganden. Nedgången har varit tydligast bland dem 20 år och äldre. För de 10–15 senaste åren finns en betydande osäkerhet när det gäller antalet fylleriomhändertaganden som indikator på alkoholskadautvecklingen. Sannolikt speglar utvecklingen i hög grad myndigheternas inställning och agerande, snarare än fylleriets förändring över tiden.

Utskrivningarna från slutet psykiatrisk vård med alkoholrelaterade diagnoser hade en topp i slutet av 1970-talet. Under några av dessa år torde

det ha förekommit en viss ”överflyttning” av patienter från nykterhetsvårdsanstalterna till den psykiatriska vården. Sedan 1980-talets slut har antalet utskrivningar minskat men bara bland män medan kvinnornas antal har varit i stort sett konstant.

När det gäller den alkoholrelaterade dödligheten användes fr o m 1997 en ny dödsorsaksklassifikation, vilket gör det vanskligt att jämföra antalet dödsfall med tidigare år. En viktig alkoholrelaterad dödsorsak är levercirrhosdödligheten som nådde en topp under slutet av 1970-talet. Därefter och fram till dags dato har antalet levercirrhoser som underliggande dödsorsak i princip halverats, även om den nedåtgående trenden åtminstone hejdsats de allra senaste åren. Dödligheten i alkoholism fortsatte att öka efter 1976 och nådde en topp 1980 varefter en minskning skedde t o m 1996, men därefter förefaller även denna positiva trend ha brutits. Alkoholförgiftningarna har dock fortsatt att minska även efter 1996.

Den alkoholrelaterade dödligheten visade sammantaget på en uppgång fram till och med 1979, därefter har den minskat till något mer än hälften. Dock har siffrorna för 1998 och 1999 varit högre än 1997 års värde (då den nya klassifikationen infördes), vilket indikerar ett negativt trendbrott vad gäller utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten.

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

De alkoholrelaterade trafikolyckorna med dödlig utgång har minskat mer eller mindre stadigt och uppgick år 2000 till 51 stycken, eller 6% av alla delaktiga förare i dödsolyckor. Under 2000 dödades eller skadades sammanlagt 1 222 personer i trafikolyckor där någon förare misstänkts vara alkoholpåverkad. Knappt två tredjedelar av olyckorna med misstänkt alkoholförekomst var singelolyckor.

Narkotikautvecklingen

Narkotikamissbruk innefattar mycket skiftande former av narkotikaanvändning, alltifrån konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden, långvarig och daglig användning. Därtill kommer att 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 åtminstone mindre regelbunden an-

vändning. Någon enkel och entydig definition för tungt narkotikamissbruk är svår att fastställa. En vanlig definition är den från de tre nationella antalsräkningarna, dvs allt injektionsmissbruk, oavsett medel, och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt. Omfattningen av det missbruk som inte bara är tillfälligt men som inte kan betecknas som tungt saknas det nästan helt uppgifter om.

Liksom fallet är för uppgifterna om alkoholutvecklingen återspeglar förändringar i statistik och undersökningar om narkotikasituationen inte bara förändringar i den faktiska situationen utan också andra förhållanden. Dessa utgörs bl a av förändringar i lagstiftning och tillämpning av lagarna samt förändrade resurser för narkotikabekämpning, samtidigt som förändringar av rent undersökningsmetodologisk karaktär dessutom kan tillkomma.

Tillfällig/experimentell användning

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

Skolundersökningarna i åk 9 visar att det under 1970-talets inledande år var en relativt stor andel av eleverna som någon gång provat narkotika (ca 14%). Andelen sjönk därefter och omfattade runt 8% t o m 1982, varefter de sjönk ytterligare och kom att uppgå till ca 3–4% under 1990-talets början. Sedan dess har andelen skolelever som provat narkotika mer än fördubblats. År 2001 svarade 10% av pojkarna och 9% av flickorna att de gjort detta.

Utvecklingen bland mönstrande 18-åringar är förhållandevis likartad som den bland skoleleverna. Andelen som någon gång provat narkotika låg under åren 1971–1982 runt 17%, därefter sjönk den successivt och uppgick till 6% 1988. Sedan 1992 har dock andelen mönstrande som provat narkotika ökat och 2001 var den närmare 18%. Bortsett från skolundersökningarnas höga andelar 1971–1973 ligger andelen som provat narkotika åter i stort sett i nivå med de genomsnittliga andelarna för 1970-talet, enligt dessa undersökningar.

I olika frågeundersökningar uppger normalt ca 60% av dem som provat narkotika att de enbart använt cannabis, medan 5–10% enbart använt annan narkotika än cannabis. Det näst vanligaste medlet är amfetamin, även om ecstasy och LSD alltmer kommit med i bilden bland ungdomar. Tas illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel) med i bilden är de ofta lika vanliga som amfetamin.

I de båda ovan nämnda undersökningarna har den regelbundna använd-

ningen 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 ungdomar i åldern 16–24 år uppgav år 2000 ca 5% att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna.

Parallellt med att narkotikaerfarenheten ökat bland ungdomarna har också nyfikenheten på narkotika och den upplevda tillgängligheten ökat. Det kan dock poängteras att en fortsatt stor majoritet av ungdomarna har en klart avståndstagande inställning till narkotika, ökningarna till trots.

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

Beträffande regionala skillnader ger de ovan refererade undersökningarna en entydig bild av att narkotikaerfarenhet är betydligt vanligare i storstadsområden, och minst vanlig på mindre orter och i glesbygdsregioner. Enligt de mer detaljerade mönstringsundersökningarna var artonåringarnas narkotikaerfarenhet störst i Storstockholm under 1970- och 1980-talen medan Stormalmö låg högt under 1990-talet.

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

Tungt missbruk

Under senare hälften av 1960-talet ökade allvarigare former av narkotikamissbruk påtagligt. Perioden kan ses som det moderna narkotikamissbrukets etableringsfas. Tillgängliga data tyder på en viss stabilisering under de första åren på 1970-talet. Andra halvan av decenniet visade anmälda narkotikabrott, narkotikabeslag samt domar och strafförelägganden på en uppåtgående trend. Så var även fallet med dödligheten och antalet hepatitsmittade. Det var under denna period som heroinet introducerades på allvar i Sverige.

Tre stycken antalsräkningar av tunga narkotikamissbrukare (injektionsmissbruk eller annan daglig/så gott som daglig användning) har genomförts i Sverige, åren 1979, 1992 och 1998. Undersökningarna bygger på uppgifter från bl a polis, socialtjänst, behandlingssektor och kriminalvård. Med en särskild statistisk metod räknas antalet inrapporterade missbrukare upp för att kompensera för av myndigheterna okända missbrukare. I den senaste kartläggningen har de tidigare resultaten reviderats något med avseende på mörkertalet, eftersom vissa antaganden modifierats samtidigt som mera förfinade statistiska metoder har tillämpats. Undersökningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner. Även om undersökningen 1998 baserades på ett ännu mindre urval än den från 1992, och därmed kan betraktas som den osäkraste ur antalskattningssynpunkt, har det bedömts vara möjligt att ge en skattning även utifrån denna.

Antalet tunga missbrukare 1979 har räknats upp från tidigare angivna 12 000 till 15 000 (med ett intervall på 13 500–16 500), och siffran för 1992 har ökats från 17 000 till 19 000 (17 000–20 500). År 1998 beräknades antalet tunga missbrukare 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 har varit förhållandevis stor under 1990-talet. Samtidigt är det många äldre kvar i missbruk, vilka använt narkotika relativt länge. I 1979 års antalsräkning hade 19% en missbrukstid på 10 år eller längre. Åren 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%.

Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och har legat runt en knapp fjärdedel vid alla tre undersökningstillfällena. Medelåldern ökade från 27 år 1979, via 32 år 1992, till 35 år 1998. De allra flesta hade injicerat narkotika de senaste 12 månaderna. År 1979 hade 82% gjort detta, jämfört med 93% år 1992 och 89% år 1998. Centralstimulantia (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis har alltid varit de dominerande drogerna. Amfetaminet dominerade missbruket för ca 48% både 1979 och 1992, men hade minskat i betydelse 1998, då 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 heroin 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 angetts ha cannabis som dominerande medel har minskat kraftigt, från 33% 1979, 17% 1992

till 8% 1998. Andelen som använt cannabis senaste 12 månaderna var 61, 66 respektive 54%. 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.

Tillgängliga indikatorer (t ex beslagsuppgifter, kriminalstatistik, vård- och dödsorsaksstatistik) ger en någorlunda likartad bild av utvecklingen av det tunga narkotikamissbruket med ökande nivåer särskilt under 1990-talet, men de indikerar även fortsatta ökningar under 2000-talets första år. Även om en del av uppgångarna i indikatorerna kan förklaras av andra orsaker än omfattningen på missbruket, är det ändå inte orimligt att dra slutsatsen att dessa uppgifter också speglar en faktisk uppgång. Satt i relation till de redovisade antalsräkningarna förefaller en sådan tolkning rimlig.

Ett tydligt mönster med utgångspunkt i flera indikatorer är koncentrationen till storstadsregionerna av framförallt det tyngre narkotikamissbruket. Med utgångspunkt i den senaste case-finding undersökningen (1998) fanns inget som avvek från vad som kan avläsas av indikatorerna. En tendens i undersökningen däremot, var en påtaglig uppgång i t ex Stockholms län om man exkluderade Stockholms stad. Fortfarande så 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.

Psykofarmakautvecklingen

Förbrukningen av lugnande medel och sömnmedel av bensodiazepintyp nådde en hög nivå 1972, enligt Apoteket ABs leveransstatistik. Sedan minskade förbrukningen med 22% fram till början av 1990-talet. Därefter har en uppgång skett och jämfört med 1991 hade inleveranserna av sådana medel till apoteken ökat med 22% år 2001. Uttryckt i dygnsdoser levererades 66 sådana per 1 000 invånare och dag detta år.

Förbrukningen av antidepressiva medel låg tämligen konstant under 1970- och 1980-talen. Under 1990-talet har dock skett en mycket kraftig uppgång, vilken beror på introduktionen av nya läkemedel, de s k selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI). Mellan 1990 och 2001 sexdubblades apotekens försäljning.

Det finns tydliga skillnader i bruksmönstret av psykofarmaka. Kvinnor

använder lugnande medel och sömnmedel i betydligt större utsträckning än män. Förskrivningen av dessa medel ökar dessutom med stigande ålder. Användarna är även överrepresenterade bland arbetslösa, lågutbildade, förtidspensionerade och storkonsumenter av alkohol. Personer med en multipel sjukdomsbild och änkor tillhörde också denna kategori. Leve-
ransstatistiken uppenbarar stora regionala skillnader i försäljningen av lugnande medel och sömnmedel. Liksom 2000 förekom den högsta försäljningen per invånare år 2001 i Jönköpings län, medan den lägsta gällde Norrbottens län.

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 årskurs 9 och bland mönstrande visar en relativt god överensstämmelse under årtiondet.

Andelen elever i årskurs 9 som sniffat befann sig på en låg och oförändrad nivå under hela 1980-talet. Detsamma kan sägas om andelen mönstrande som sniffat under de senaste två åren. På grund av flera frågeändringar under 1990-talet i mönstringsundersökningen är det svårt att tolka de senare årens snifningsutveckling i denna studie, men beteendet är i alla fall mer sällsynt nu än på 1970-talet och 2001 svarade 6% att de sniffat någon gång. Bland eleverna i årskurs 9 märktes en puckel i snifningserfarenheten under 1900-talet, men de senaste åren har andelarna åter sjunkit något, och 2001 hade 8% av pojkarna och 6% av flickorna sniffat någon gång. Alltsedan tidigt 1970-tal har pojkarna i regel redovisat högre värden än flickorna, och på den tiden var sniffningen överlag mera utbredd bland skoleleverna.

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

Dopningsutvecklingen

Under 1990-talet har det blivit uppenbart att användningen av hormondopningsmedel inte längre är begränsad till idrottsrörelsen utan även är spridd i andra delar av samhället, bl a med anknytning till kroppsbyggnad och

träning på gym. Av de i dopningslagen förbjudna preparaten hör anabola androgena steroider (AAS) till de vanligaste.

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

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

Tobaksutvecklingen

I början av 1900-talet var snus och piptobak de produkter som dominerade tobaksmarknaden. Försäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut varje år under 500 stycken per person 15 år och äldre. Cigarettförsäljningen ökade sedan och nådde en topp 1976 då motsvarande siffra var 1 840. Därefter har försäljningen minskat, i synnerhet under 1990-talet. År 2001 såldes 1 000 cigaretter per person 15 år och äldre, vilket är närmast en halvering sedan 1976. En temporärt extra stor försäljningsnedgång 1997–1998 sammanföll med de höga cigarettpriserna dessa år. Försäljningsminskningen under senare 1990-tal kan till viss del förklaras av ökad smuggling och privatinförsel samtidigt som rökningen minskat i befolkningen.

Rökningen bland niondeklassare var utbredd i början av 1970-talet. Den minskade sedan fram till mitten av 1980-talet, för att åter öka under slutet av årtiondet. Därefter har nivåerna varit relativt oförändrade. År 2001 rökte 30% av pojkarna och 36% av flickorna. Motsvarande värden för daglig rökning var 11 respektive 16%, andelar som varierat relativt lite alltsedan 1980-talets början.

För ett halvsekel sedan var rökning vanligast bland män. År 1946 var 50% av männen regelbundna rökare och motsvarande siffra för kvinnorna var 9%. År 1963 var andelarna 49 respektive 23% och i slutet av 1970-talet rökte 42 respektive 34% av 18–70-åringarna. Därefter har det skett en nedgång, i synnerhet hos männen. Detta har lett till att daglig rökningen nu är mer utbredd bland kvinnor än bland män (23 respektive 18% år 2000). Nedgången har skett i alla åldersgrupper, men den har genomgående varit störst i 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 röknedgången varit mindre och kommit senare, varför någon dödlighetsminskning ännu inte kan skönjas för dem.

Det är svårt att finna någon ökning av andelen snusare i befolkningen som motsvarar försäljningsökningen av snus under de två senaste decennierna (en uppgång med 62% 1980–2001). Andelen dagligsnusare bland männen har varit relativt konstant under denna period (ca 20%). Försäljningsökningen kan bero på att de enskilda snusarna har ökat sin konsumtion men det kan även vara så att de som tidigare både snusade och rökte idag främst snusar. Bland kvinnorna är dagligsnusandet så gott som obefintligt, vilket även gäller för flickorna i årskurs 9. Ser man till den totala andelen tobakskonsumenter i årskurs 9 år 2001 nyttjade 39% av pojkarna och 36% av flickorna tobak i form av snusning eller rökning.

1. Summary

A lot of statistical information is currently available describing the use and abuse of alcohol, narcotic drugs and other controlled substances. For many purposes, these figures present a fairly accurate picture of the extent of the drug problem and development over time. In some aspects though, the picture is not as clear, owing to inadequate data.

Trends in alcohol use

Alcohol consumption

There are no absolutely reliable figures on the total consumption of alcohol. The official statistics are based on sales from the Swedish Alcohol Retailing Monopoly (Systembolaget), deliveries of beer from breweries and different distributors deliveries of alcoholic beverages to restaurants. These figures do not include all alcohol consumed however: alcoholic beverages imported (both legally and smuggled), alcohol consumed during travel abroad, legal or illegal home-made alcohol products and industrial spirits are absent from the official consumption statistics.

Sales figures and information from surveys are often used to describe trends in alcohol consumption. Figures on total consumption, including unregistered consumption, has for the past ten years been calculated with more or less the same methods, using interview data combined with sales figures. They are regarded to be the most accurate estimates on total consumption so far. Hardly any similar data preceding the 1990s exist, wherefore comparisons with earlier years are difficult to make in this respect.

An assessment of the trends in alcohol consumption based on sales figures alone is reliable only on the condition that unregistered consumption is relatively stable from year to year. Studies however indicate a certain increase in unregistered consumption recent years.

A general overall picture of alcohol sales during the post-war period is the one of an increase, at the whole. In 1946 the amount sold corresponded to about 4 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 and above. In 1954 (i.e. the last full calendar year of rationing) it was circa 5 litres. From late 1960s to mid-1970s total sales increased, with a peak of nearly 8 litres in 1976. After that sales decreased, reaching 6 litres in 1984, and has since

then fluctuated somewhere around that level. Using a shorter and more detailed perspective one can however see that sales figures rose from 5.8 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 and above in 1998, to 6.5 litres in 2001, a 12% increase in four years.

When the unregistered consumption was taken into consideration, the total consumption was estimated to 9.2 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 and above in 2001, almost 3 litres above the registered sales figures. According to these calculations, some 30% of the alcohol consumption in 2001 was unregistered consequently. The primary source was legally privately imported alcoholic beverages (69%), thereafter came smuggling (14%) and legal and illegal home-production (some 8% of each category).

The proportion of unregistered consumption seems to have increased according to studies with comparable methodology, from some 20% early 1990s to 25% mid 1990s. For the last 10 years, the share of unregistered consumption has consequently increased with some 10 per cent units. If the proportion of registered consumption decreases, sales figures will become a less useful indicator on the total consumption.

All since the early 1980s, sales of spirits have decreased from 3.8 litres of pure alcohol per inhabitant aged 15 or over in 1979 to 1.4 litres in 2001. Characteristic for the post-war period is a continuous increase in the sales of wine and beer. In 2001 wine sales were 2.4 litres and sales of strong beer were 1.8 litres. Both wine and strong beer thereby has passed spirits in terms of sales figures, which happened during mid 1990s.

Registered sales, in pure alcohol, consisted of 41% wine, 38% beer and 21% spirits. If calculations of unregistered consumption is taken into consideration the wine and beer shares becomes relatively equal (some 36% each) and spirits increases in proportion, to 27%. This implies that spirits was the type of beverage with the largest share of non-registered consumption.

Survey data on alcohol consumption among adolescents, students and among young men conscripted for military service show that alcohol use did increase during the 1990s. According to the surveys among 9th graders and 16–24 years old, the estimated annual total consumption of alcohol increased during the 1990s and is now of the same magnitude as in the late 1970s, after having been relatively low during the 1980s. Males drink about twice as much as females, both among younger and older adolescents, and the sex differences have been relatively stable since the 1980s, with a tendency towards an increased gap most recent years. Alcohol consumption is markedly increased with age among the 16–24-year olds.

The development of binge drinking resembles the consumption trends in some respect. After a peak in 1976–1977 intoxication drinking among teenagers decreased and then stabilised at a lower levels mid 1980s. During the 1990s however, there has been an increase in reported binge drinking, although the levels were even higher during the 1970s.

Preferences for various alcoholic beverages differ between the sexes among youths since males tend to drink more spirits and beer while females prefer wine. At the same time, females tend to have more equally distributed alcohol preferences. Among older youths wine drinking increases while the contribution from weak beer (folköl) and cider/alco-pops decreases.

Although the number of surveys among adults is limited, the available data show a clear tendency to an increased consumption of alcohol among women during the post-war period. Since the 1980s, the gap between the sexes however has been relatively stable according to general population surveys. Males report at least twice the consumption of females. Male consumption is dominated by beer while female consumption is dominated by wine. In the ages 18–29 the largest alcohol consumption was reported and in the age group 50–75 the lowest. The results from the surveys more or less mirror the fluctuations in sales statistics.

A comparison of the alcohol sales development in Sweden and internationally, reveals considerable similarities. The first 30 years after the second world war are characterised by an increase in most countries. As in Sweden there was a halt in the mid 1970s, followed by a levelling off or a decreasing trend. From the 1980s a decrease has taken place in some countries. This was the case in nations with traditionally high consumption levels (France, Italy and Spain) where the decrease could be noted for wine. At the same time spirits increased its share. In Sweden the development has been the opposite.

In the EU and Norway the consumption tends to become more alike. The wine-countries decreased wine sales and increased spirit sales, while a reversed trend has taken place in the spirit-countries. Since consumption levels tends to converge, so do levels of alcohol related mortality especially cirrhosis of the liver. The mortality decreased in wine countries (Southern Europe), increased in beer (Central Europe) countries, and was relatively stable in the spirit countries (Northern Europe).

As in Sweden, consumption of unregistered alcohol also exists in other countries, a fact that complicates comparisons between countries, not the least comparisons over time.

From a policy point of view, the EU-states also tend to converge. In

Finland and Sweden some of the state monopolies in alcohol trade has ended. At the same time control measures has been strengthened in Southern Europe, for example lower BAC-limits for drunk driving and stricter age control for over counter sales of alcoholic beverages and in restaurants.

Alcohol related harm

Alcohol causes considerable harm. Some of its deleterious effects can be described with statistics but we lack data that cover the whole spectrum of alcohol-related damage. This is particularly true for “social damage”, for instance assault and battery, or the consequences for children who grow up in homes where alcohol abuse is present. Thus, information is missing and available data are sometimes inadequate, both as indicators of the extent of the harmful effects at a certain point in time and as trend measure. Factors that potentially can have a biasing effect include changes in legislation, policy, economic and human resources, diagnostic methods, knowledge and attitudes.

As mentioned, alcohol consumption increased in the post-war period and reached a peak in 1976. The number of persons detained for public drunkenness increased during the first half of the 1970s. Discharges from hospitals related to alcohol increased markedly. Mortality from cirrhosis of the liver, alcoholism and alcohol poisoning increased during the 1960s and peaked during the later half of the 1970s.

Since 1976 alcohol sales decreased, at least until 1998. Public drunkenness was decriminalised in 1977 and the number of detentions went down temporarily, but peaked again in 1980. Since then there has been a steady decrease and the number of detentions was 45,000 in 2001. The decrease has been most evident in the ages 20 years and up. For the past 10–15-year period, detention statistics are of dubious value as an indicator of alcohol-related damage. Most probably the indicator could be seen as measuring the attitudes and acting of the authorities, rather than an indicator of the development of drunken behaviour itself.

Among patients discharged from institutional psychiatric care, alcohol-related diagnoses continued to increase until the end of the 1970s. Some of these clients were probably “transferred” from special treatment centres to psychiatric wards. Since the late 1980s the numbers of discharges declined but only among males, while the numbers of discharged females has been rather stable.

With respect to alcohol-related mortality it must be pointed out that a new classification (ICD 10) was introduced in 1997, a fact that make comparisons with earlier years difficult. Mortality from cirrhosis to the liver

peaked in the end of the 1970s. Since then the number of deaths ascribed to liver cirrhosis as an underlying cause of death has roughly halved. The number of deaths due to alcoholism continued to increase after 1976 and peaked in 1980, and after that a decrease has taken place. Since 1997 however, the positive downward trend for both these diagnosis has halted, and a possible negative upward trend is even indicated by data from most recent years. The number of deaths due to acute alcohol poisoning has however declined all since 1979.

The total number of alcohol-related deaths increased through 1979, and has since then decreased considerably (almost 50%). However, the figures from last two years have been larger than the one from 1997, a possible future upward trend might therefore be ahead regarding alcohol-related mortality. It can be noted that men – who consume considerably larger quantities of alcohol than women – are even more likely than women to die from alcohol-related causes. Alcohol-related mortality among men is four times higher than among women. All in all there is a correlation between sales statistics and those in alcohol-related mortality, a correlation that however seems to have weakened somewhat.

Fatal traffic accidents involving alcohol have decreased steadily and in 2000 51 such accidents were registered (thus comprising 6% of the drivers involved in fatal traffic accidents). During the same year 1,222 people were killed or injured in traffic accidents where at least one driver was suspected to drive under the influence of alcohol. Nearly two thirds of the accidents were one-car accidents.

Trends in drug abuse

The term drug abuse is used to describe a wide variety of drug use patterns, from occasional consumption to regular, long-term and daily use. Furthermore, different types of drug abuse have different consequences for the individual and the society and descriptions and discussions of trends in drug abuse should differentiate between use patterns. In this publication we make a distinction between occasional/experimental and severe drug abuse. The former is sporadic drug use or use on few occasions. It is difficult to give a simple yet stringent definition of severe drug abuse. One definition (which is employed in this report) is the one used in case-finding studies of severe drug abusers: all intravenous drug abuse, regardless of substance, and all daily or near-daily drug use, regardless of how the substance is taken. Little information is available on the prevalence of drug abuse that is not merely occasional, but cannot be described as severe.

As in the case of alcohol consumption, the statistical trends in drug abuse reflect not only the actual drugs situation, but also other factors, for

example new legislation, changes in enforcement, variations in resources allotted to preventive measures, and sometimes alterations in research designs or data collection can affect our picture of the problem.

Occasional experimentation with drugs

Information regarding the occasional or experimental use of drugs is obtained mostly from questionnaire surveys among young people in their 9th school year and among 18-year-old military conscripts. Some information also comes from interviews carried out by various polling institutes. Despite the methodological problems inherent in such surveys, these results are considered to give a fairly accurate picture of the trends in drug use.

Results of surveys among students 15–16 years old show that at the beginning of the 1970s, a relatively large proportion of the pupils (about 14%) had tried drugs at some time. This proportion decreased and was ca 8% in 1982. After that there was another decrease to around 3–4% through to the early 1990s. Since then the proportion has roughly three fold. In 2001 10% of the boys, and 9% of the girls reported lifetime prevalence.

The trend is similar among military conscripts. Between 1971 and 1982 the number of conscripts who had experimented with drugs at some time fluctuated around 17%. From 1982 there was successive decrease to 6% in 1988. 1992 through 2001 however, lifetime prevalence increased from under 6 up to 18%. Except for relatively high prevalence's in the 1971–1973 school surveys, the levels now equal the average of the 1970s, in both surveys.

Surveys normally indicate that some 60% of those who having experimented with drugs have tried cannabis only, while 5–10% had tried other substances only. Amphetamines continue to be the second most common substance, although ecstasy and LSD have appeared on the scene during the 1990s. Illegally used medicines, tranquillisers and sleeping pills mostly, are however often as common as amphetamines.

In the mentioned surveys, the number of respondents who had used drugs during the previous month mirrored trends in the lifetime prevalence relatively well. In the early 2000s 3% of the 9th year school students and military conscripts had used an illicit drug within the last 30 days. Some 5% of persons aged 16–24 reported drug use during the last 12 months in telephone interviews of the year 2000.

As the number of youngsters with personal experience of drug use has increased, the curiosity and “perceived availability” of drugs also have

increased. It must be pointed out however, that the great majority of young people still have strongly negative attitudes towards drugs.

Surveys in the adult population (15–75 years old) shows that some 12% had any experience of illicit drugs. It was twice as common among men than among women. Gender differences seem less pronounced in younger age groups and can be noticed from secondary school level onwards.

As regards regional differences, the above-mentioned surveys show clearly that drug use is more common in the three metropolitan areas, and is least common in rural districts. The conscript surveys show that while drug use was most common in Stockholm in the 1970- and 1980s, the levels grew higher in Malmö during the 1990s.

Various surveys has showed that youths reporting lifetime prevalence of drugs are also more likely to report lower educational level, skipping school and having school grades below average. These differences are however (even) more pronounced when it comes to recent drug use (last month drug use). This means that people continuing with their drug use seem to have a rather different background compared to those who quit their drug experiments and (in particular) to those who never try drugs.

Severe drug abuse

During the second half of the 1960s, the more serious drug abuse increased markedly and the period are seen as the phase when the modern forms of drug abuse was established in Sweden. Available data suggest that the trend levelled off somewhat in the beginning of the 1970s. The last half of the decade saw an increase in the number of narcotics cases reported to the police, drug seizures, convictions involving drugs and drug related deaths. This was also the period when heroin was introduced onto the Swedish drug market.

Three case-finding studies of more severe forms of drug abuse (intravenous or daily/near daily use) have been undertaken in Sweden, 1979, 1992 and 1998. The studies build on the cases known to, among others, police, social services, treatment and the correctional system. The studies applied capture-recapture estimation adding to the found cases a hidden population thus ending at a figure of known and unknown cases. The 1979 study used all municipalities, the 1992 study was a sample, and 1998 study an even smaller sample. Even if the 1998 study used the smallest sample, it was judged that it could be used to calculate a national estimate. The 1998 study also includes recalculation of the 1979 and 1992 data, following from slightly different assumptions and the application of more sophisticated statistical methods.

The 1979 estimate has been adjusted from 12,000 to 15,000 and the 1992 figure from 17,000 to 19,000. In 1998 the number of abusers was estimated at 26,000 (with an interval between 24,500–28,500).

Taking into account the figures above, the average annual increase rate was 2% from 1979 to 1992 and 6% between 1992 and 1998. With corrections for the dropout from the population the net annual inflow was calculated at some 800 during the first period, and about 1,900 during the second. From this follows that the recruitment into more severe drug abuse was relatively large in the 1990s. At the same time there are still a considerable number of ageing drug abusers with a long history of dependence. In the 1979 study 19% had been using drugs for 10 years or more. The figures for 1992 and 1998 were 47 and 52% respectively.

The proportion of females has been rather stable at one to four males. The average age increased from 27 years in 1979, to 32 in 1992 and 35 in 1998. The majority had injected drugs within the last year – 82% in 1979, 93% in 1992 and 89% in 1998. Central stimulants (mainly amphetamine), opiates (mainly heroin) and cannabis were always the dominating drugs. Amphetamine dominated among some 48% both 1979 and 1992, but had declined to 32% 1998. The share that had used amphetamine within the last 12 months was 77, 82 and 73% for the years mentioned.

Another significant change was that heroin became more common since 1979. Last-year prevalence of heroin in the respective studies was 30, 34 and 47%. With respect to opiates as the dominating drug the figures was 15 via 26 to 28% in 1998. Cannabis as dominating drug decreased from 33 to 17 and to 8% in 1998. Last-year prevalence of the drug was 61, 66 and 54%. Over the years there was an increased non-response to the question on dominating drug. It is likely that this reflects an increased multiple-abuse pattern but at the same time the reporting agencies are likely to have poorer knowledge of their clients.

Taken together other indicators (seizures, arrests, treatment and mortality) suggest approximately the same development as described in the above, were the increase in the 1990s can be particularly noted, as well as a continued increase in the 2000s. Also other factors can explain an increase in certain indicators but the overall picture, despite some ambiguity, is a raise in more severe forms of drug abuse. Especially in the light of the case-finding studies such a conclusion seems appropriate.

One clear pattern that can be seen in several indicators is the concentration to the metropolitan areas, above all of more severe forms of drug abuse. This was also confirmed in the 1998 case-finding study. Another tendency is a change within the metropolitan areas where an increase had taken place in the suburban parts of the cities. Abuse was still more prevalent (per

capita) within the central parts of Stockholm for instance, but the trend during the 1990s had been more dramatic in the outskirts of the city. The city of Malmö had also seen an increase in the 1990s and is the region with the highest per capita rates of drug abuse in the country. In Gothenburg heroin was more common than previous years and the pattern more alike the other two metropolitan areas but the increase during the 1990s was not as high though.

Trends in psychopharmaceutical drug use

Consumption of psycho pharmaceutical drugs – sleeping pills and tranquillizers – peaked in 1972, according to delivery statistics from the National Corporation of Swedish Pharmacies. After that sales dropped with 22% until the early 1990s. Thereafter sales again increased (with 22% in 2001, compared with 1991). Expressed as daily doses, 66 per 1,000 inhabitants and day were delivered.

Consumption of antidepressants was fairly constant during the 1970- and 1980s. During the 1990s however, a large increase related to the introduction of the selective serotonin reuptake inhibitors was noted. Between the years 1990 and 2001 sales increased six fold.

There are large disparities in use patterns for psycho pharmaceutical drugs. Women use sleeping pills and tranquillizers much more than do men, and prescription of these substances increases with age. Users are also over represented among unemployed, poorly educated, early retired and those with a high consumption of alcohol. People with multiple diagnoses are also over represented, as was widows. Delivery statistics also indicate major regional differences in the sales of sleeping pills and tranquillizers. As in 2000, highest per capita sales in 2001 were noted in the mid-south (Jönköping County) and the lowest sales in the far north (Norrbotten County).

Trends in sniffing

In the beginning of the 1970s, when the first in a series of drug abuse studies was carried out in schools and among military conscripts, a relatively large number of respondents had tried sniffing a volatile intoxicant at least once. During the 1970s this number decreased among both 9th year school pupils and conscripts.

The proportion of pupils in their 9th school year who reported having tried sniffing was fairly stable throughout the 1980s. The same holds true for the proportion of military conscripts who reported having sniffed during the past two years. Among students in 9th grade there was a temporary upward trend during the 1990s, however turned into a decline since a

couple of years. In 2001 some 8% of the boys and 6% of the girls had sniffed, compared to 4 and 7% in 1990. All since the early 1970s boys have reported this sort of experience in a higher degree than girls, and it is obvious that experience of sniffing was more frequent during that decade. The proportion of conscripts who had sniffed was 6% in 2001.

We only have limited information about the prevalence of inhalants use among adults. Studies on the extent of severe drug abuse from 1992 and 1998 showed that about 1–2% of the drug addicts also abused volatile solvents. Among those in compulsory treatment for alcohol or drug addiction some 1–2% had sniffing recorded.

Trends in doping

In the 1990s it has become clear that use of hormone-like performance-enhancing substances has spread beyond organised sports to other sectors of society, including body builders and people who work out in gyms. The most commonly used type of restricted doping-classed substance is anabolic steroids.

About 1% of young male respondents in nation-wide surveys state that they have at some time tested anabolic steroids. This percentage has been more or less constant since 1993, when questions about doping were introduced in surveys. The results are similar to those of many other European countries but are lower compared with the USA.

Even fewer have tried growth hormones, and use of hormone-like doping substances is very rare among women. In certain groups a correlation has been observed between use of hormonal doping substances on the one hand and on the other hand excessive alcohol consumption and use of illicit drugs.

Trends in tobacco use

At the beginning of the twentieth century “wet snuff_ and pipe tobacco dominated tobacco consumption. Annual cigarette sales were lower than 500 pieces per person (aged 15 or over) until 1945. Sales then increased and a peak was reached in 1976 when the figure was 1,840. Since then sales have dropped substantially, especially during the 1990s. The sales figure for 2001 were 1,000 cigarettes per person and year. A temporary and large decrease in sales in 1997–1998 coincided with high taxes on cigarettes these years. To some degree the drop in sales can be attributed to smuggling and private import (i.e. overseas and duty-free sales) but at the same time smoking has decreased.

Among 9th grade students smoking was particularly common during the 1970s. Smoking then decreased during the 1980s, though there was an increase towards the end of the decade. Since then levels remained fairly stable. In 2001 30% of the boys smoked and 36% of the girls. Figures for daily smokers were 11 and 16%, respectively.

Half a century ago smoking was much more common among men. In the year 1946 50% of the male population smoked, whereas the figure was 9% among females. In 1963 the figures were 49 and 23%, and in the 1970s 42 and 34% for persons aged 18–70. Since then there has been a decrease, particularly among men and smoking is now more common among women. In 2000 23% of the females and 18% of the males were smokers. The decrease can be noted in all ages but particularly among the youngest.

During 1995 smoking was estimated to be responsible for some 8,000 deaths in the country. The structure of the mortality does coincide with what could be expected from consumption and sales figures. Mortality has gone down among men but among women smoking went down later and to a lesser extent and no decrease in mortality is noticeable yet.

The proportion of snuff users has been surprisingly constant in light of the sales increase (62% from 1980 to 2001) that has been noted during the last two decades. Among men some 20% are daily users and has been so during the mentioned period. The rise in sales may be a result of higher consumption among users. It can also be the result of smokers that also used snuff, more or less stopped smoking and increased the snuff use. Daily use of snuff among women is extremely uncommon. The proportion of tobacco users as a total (smoking or snuff) among 9th grade students in 2001 was 39% among boys and 36% among girls.

2. Metodproblem och tillförlitlighet

Inledning

Till grund för bedömningar av omfattningen och utvecklingen av användningen av de i rapporten ingående drogerna ligger en rad olika uppgifter, insamlade med olika metoder och 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 de frågor om alkohol- eller narkotikaanvändning som ställs i frågeundersökningar av olika slag. I andra fall kan uppgifterna gälla konsekvenser av användningen; t ex uppgifter om antalet fall av alkoholpsykos, antalet omhändertaganden av berusade, antalet fall av hepatit eller antalet personer som dömts för narkotikabrott.

De kanske oftast använda uppgifterna gäller själva preparaten, t ex den totala försäljningen av alkoholdrycker, antalet beslag av narkotika eller beslagtagna kvantiteter av olika narkotiska preparat. Dessa uppgifter är betydelsefulla när man vill studera utvecklingen på aggregerad nivå. De säger dock inget om hur användningen fördelar sig mellan olika grupper, vilket är en av anledningarna till att frågeundersökningar används.

En grundläggande svårighet när det gäller frågan om missbrukets omfattning och utveckling är att missbruksbegreppet är vagt och att det inte finns några klara gränser mellan olika konsumtionskategorier. Detta är uppenbart och välkänt inom alkoholområdet. Det finns många olika definitioner av alkoholmissbruk och det finns inga klara gränser mellan socialt dryckesmönster, storkonsumtion och alkoholmissbruk (för en närmare diskussion se Alkoholpolitiska kommissionens betänkande, SOU 1994:28 s 25–26).

Förhållandet är likartat i fråga om användningen av narkotika. Olika kategorier av narkotikaanvändning går gradvis över i varandra utan klara skiljelinjer. Vad som emellertid ytterligare komplicerar bilden inom detta område är att missbruksbegreppet här har en annan innebörd. Allt bruk 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 viss tid använt sådana medel som enligt lagen definieras som narkotika. Men begreppet används också

med en skadeorienterad innebörd, liknande den som begreppet alkoholmissbruk har.

Orsaken till olika bedömningar av alkoholmissbrukets eller narkotikamissbrukets omfattning är ofta att olika begrepp använts. Inom alkoholområdet kan det t ex gälla skillnaden mellan ”alkoholmissbruk” och ”alkoholberoende”. Man försöker också hålla isär det ”sociala” bruket och missbruket. Inom narkotikaområdet har det inte varit lika självklart att skilja mellan den legala missbruksdefinitionen och den mera skadeorienterade. Självfallet kommer man fram till helt andra uppskattningar av antalet narkotikamissbrukare om man räknar med varje person som någon gång under det senaste året använt något narkotiskt medel jämfört med dem som använder medlet 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 sifferserier skall bedöma omfattningen och utvecklingen av missbruket.

Metodproblem vid frågeundersökningar

Det vanligaste tillvägagångssättet för att få reda på människors handlingar och åsikter är att fråga dem. Inom samhällsvetenskaperna är frågeundersökningar mycket vanliga och i många sammanhang den enda möjliga metoden.

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

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

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

Urvalsfel

Frågeundersökningar genomförs sällan som totalundersökningar. Undantag utgörs bl a av undersökningar av mönstrandets drogvanor och en del undersökningar av mindre grupper, t ex av eleverna i årskurs nio i någon viss kommun eller av klienter vid någon vårdinstitution. Den främsta orsaken till att totalundersökningar sällan genomförs är att de kräver stora resurser i fråga om pengar och tid. Det är heller inte säkert att de kunskaper man vill få fram genom undersökningen måste vara så exakta som en totalundersökning i bästa fall ger.

En viktig förutsättning för att resultaten från ett urval ska kunna spegla förhållandena i en population, är att den s k urvalsramen är korrekt. Detta innebär att den förteckning av de individer eller skolklasser som urvalet görs ifrån verkligen representerar populationen som skall undersökas. När man t ex genomför besöksintervjuer för att skatta användningen av alkohol och narkotika bland befolkningen som helhet, utgörs urvalsramen av de hushåll som finns i det s k SPAR-adressregistret hos DAFA. Detta förfaringssätt leder till vissa problem vid tolkningen av resultaten, eftersom de som saknar adresser inte ingår i urvalsramen. Det är sannolikt att dessa individer skiljer sig, speciellt när det gäller missbruk, från dem som är registrerade hos DAFA. Liknande selektionseffekter finns även där urvalsramen utgörs av hushållens telefonnummer.

För att resultaten från en urvalsundersökning (stickprovsundersökning) skall gå att generalisera till hela populationen, dvs vara giltiga för hela den del av befolkningen från vilken urvalet har dragits, måste urvalet göras

enligt bestämda regler. Generaliseringar till populationen är i princip endast tillåtna när någon typ av slumpmässigt urvalsförfarande har använts. Ett slumpmässigt urval karakteriseras av att varje individ i populationen har chans att komma med i urvalet. Chansen behöver inte vara lika stor för alla men den måste vara känd. De vanligaste slumpmässiga urvalsförfarandena är obundet slumpmässigt urval, systematiskt urval, stratifierat urval och klusterurval.

Det är troligt att de svar man får av ett urval av personer inte fördelar sig exakt så som svaren skulle ha gjort om alla i populationen hade blivit tillfrågade. Samtidigt är det just populationens svarsfördelning som är av intresse. Det gäller därför att med hjälp av svaren från personerna i urvalet skatta (estimera) hur populationen i sin helhet skulle ha svarat. Det kan t ex gälla hur stor andel av populationen som använt en viss mängd alkohol eller som använt viss narkotika.

Skattningen av populationsvärdet innehåller bl a slumpfel. Under förutsättning att urvalet är slumpmässigt går det att beräkna inom vilket intervall (s k konfidensintervall) det sanna värdet (dvs 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 undersökningsresultatets tillförlitlighet.

Externbortfallets storlek varierar i allmänhet mellan olika datainsamlings-

metoder. Det är som regel störst i postenkäter, mindre i intervjuundersökningar och minst i gruppenkäter. Det kan också variera mellan olika år. Man kan i flera typer av SCBs stora undersökningar, t ex ULF-undersökningen, dessutom notera en ökning av bortfallet över tiden. En bortfallskategori som ökat påtagligt, speciellt i Stockholmsområdet är ”ej anträffade” (Nilsson et al, 2000). Sannolikt är detta ett generellt mönster när det gäller flera typer av frågeundersökningar – bortfallet tenderar att öka – något som givetvis påverkar tillförlitligheten i resultaten.

Det kan finnas många orsaker till att en person inte deltar i en undersökning. I skolundersökningarna beror det som regel på att en del elever inte är i skolan den dag som undersökningen genomförs, antingen på grund av sjukdom eller på grund av skolk. Bortfallet i mönstringsundersökningen, som är en totalundersökning, beror främst på att alla inte kommer till inskrivning men också på att inte alla som inställer sig vill, eller ges tillfälle, att svara på enkäten.

I undersökningar av bruk och missbruk av alkohol och narkotika kan man, som nämnts, anta att andelen brukare eller missbrukare är större i bortfallet än bland dem som deltagit i undersökningen. Även om bortfallet är litet uppkommer stora problem vid urvalsundersökningar om den företeelse man undersöker har en låg basfrekvens, dvs att det är en relativt sett ovanlig företeelse. Exempel på detta är gravt alkoholmissbruk eller tungt narkotikamissbruk. Vill man genom en intervjuundersökning få reda på omfattningen av sådant missbruk krävs mycket stora urval för att resultaten ska bli användbara. I ett urval på 2 000 personer kanske det ingår 10 personer med sådant missbruk. Gör man ett nytt och lika stort urval kanske det på grund av slumpvariationerna ingår 5 eller 15 personer. Först med betydligt större urval skulle det i princip bli möjligt att dra några slutsatser om omfattningen av sådant missbruk. Men i praktiken kommer en sådan slutsats, på grund av bortfallet, ändå att ge en felaktig bild. Man kan utan vidare anta att de personer det gäller nästan undantagslöst ingår i bortfallet, på grund av att de är oanträffbara; de sitter i fängelse, är intagna på sjukhus eller behandlingshem, eller inte är intervjubara av andra skäl.

Mätfel

Med mätfel i frågeundersökningar menas att frågorna inte besvarats på ett korrekt sätt, t ex på grund av att frågan är oklart formulerad, på grund av att den som svarat glömt eller inte vill avslöja hur det förhöll sig.

Mätfelen varierar beroende på vilket område frågorna gäller. Allmänt kan man anta att den tillfrågade medvetet eller omedvetet försöker beskriva sina vanor, handlingar och åsikter på ett sådant sätt att han framstår som en ”normal” person, ett fenomen som kallats social önskvärdhet (Björkman 1979). När frågorna gäller känsliga områden kan risken för mätfel

antas vara särskilt stor. Det kan t ex gälla frågor om begångna brott, sexuella vanor, psykiska sjukdomar eller åsikter som av det omgivande samhället betraktas som fördomar.

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

I allmänhet antar man att mätfelen leder till en underskattning av bruk och missbruk av droger. Gjorda undersökningar visar som regel att så också är fallet. Jämförelser mellan den redovisade konsumtionen i undersökningar av 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. 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 droganvändning-

en skulle i enlighet härmed vara resultat av dels en ökande underrapportering och dels en minskning av den faktiska drog användningen.

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

Beskrivning av de redovisade undersökningarna

Skolundersökningen

Skolundersökningarna genomförs regelbundet varje år sedan 1971 (Hvitfeldt et al 2002). En enkät med frågor om elevernas drogvanor distribueras till riksrepresentativa urval av klasser. Storleken på urvalet har tidigare varierat något. Under senaste tioårsperioden har ca 6 000 elever i årskurs 9 medverkat årligen och bortfallet har uppgått till ca 10–15 procent. Vartannat år genomförs också undersökningarna i årskurs 6, varvid knappt 4 000 elever deltar.

Eleverna besvarar enkäten anonymt under liknande former som vid ett skriftligt prov i skolan. Frågeformuläret innehåller en grundstomme av frågor som använts under i stort sett hela perioden. Vid några tillfällen har emellertid en mer genomgripande förändring ägt rum. Det är väl känt att förändringar i frågeformuleringen påverkar resultatet. I samband med en revision av formuläret 1983 gjordes en del av undersökningen med det gamla formuläret (s k länkundersökning). Data som samlades in med det nya frågeinstrumentet kunde på så vis länkas samman med tidigare års resultat. Även senare har smärre förändringar gjorts som bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

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

ESPAD – The European School Survey on Alcohol and Other Drugs

År 1995 genomfördes en undersökning av skolungdomars alkohol- och drogvvanor i 26 europeiska länder. En långtgående standardisering av såväl datainsamlingsmetodik som målgruppens ålder gjorde det möjligt att för första gången jämföra ungdomarnas drogvvanor i de deltagande länderna.

Det främsta målet med studien var att undersöka alkohol- och drogvvanornas utbredning i olika länder. Ett annat, och på sikt kanske viktigare mål, var att upprepa datainsamlingen med några års mellanrum för att på så vis kunna följa utvecklingen över tid, såväl inom som mellan länderna. ESPAD-projektet startades och leds av CAN, i samarbete med Europarådets Pompidougrupp, vilken också gett visst ekonomiskt stöd, främst åt länder från Östeuropa.

Våren 1999 genomfördes den andra datainsamlingen inom ramen för projektet. Antalet deltagande länder hade nu ökat till 30: Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, FYROM (The Former Yugoslav Republic of Macedonia), Färöarna, Grekland, Grönland, Holland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Ryssland (endast Moskva), Slovakien, Slovenien, Storbritannien, Sverige, Tjeckien, Ukraina och Ungern.

Målgruppen för ESPAD-projektet är skolungdomar som fyller 16 år det år de besvarar enkäten, vilket innebär att eleverna i 1999 års undersökning var födda 1983. Urvalen har gjorts slumpmässigt i varje land (oftast klasser, i något enstaka fall utgjorde skolor urvalsenheter) inom de årskurser som hade elever i den aktuella åldersgruppen. Nästan 100 000 europeiska elever besvarade anonymt samma frågeformulär översatt till respektive språk. Den nationella resultatredovisningen skedde i standardiserat format och skickades till CAN för att därefter sammanställas i en internationell rapport (Hibell, Andersson et al, 2000).

ECAS – European Comparative Alcohol Study

I föreliggande rapport hämtas en del internationella data från den s k ECAS-studien varför det kan vara relevant att beskriva uppläggningsen 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 2001). 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. Sambanden konsumtionsdata/dödlighet har analyserats med tidsserieanalys s k ARIMA.

Beskrivningen av alkoholpolitikens utveckling i de olika länderna bygger på en enkät som samtliga deltagande länder besvarat. Den har sedan kodats mot en skala där följande sex aspekter inkluderats: Bestämmelser för partihandel (3 poäng), detaljhandel och restauranger (7p), åldersgränser vid partihandel och restauranger (3p), reklam (2p), blodalkoholgränser (3p), program och/eller myndighet för allmänt förebyggande arbete inom alkoholområdet respektive för undervisnings- eller informationsarbete inom det samma (2p). Totalt kunde 20 poäng erhållas.

Mönstringsundersökningen

Mönstringsundersökningarna är årliga undersökningar av alla som infin- ner sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor och merparten av dem är 18 år (Guttormsson 2002). Studien genomförs sedan 1970 med anony- ma gruppenkäter vilka besvaras enskilt och därefter läggs i svarsåldor av respondenterna. Numera mönstrar årligen 40–50 000 personer och hittills har 1,3 miljoner personer besvarat enkäten.

Till följd av diverse tekniska problem kan inga data presenteras från pe- rioden 1989–1991. Åren närmast före och efter denna period var bortfallet relativt omfattande men data bedöms ändå spegla utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. De två senaste åren har bortfallet ökat från normala 8% till 15%. 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 att avgöra vilken betydelse detta haft för resultatens utseende. Det framgår av tabellerna om frågeformuleringarna ändrats i sådan grad att det finns skäl att tro att detta påverkat svarsfördelningarna.

Ungdomsundersökningen

Ungdomsundersökningarna har genomförts kontinuerligt sedan slutet av 1970-talet. Fram till och med 1994 genomförde SIFO undersökningarna.

Detta år gjorde även TEMO en del av undersökningen. Undersökningarna 1996 och 1998 genomfördes av TEMO medan undersökningen 2000 genomfördes av Intervjubolaget. Undersökningen görs på ett urval i åldern 16–24 år, tidigare var målgruppen 12–24 år. Urvalets storlek har varierat något under åren. De av SIFO genomförda undersökningarna grundar sig i flertalet fall på ett urval av 1 500 ungdomar. I 1996 och 1998 års undersökningar intervjuades 2 350 ungdomar, varav 2 000 representerade hela riket och 350 Sydsverige. Vid undersökningen år intervjuades det 2 800 ungdomar, inklusive Sydsverige.

På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a byte av opinionsinstitut och en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1996 års undersökning, och en del frågeförändringar år 2000, försvåras möjligheten att göra jämförelser över tid. En ytterligare reservation är det ringa antalet intervjuade i TEMOs del av 1994 års undersökning (n=500 i hela landet och 300 i södra Sverige) vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet det året. En utförligare presentation av ungdomsundersökningarna återfinns i en särskild rapport ”Ungdomars alkohol- och narkotikavanor 1998” (Andersson och Lindén-Boström 2000).

Vuxenundersökningen

Allmänhetens (15–75 år) drogvanor är en undersökning som har genomförts sedan början av 1980-talet. Till och med 1990 genomfördes undersökningen av SIFO, från och med 1992 av TEMO. Personerna i urvalet intervjuas vid personliga besök i hemmen. Undersökningen genomförs i regel som en omnibusundersökning, vilket innebär att frågeformuläret delas mellan ett antal olika uppdragsgivare. Under perioden 1988–1994 omfattade urvalet 1 000 personer, med undantag för 1991 då 500 personer intervjuades. Urvalet vid 1996 och 1998 års undersökningar uppgick till 1 500 personer, och till ca 2 000 nästföljande undersökning. Bortfallet har under de senaste åren legat kring 40%. För att kompensera detta tillämpas ett vägningsförfarande, vilket i korthet bygger på bortfallets fördelning i ett antal kategorier baserade på kön, ålder och boendeort. Om en respondent tillhör en kategori där bortfallet är förhållandevis stort, vägs dennes svar upp i motsvarande grad.

Urvalets storlek kan anses ge tillförlitliga resultat vad gäller hela åldersintervallet, dvs 15–75 år. När man däremot studerar undergrupper i materialet, t ex ett snävare åldersintervall, blir skattningarna genast mer osäkra. Vissa av resultaten från dessa undersökningar redovisas som glidande medelvärden för att motverka tvära kast i tidsserierna. I praktiken innebär detta att ett redovisat värde för t ex 1994, utgörs av medelvärdet för 1993, 1994 och 1995.

Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF)

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

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

UNO- och MAX-undersökningarna

Vid tre tillfällen har det genomförts nationella s k case-finding studier i Sverige; 1979, 1992 och 1998. Case-finding innebär helt enkelt att man samlar in uppgifter om de personer (cases) som uppfyller ett kriterium för narkotikamissbruk. Uppgifterna samlas in från de myndigheter och organisationer som har kontakt med missbrukarna, t ex socialtjänst, vårdinrättningar, polis och kriminalvård. I många fall samlas flera blanketter in för en och samma person, något som man kan kontrollera genom en för varje person unik kod, varvid dubbelräkning kan undvikas.

I nästa steg skattas det s k mörkertalet. Uppgiftslämnarna har inte kännedom om samtliga missbrukare och de okända är i detta fall det mörkertal som skall adderas till de redan kända fallen. Tekniken kallas för capture-recapture och härstammar från biologin där metoden använts för att skatta djurpopulationer, t ex antalet fiskar i en sjö. I dess enklaste variant fungerar metoden så här: Antag 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

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

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

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

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

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

Under senare år har metodiken för analys av den här typen av data utvecklats påtagligt och metodiken för log-linjära modeller får sägas innebära ett genombrott. Man kan nu hantera ett beroende mellan datakällorna, och man kan även tillåta att olika individer har olika sannolikhet att registreras. Sammanfattningsvis kan man konstatera att flera av de problem som förknippas med case-finding metodik numera går att hantera. Det är också bakgrunden till att datamängderna för 1979 och 1992 har återanalyserats (se kapitel 4 för beskrivning av resultaten) (Olsson 2000).

Frågeundersökningarnas användbarhet

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

ger en sann bild av respondentens drogvanor. I det följande avsnittet diskuteras undersökningarnas användbarhet närmare.

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

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

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

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

en anonym gruppenkät. Skillnaden – 8,0 mot 5,3% – var emellertid inte statistiskt signifikant.

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

Eventuella förändringar i svarens sanningshalt över tid kan man få en viss uppfattning om genom jämförelse med andra data. Om det sker några faktiska förändringar i antalet personer som använder narkotika bör detta leda till förändringar också i fråga om t ex antalet personer som misstänks för narkotikabrott, givet en viss aktivitetsnivå hos polis och tull. Enligt undersökningarna bland eleverna i årskurs 9 i grundskolan skedde det en påtaglig minskning mellan åren 1971 och 1975 samt mellan 1982 och 1983 av andelen som uppgett att de någon gång respektive under senaste månaden använt narkotika. En jämförelse mellan dessa andelar och antalet personer i motsvarande ålder som misstänkts för narkotikabrott visar på en relativt god överensstämmelse år från år (Olsson 1992). Likartade resultat fås när jämförelsen görs mellan svaren från mönstringsundersökningen och antalet misstänkta för narkotikabrott i motsvarande åldersgrupp. Vissa avvikelser förekommer dock i båda fallen. Resultaten sammantagna talar ändå snarare för än emot att enkätdata relativt väl speglar en faktisk förändring i svarsfördelningen från ett år till ett annat.

Indikatorer på bruk och missbruk

Missbruk av alkohol och narkotika får ofta en rad konsekvenser för missbrukarna. Ju allvarigare en persons missbruk är desto större är sannolikheten för att hans missbruk blir känt och registrerat. Det kan t ex gälla intagning på sjukhus eller behandlingshem på grund av missbruk eller något följdillstånd, t ex alkoholpsykos eller hepatit. Andra exempel är dödsfall till följd av levercirrhos eller överdos av heroin. Missbrukaren kan också bli känd av polis eller domstolar, såväl på grund av brott mot narkotikalagarna som på grund av andra brott som missbrukaren begår för att finansiera sitt missbruk.

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, dvs som så kallade indikatorer. Vissa försök har gjorts

att med sådana uppgifter som grund beräkna antalet missbrukare. Vanligast är dock att indikatorerna tas som utgångspunkt för bedömningar av utvecklingen. De svårigheter och den osäkerhet som detta tillvägagångssätt innebär har främst att göra med att indikatorerna också påverkas av andra faktorer än utvecklingen av missbruket.

De speciella förhållanden som kan antas inverka på olika data som redovisas i rapporten tas upp i respektive avsnitt. Framställningen i det följande är av mer övergripande karaktär.

Flera av de dataserier som redovisas i rapporten kommer från olika vårdinrättningar. Det förhåller sig självfallet så, att ett ökande missbruk förr eller senare leder till en ökning av efterfrågan på vård och behandling och därmed som regel till en ökning av antalet vårdade missbrukare. Antalet vårdade missbrukare kan emellertid också påverkas av antalet behandlingsplatser och i vilken utsträckning de tillgängliga platserna utnyttjas av personer som inte är missbrukare. Samma förhållande gäller beträffande statistiken över narkotikamissbrukare inom kriminalvården. I detta fall kan osäkerhet beträffande siffrorna också bedömas uppkomma på grund av att man inte alltid säkert vet om en intagen är missbrukare.

Uppgifterna om t ex omhändertagande av berusade personer, trafiknykterhetsbrott och narkotikabrott, om misstänkta personer och om beslag av narkotika påverkas av polisens arbetsinsats, effektivitet och prioriteringar. I många fall är det mycket svårt eller omöjligt att avgöra i vilken utsträckning förändringar i en siffserie beror på faktiska förändringar eller på andra faktorer. Beror en ökning av antalet registrerade omhändertaganden på att fler dricker sig berusade, eller tar man hand om en större 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 måste bedömningen göras med hänsynstagande till eventuella organisatoriska och resursmässiga förändringar.

Indikatorernas användbarhet

När det gäller användning av indikatorer, vilka i första hand antas spegla det ”tunga” missbrukets utveckling, måste slutsatserna i varje enskilt fall dras med beaktande av andra tänkbara faktorer som kan ha påverkat siffrorna. När siffserier vilka speglar olika konsekvenser av missbruket pekar i samma riktning, kan slutsatser dras med större säkerhet än när siffrorna går åt olika håll.

Också kvalitativa skillnader mellan indikatorerna måste beaktas vid en bedömning. När det gäller att bedöma alkoholmissbrukets omfattning måste den totala alkoholförsäljningen tillmätas stor vikt. Det finns en rad undersökningar som visar att sambandet mellan alkoholförsäljningen och

vissa alkoholrelaterade skador är starkt. När det gäller t ex narkotikabeslagen kan antalet beslag antas vara en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna kvantiteterna. Mängden narkotika som beslagtas beror ofta på tillfälligheter, ett enskilt 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 en ökad alkoholkonsumtion eller ett ökat alkoholmissbruk först efter en tid att kunna avläsas i t ex dödlighet i levercirrhos eller olika alkoholbetingade kroppsliga sjukdomstillstånd.

Metoder och avgränsningar

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

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

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

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

Om man istället använder antalet personer som till följd av alkoholkon-

sumtionens konsekvenser registreras i samband med t ex sjukhusvård får man en bild av en del av det ”tunga” alkoholmissbruket – men det är långtifrån någon fullständig bild.

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

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

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

Referenser

Andersson B, Lindén-Boström M (2000). *Ungdomars alkohol- och narkotikavapor 1998*. Folkhälsoinstitutet, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.

Björkman N M (1979). *Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar: en jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.

Danermark B & Vintherheimer S (1984). *Att mäta cannabisrökning bland skolorngdomar. En experimentell jämförelse av två mätmetoder: anonyma gruppenkäter och intervjuer baserade på randomiserade svar*. Örebro: Högskolan i Örebro.

- Goodstadt M S, Gruson V (1975). *The randomized response technique: A test on drug use*. JASA, 70 (352), 814–818.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvänor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: 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.
- Hibell B, Jonsson E, Medlund A, Svedugård L (1982). *Skolungdomars alkohol-, narkotika-, tobaks- och snifvningssvanor våren 1982*. Stockholm: Sociologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Hvitfeldt T, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevers drogvänor 2001*. Rapportserie nr 67. 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) (2000). *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Utkast.
- Olsson O (1992). *Tillförlitligheten i frågeundersökningar av skolelevers och värnpliktigas drogvänor. Ett valideringsförsök med hjälp av registerdata*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Olsson U (2000): *Estimation of the number of drug addicts in Sweden – an application of capture-recapture methodology*. Swedish University of Agricultural Sciences, Department of Biometry and Informatics, Report 55.
- SOU 1994:28 (1994). *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Stockholm.
- Statistiska centralbyrån (1995). *Levnadsförhållanden*. Appendix 15. Teknisk rapport avseende 1990–91 års och 1992–93 års undersökningar av levnadsförhållanden. Örebro: SCB
- Warner S L (1965). *Randomized response: A Survey technique for eliminating evasive answer bias*. JASA, 60 (309–312), 63–69.

3. Alkoholutvecklingen

Inledning

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

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

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

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. Dessa svårigheter till trots bedöms de redovisade uppgifterna tillsammans kunna förmedla en någorlunda korrekt bild.

Alkoholpolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

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

- 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 En ny tillverkningsförordning stoppar husbehovsbränningen.
- 1865 AB Göteborgssystemet bildas.
- 1905 Besluta att all brännvinsförsäljning i landet ska handhas av särskilda bolag under viss statlig kontroll.
- 1914 AB Stockholmssystemet börjar sin verksamhet med att införa motbokstvång och individuell ransonering.
- 1916 Obligatorisk utminuteringskontroll införs i hela landet.
- 1917 AB Vin- & Spritcentralen bildas och tar över all partihandel.
- 1919 Motbokskontrollen genomförs till fullo genom en ny rusdrycksförsäljningsförordning. Systembolaget får monopol också på vinförsäljningen.
- 1922 Folkomröstning om ett totalförbud. 889 000 röstade för och 925 000 mot förbud.
- 1923 Förbudet mot starkölsförsäljning permanentas (infört 1917).
- 1944 Den nykterhetskommitté tillsätts som 1953 föreslår att restriktions-systemet skall avskaffas.
- 1955 Motboken slopas. Systembolagen slås samman till ett riksbolag. Starkölsförbudet upphävs.
- 1957 Riksdagen beslutar om spärrlistor och legitimationsskyldighet. Systembolaget börjar sin propaganda för mildare dryckesvanor.
- 1965 Alkoholpolitiska utredningen (APU) tillsätts. Mellanölet, klass IIB, införs.
- 1969 Inköpsåldern sänks till 20 år (den 1 juli).
- 1977 Mellanölet och spärrlistorna avskaffas den 1 juli.
- 1979 Skärpta regler om marknadsföring av alkohol med bl a förbud mot annonsering annat än i branschtidningar.
- 1981 Ny lag mot langning och överlåtelse till ungdom.
- 1982 Beslut om lördagsstängt fr o m den 1 juli.
- 1986 Flera systembutiker förlänger öppettiden en dag i veckan.
- 1995 En ny alkohollag trädde i kraft varvid Vin & Sprits monopol på import, export, tillverkning och partihandel med spritdrycker, vin och starköl avskaffades. Även Systembolagets monopol gentemot restauranger och övriga innehavare av serveringstillstånd avskaffades. Ansvaret för utredning och tillsyn av serveringstillstånd överfördes från länsstyrelserna till kommunerna. Tillståndsplikten för detaljhandel med och servering av öl klass II avskaffades.

- 1997 EG-domstolen beslutar att Systembolaget får behålla sitt monopol. Ny alkoholskatt på öl innebärande att för varje volymprocent alkohol är skatten 1,45 kr per liter (öl med en volymalkoholhalt om 2,8% och därunder är dock befriat från alkoholskatt).
- 1999 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 förbjöds.
- 2000 Systembolaget införde efter riksdagsbeslut försök med lördagsöppet i ett antal län. Sveriges undantag från EUs införselbestämmelser förlängdes till utgången av år 2003, varpå alkoholinförselvolymerna skall vara fullt ut harmonierade.

Alkoholpolitiska händelser 2001–2002

En alkoholpolitisk handlingsplan antogs våren 2001. Denna medförde bl a att en särskild kommitté, *Alkoholkommittén*, bildades under den nationella ledningsgruppen med uppgift att implementera handlingsplanens förslag. Målet för den svenska alkoholpolitiken är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och detta skall uppnås genom åtgärder mot skadligt dryckesbeteende och genom att sänka den totala alkoholkonsumtionen. Prioriterade delmål är att ingen alkohol skall förekomma i trafiken, på arbetsplatser eller under graviditet. Vidare vill man även skjuta upp alkoholdebuten, minska berusningsdrickandet, skapa fler alkoholfria miljöer samt åstadkomma en alkoholfri uppväxt. Dessutom skall arbetet mot den illegala alkoholhanteringen fortsätta. Mycket av arbetet skall äga rum på lokal och regional nivå. Planens genomförande skall utvärderas av Statens folkhälsoinstitut.

Sedan 1 juli 2001 håller systembutikerna öppet på lördagar i hela Sverige. Statens folkhälsoinstitut ska löpande följa upp konsekvenserna av lördagsöppet.

Den 1 december 2001 sänktes vinskatten med ca 5 kronor per liter, i linje med EU-kommissions önskemål om att öl och vin skulle beskattas mera jämligt.

Konsumentombudsmannen stämde 1997 en svensk tidskrift för brott mot förbudet mot alkoholreklam. Våren 2002 avkunnade tingsrätten dom, efter vägledning från EG-domstolen, som öppnar för alkoholreklam i svenska tidningar. KO har överklagat målet till Marknadsdomstolen, som behandlar ärendet hösten 2002.

Konsumtionsutvecklingen

Alkoholförsäljningen

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

Utöver den konsumtion som speglas i försäljningsstatistiken tillkommer även konsumtion av oregistrerad alkohol. Denna utgörs bl a av privat införda alkoholdrycker, hemtillverkad och insmugglad alkohol samt utlandskonsumtion. Hur omfattande den ej statistikförda alkoholen är belyses av olika undersökningar och detta diskuteras i ett särskilt avsnitt. Det bör dock framhållas att andelen oregistrerad konsumtion bedömts ha ökat de senaste 10–15 åren, vilket betyder att den registrerade försäljningens betydelse som indikator på konsumtionsutvecklingen har kommit att försvagas något.

Alkoholförsäljningens utveckling sedan mitten av 1800-talet redovisas med femårsmedelvärden i diagram 1 och tabell 1. Från en mycket hög nivå under 1800-talet skedde en betydande nedgång, som var särskilt markant under första världskriget. Därefter låg försäljningsnivån relativt lågt, även

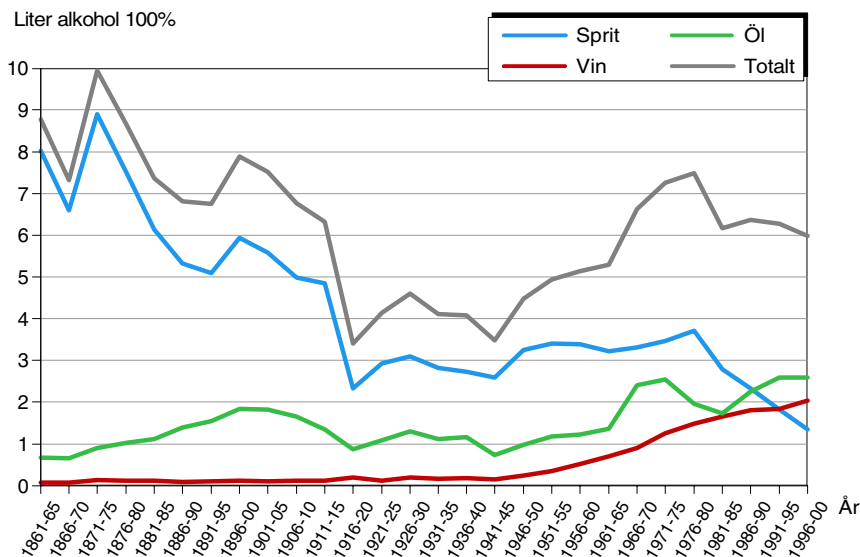


Diagram 1. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver, 1861–2000. Femårsmedeltal. (Tabell 1)

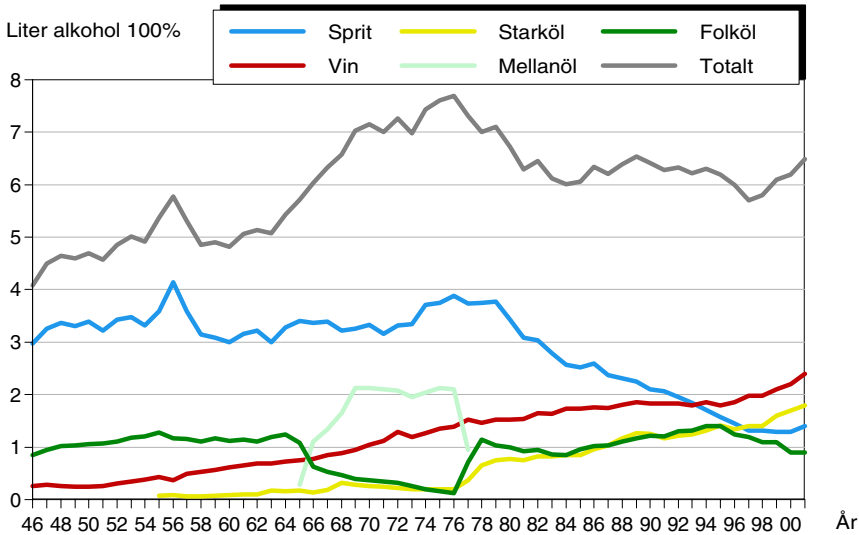


Diagram 2. Försäljningen av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1946–2001. (Tabell 2)

om andra världskriget medförde ytterligare en minskning. Därpå ökade den registrerade försäljningen och nådde perioden 1976–80 samma nivå som under 1900-talets början. Efter denna topp har försäljningen legat något lägre senaste tjuogoårsperioden.

I diagram 2 och tabell 2 ges en mer detaljerad bild av utvecklingen sedan 1946. Detta år var försäljningen 4,1 liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. År 1954, d v s sista motboksåret, var den 4,9 liter och steg därefter till 5,8 liter 1956. En kraftig prishöjning sänkte försäljningen men efter några år med en försäljning omkring 5 liter inleddes en ny ökningsperiod 1964. År 1976, d v s sista helåret med mellanölsförsäljning i livsmedelsaffärer, uppgick alkoholförsäljningen till 7,7 liter. Därefter inträffade en minskning och 1984 var försäljningen 6,0 liter. Svängningarna har varit mindre sedan dess och 2001 uppgick den registrerade försäljningen till 6,5 liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre, d v s ungefär samma mängd som gällde under 1980-talets början. Betraktar man enbart de allra senaste åren framgår dock att försäljningen ökat med 0,7 liter ren alkohol sedan 1998.

Betydande förändringar har skett när det gäller olika alkoholdryckers del av försäljningen. Under 1800-talet var alkoholförtäring närmast synonymt med spritkonsumtion, men i synnerhet under 1960-talet sjönk spritens andel av den totala konsumtionen och år 2001 uppgick den till 21%. Numer är vin den dryckestyp, räknat i ren alkohol, som bidrar mest till totalkonsumtionen, men även starkölet har passerat spriten. År 2001 bi-

drog dessa drycker med 38 respektive 27%, medan folkölets andel av försäljningen var 14%. Försäljningsökningen sedan 1998 faller nästan helt på en ökning av vin- och ölförsäljningen.

Mätt i liter ren alkohol har vin ökat mer eller mindre kontinuerligt under efterkrigstiden, medan spritförsäljningen började falla i början av 1980-talet. Utvecklingen för de olika ölvarianterna kan också sägas ha varit successivt uppåtgående under efterkrigstiden, med undantag för mellanölsperioden som utgjorde en kraftig puckel.

I tabell 3 redovisas försäljningen i liter per person 15 år och äldre för olika alkoholsorter, utan att ha omräknats till 100% alkohol, och där redovisas även blanddrycker och starköl med alkoholhalt överstigande 5,6 volymprocent.

Regionala skillnader

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

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

Systembolagets försäljning av sprit, vin och starköl, räknat per invånare 15 år och äldre i hela landet, uppgick 2001 till 4,6 liter (alkohol 100%). Fyra av länen hade en försäljning om 6 liter alkohol 100% per invånare eller högre. Dessa var Stockholms, Gotlands, Jämtlands samt Värmlands län och dessa län har legat bland dem med högst försäljning hela 1990-talet (tabell 4). De lägsta försäljningssiffrorna har de senaste fem åren redovisats för Skåne, Jönköping, Kronoberg och Blekinge. Dessa hade en registrerad försäljning omkring 3,3 liter under 2001.

Påtagliga skillnader mellan länen föreligger också mellan olika dryckes typer. Försäljningen av sprit år 2001 (tabell 5) var högst i Jämtlands län (2,1 liter alkohol 100%) med Värmland på andra plats (1,8 liter) och Gotland på tredje (1,6 liter) och lägst i Jönköpings och Skåne län (0,9 liter). Denna ordning har varit densamma senaste femårsperioden.

Systembolagets vinförsäljning i riket 2001 uppgick till 2,2 liter 100% alkohol per invånare 15 år och äldre (tabell 6). Bland länen låg Stockholm högst med 3,3 liter följt av Gotland (2,9 liter) och Jämtland (2,5 liter), alltså samma tre topplän som vad gäller totalförsäljningen. Lägst låg Jönköpings (1,2 liter), Kronobergs och Blekinge län (1,4 liter). Vinförsäljningen har varit lägst i dessa län åtminstone de senaste fem åren.

Systemets genomsnittsförsäljning av starköl i landet som helhet var år 2001 1,2 liter. Sedan 1995 har Gotland, Jämtland, Norrbotten, Värmland och Stockholm tillhört topplänen medan försäljningen varit lägst i Kronoberg, Blekinge, Halland och i synnerhet i Skåne. År 2001 var försäljningen allra högst för Gotland och Jämtland (1,8 liter) och lägst i Skåne (0,6 liter).

Generellt kan sägas att den låga försäljningen i de sydligaste länen åtminstone delvis påverkas av närheten till Danmark. Omvänt kan den relativt höga försäljningen i Värmland, med fyra av de fem viktigaste ”gränshandelsbutikerna”, påverkas av normmännens inköp, liksom den höga försäljningen på Gotland påverkas av omfattande turism i kombination med liten befolkning.

Restaurangförsäljning

Det som konsumeras på restaurangerna har kommit att utgöra en växande andel av den totala konsumtionen. Mellan 1977 och 1996 ökade kontinuerligt restaurangserveringens andel av den försålda alkoholen, från 5 till 20% (räknat i hundraprocentig alkohol). Därefter har emellertid andelen legat relativt stilla och 2001 uppgick andelen restaurangkonsumerad alkohol till 19% (tabell 8).

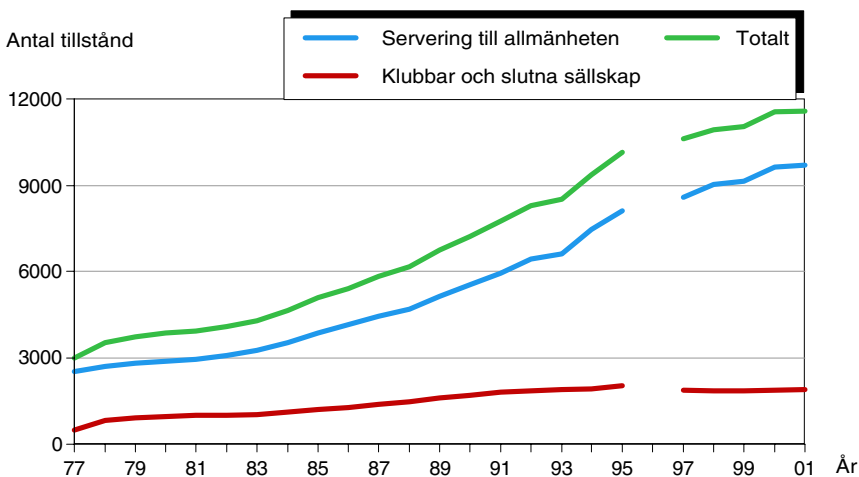


Diagram 3. Antal serveringstillstånd vid årets slut med tillstånd att servera alkohol till allmänheten respektive klubbar och slutna sällskap. 1977–2001. (Tabell 9)

T o m 1994 var det framför allt starköl som övergick till att drickas på restaurang, men därefter har starkölsandelen gått tillbaka. I mitten på 1990-talet dracks 46% av allt starköl på restaurang, 2001 var motsvarande siffra 35%. Andelen sprit och vin som konsumeras på restauranger har dock fortsatt att öka, även om öl fortfarande behåller sin dominerande position vad gäller restaurangkonsumtion. År 2001 dracks ca 14% av spriten respektive vinet på restaurang.

Den ökade restaurangförsäljningen har naturligtvis till en del att göra med det ökande antalet serveringstillstånd, en utveckling som redovisas i diagram 3 och tabell 9. Antalet tillstånd var ca 3 000 år 1977 och hade ökat till drygt 11 600 år 2001, närmare en fyrdubbling således. Det kan konstateras att restaurangtillstånden fortsatt att öka även efter 1996, till skillnad från restaurangernas andel av försäljningen enligt tabell 8.

Alkoholkonsumenternas utgifter och statens inkomster

Svenskarnas utgifter för alkoholköp har en viss inverkan på statsinkomsten och merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. Statens totala inkomster från alkoholhanteringen ökade från ca 9 miljarder 1980 till 18 miljarder 1994 (tabell 10). Sedan 1995 har dock intäktskällorna minskat då tullavgifter och vinstmedel från Vin & Sprit inte tillfaller svenska staten samtidigt som Systembolagets vinster minskat, bl a på grund av ökade kostnader dikterade av EU-anpassningen.

Det senaste året som det var möjligt att beräkna en vinstsumma jämförbar med tidigare år var 1998, och då hade intäkterna minskat och uppgick till 14 miljarder. Att jämförbara siffror på inkomsterna inte längre kan beräknas beror på att det i nuläget saknas tillförlitliga uppgifter om momsintäkterna. Sedan 1998 har emellertid intäkten från alkoholskatterna ökat med närmare en miljard. Sprit är den dryckestyp som bidrar mest till alkoholskatteintäkterna.

Mellan 1985 och 2000 har konsumenternas utgifter för alkoholköp på restauranger och systembolag ökat från 16 till 31 miljarder kronor (tabell 11). Under perioden ökade också restaurangkonsumtionens andel, mätt i kronor, från 20 till 31%. Dessa uppgifter styrker därmed den bild som gavs i tabell 8 att jämfört med 1980-talet sker en allt större del av alkoholkonsumtionen numera på restauranger.

Spritinköpsens andel av den totala alkoholköpskostnaden minskade från 52% 1985 till 33% 2000 och uppgick då till 10 miljarder (tabell 11). Det som framförallt ökat är utgifterna för starköl. År 1985 uppgick dessa till ca 3 miljarder och 2000 till närmare 9 miljarder, vilket utgjorde 19 respektive 29% av totalkostnaden för alkoholköp 2000. Samma år gällde 56% av starkölsutgifterna inköp på restauranger.

I tabell 12 redovisas en indexerad utveckling av realpriset för alkohol i detaljhandeln perioden 1984–2001 (med 1984 satt till 100). Det bör noteras att Systembolaget använder ett nytt index jämfört med det som redovisats tidigare. Av tabellen framgår att prisutvecklingen för sprit, och i synnerhet för vin, har varit tämligen stabil under hela perioden. Indexet år 2001 var 98 för sprit och 96 för vin, vilket innebär att dessa drycker betingar ungefär samma kostnad som 1984, med hänsyn till prisutvecklingen i övrigt.

Av de redovisade dryckestyperna är det endast starkölen som uppvisar några större variationer. Starkölspriset ökade till 1990 (index 127) men 2001 var realpriset lägre än utgångsåret 1984 och indexvärdet uppgick då till 89. Sammantaget betyder detta att starkölet minskat i realpris, särskilt sett till utvecklingen sedan 1990, men även jämfört med 1984.

Oregistrerad konsumtion

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

De kunskaper som finns om utvecklingen och omfattningen av den oregistrerade konsumtionen är inte fullständiga och säkra, men metoderna för att uppskatta denna har förbättrats under åren. Vanligt är att relatera svaren i frågeundersökningar till den kända konsumtionen. Genom att applicera svar om anskaffningssättet för enskilda alkoholtyper på den registrerade försäljningen av olika alkoholsorter kan ett estimat erhållas på den totala konsumtionen. I varierande grad kan också ytterligare kompletteringar och justeringar göras.

Philipsson (1990) presenterade en relativt tidig uppskattning av den oregistrerade konsumtionens utveckling, och han menade att denna ökat sin andel av den totala konsumtionen, från 26% 1984 till 32% 1989. Enligt Kolk (1993) uppgick densamma till ca 30% i början av 1990-talet. Genomgångar av Hibell (1994) och Köhler (1994) för samma tid visade dock lägre värden (22 respektive 25%), beroende på delvis andra antaganden och beräkningsmetoder. En senare publikation av Kolk (1998) angav att andelen oregistrerad alkohol ökade från 30% 1992 till 38% 1997. Lägre skattningar har tidigare presenterats i *Drogutvecklingen i Sverige* (CAN 2001) för åren 1996, 1998 respektive 2000. Dessa år beräknades den oregistrerade konsumtionen utgöra 23, 26 respektive 16%. Värdena är beräknade med utgångspunkt från TEMOs intervjuundersökningar i den vuxna befolkningen, och nedgången för det senaste året speglar sannolikt mera svårigheter vad gäller att göra noggrannare bedömningar med denna typ av metod än verkliga förhållanden.

Den första mer omfattande och djuplodande studien av den totala alkoholkonsumtionens omfattning med speciell tonvikt lagd på att kartlägga den oregistrerade konsumtionen var den s k KALK-rapporten (Kühlhorn et al 1999). Huvudsyftet med denna studie var att kalibrera de regelbundet utförda konsumtionsvaneundersökningarna för att erhålla mer korrekta uppskattningar av konsumtionsnivåerna. Arbetet utfördes av en forskargrupp utsedd av huvudaktörerna på alkoholområdet inom ramen för OAS – Oberoende Alkoholsamarbetet.

Huvudundersökningen bestod av ett stort antal telefonintervjuer 1996 (10 000 personer 16–80 år), vars resultat justerades med hänsyn till bortfallet och dess överrepresentation av storkonsumenter. KALK-studien redovisade även en historisk utveckling. I denna angavs andelen oregistrerad alkohol ha ökat, från 15% 1989 till 27% 1997. Samma period sjönk den registrerade försäljningen från 6,5 liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre till 5,9 liter. Om hänsyn tas till den oregistrerade konsumtionens utveckling skulle totalkonsumtionen istället ha ökat, från 7,7 liter 1989 till 8,2 liter 1997. Det kan noteras att KALK beräknade nivån av oregistrerad alkohol väsentligt lägre än Philipson respektive Kolk för de år uppgifterna kan jämföras.

Under studiens ”huvudår” (1996) befanns merparten (54%) av den oregistrerade konsumtionen ha legalt ursprung. Om man räknade bort privat medförda överransoner minskade andelen illegal alkohol (huvudsakligen hembränt och smuggelsprit) från 46 till 36% av den oregistrerade konsumtionen. Den sistnämnda siffran motsvarade 9% av den totala alkoholkonsumtionen. För de olika alkoholsorterna fann man att den oregistrerade andelen var 47% för sprit, 21% för vin och 19% för starköl.

Den senaste mera noggranna kalkylen har presenterats av SoRAD och enligt denna var 30% av all alkohol som konsumerades under 2001 oregistrerad, och således var 70% officiellt statistikförd (Leifman och Trolldal 2002). Den totala alkoholkonsumtionen för 2001 uppskattades till totalt 9,2 liter per person 15 år och äldre samma år, vilket innebär en uppskrivning av den registrerade konsumtionen med närmare tre liter. Enligt samma rapport hade totalkonsumtionen ökat med ca 15% sedan 1996 (då den bedömdes ha uppgått till 8,0 liter), eller med 19% jämfört med 1989. Andelen oregistrerad konsumtion hade ökat med fem procentenheter sedan 1996.

Summerar man de olika anskaffningskällorna i tabell 13 framkommer att den största enskilda källan för alkoholanskaffning utgjordes av Systembolaget, då 50% av all konsumerad alkohol härrörde därifrån 2001. Därefter kom resandeförsäljning (21%), restaurangkonsumtion (11%) och folkölsförsäljning i livsmedelsbutiker (9%). Därefter kom hemtillverkad alkohol (5%) och sist smugglad alkohol (4%). Närmare hälften av den hemtillverkade alkoholen bestod av legalt tillverkat öl och vin, och resten av sprit.

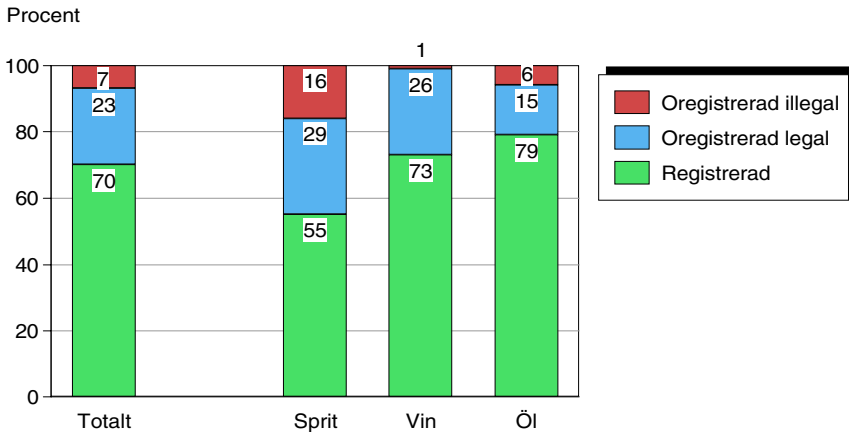


Diagram 4. Skattning av registrerad respektive oregistrerad alkoholkonsumtion, totalt och fördelat på dryckestyper. 2001. (Tabell 13)

I diagram 4 redovisas andelen oregistrerad alkohol totalt och fördelat på dryckestyp (kategorin öl innefattar även folköl). Vidare framgår den oregistrerade alkoholens legala status. Sprit var den alkoholsort där den registrerade konsumtionen var lägst (55%). Tjugonio procent av spriten var resandeförd medan 9% var hembränd och 7% smugglad. För vin upp gick andelen som var officiellt registrerad till 73% och för öl till 79% (om endast starköl beaktas sjunker den registrerade andelen till 71%, d v s ungefär samma som för vinet). Jämfört med studien från 1996 hade andelen oregistrerad spritkonsumtion sjunkit något medan andelen oregistrerad öl- och vinkonsumtion hade ökat.

Enligt SoRADs beräkningar i tabell 13 bestod den totala konsumtionen, räknat i ren alkohol, av lika stora delar öl och vin (ca 36% vardera), och till 27% av sprit. Jämfört med den officiellt registrerade försäljningen i tabell 2 så ökar spritandelen (från 21%) medan ölandelen minskar (från 41%), när man tar hänsyn till den oregistrerade konsumtionen. Vinets andel förblir i princip dock oförändrad.

Resultaten från de olika ovan redovisade undersökningarna avviker mer eller mindre mycket från varandra, eftersom antaganden, metoder och beräkningsgrunder delvis skiljer sig åt. Under alla förhållanden är andelen oregistrerad alkoholkonsumtion emellertid betydande och att denna har ökat under 1990-talet förefaller sannolikt med beaktande av refererade undersökningar. Dessa visar också att den oregistrerade konsumtionen till största delen har sitt ursprung i legala källor. Det bör avslutningsvis framhållas att det är viktigt att man vid jämförelse med andra länder gör samma noggranna korrigeringar. Det förefaller mindre sannolikt att mörkertalet

skulle vara väsentligt lägre i andra länder med t ex ett stort antal fria producenter.

Konsumtionsvaneundersökningar

Uppgifterna om alkoholförsäljningen visar i stora drag den totala alkoholkonsumtionens utveckling, i synnerhet om dessa justeras med hänsyn till den oregistrerade konsumtionen. För att få reda på fördelningen i olika befolkningsgrupper är man hänvisad till olika frågeundersökningar. Dessa beskriver mer eller mindre väl den verklighet som de syftar till att beskriva. Särskilt när det gäller känsliga områden, till vilka alkoholvanorna hör, kan risken för mätfel anses särskilt stor. Allmänt sett visar forskning att en underrapportering ofta förekommer, åtminstone bland vuxna, och storkonsumerter är överrepresenterade i bortfallet.

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

Alkoholvanor bland ungdomar

Skolundersökningarna visar att de flesta nior någon gång provat att dricka åtminstone en liten mängd alkohol. Andelen som uppgett att de inte dricker alls var relativt låg 1971–1977 (ca 10%). Därefter ökade andelen ickekonsumerter, och sedan 1982 har denna legat runt 20% (tabellerna 15 och 16). 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 19). På grund av att nya alkoholfrågor införts i mönstringsformuläret är inte resultaten jämförbara efter 1999. Det kan bara konstateras att ca 14% uppgett att dom aldrig berusar sig och att ca 10% inte dricker alkohol överhuvudtaget. Andelen ickekonsumerter i dessa undersökningar var således lägst under 1970-talet.

Av diagram 5 och tabell 14 framgår utvecklingen av totalkonsumtionen i liter 100% alkohol hos skoleleverna. Sedan 1989 beräknas medelvärdet direkt från varje respondents svar på alkoholfrågorna, men tidigare fanns endast uppgifter om andelen elever i olika konsumtionskategorier, vilka utgjorde utgångspunkter för skattningen. För 1989 presenteras båda beräkningsmetoderna, och det framgår att den nya metoden ger något högre nivåer (detta diskuteras mera utförligt i Hvitfeldt et al 2002).

Mellan 1977 (då mellanölet togs bort ur livsmedelshandeln) och 1981 sjönk årskonsumtionen kraftigt, från 4,0 till 2,5 liter 100% alkohol bland pojkar och från 3,5 till 1,6 liter bland flickorna. Nedgången avmattades

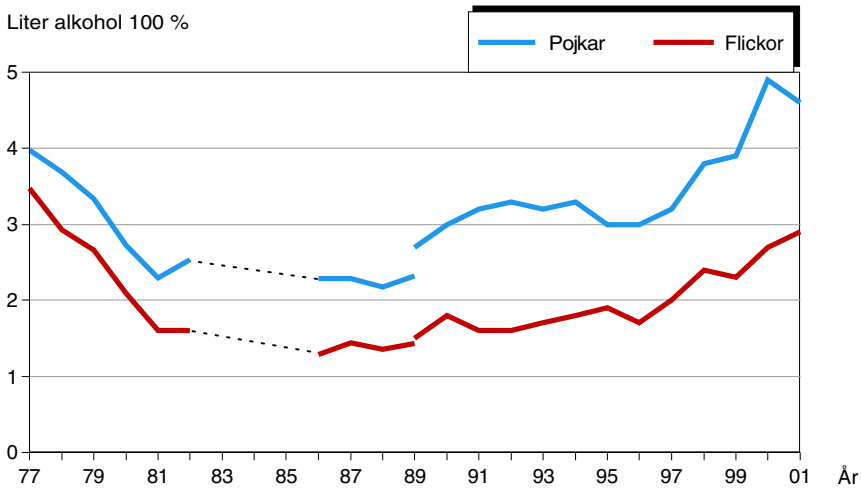


Diagram 5. Beräknad genomsnittlig årskonsumtion i liter alkohol 100% i årskurs 9 efter kön. 1977–1989 avser skattade värden. 1977–2001. (Tabell 14)

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. Pojkarna ökade från 2,7 till 4,6 liter och flickorna från 1,5 till 2,9 liter mellan 1989 och år 2001, sammantaget en konsumtionsökning om 80%. Svackan åren före 1998 förklaras åtminstone delvis av att nya dryckestyper introducerats (cider och alkoholisk) samtidigt som konsumtionen av dessa drycker inte kom att omfrågas i skolformuläret förrän 1998.

Det är uppenbart att pojkarna dricker större mängder alkohol än flickorna. Könsdifferensen är minst perioden 1977–1981 och relativt stor under senare år.

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

Trots ovan redovisade problem kan det noteras att konsumtionsutvecklingen liknar skolelevernas, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökande nivåer under 1990-talet. År 2000 uppgick årskonsumtionen till 5,4

Alkoholutvecklingen

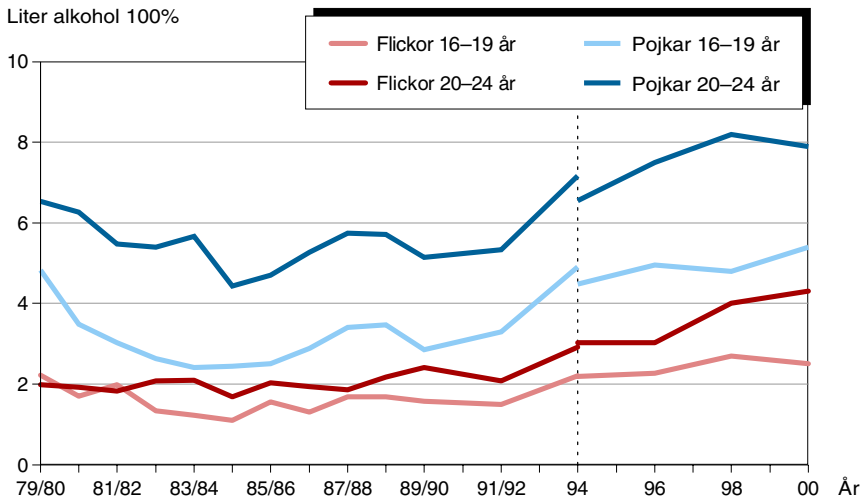


Diagram 6. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. ^{a)} (Tabell 24)

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

liter alkohol 100% för pojkar 16–19 år och till 7,9 liter för dem 20–24 år. Motsvarande värden för flickorna var 2,5 respektive 4,3 liter ren alkohol. Liksom bland skoleleverna finns en märkbar skillnad i alkoholkonsumtionen mellan könen då männen drack ungefär dubbelt så mycket i båda åldersgrupperna. Könsskillnaderna förefaller ha ökat de senaste åren.

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

Andelen skolelever som uppgett att de känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker alkohol låg närmare 40% 1971–1977 (tabell 17). Därefter sjönk frekvensen till dryga 30% under första hälften av 1980-talet, för att åter öka till 40% 1994. Sedan dess har nivån varit relativt oförändrad. De könsskillnader som tidigare förekom har utjämnats helt under 1990-talet.

Intensivkonsumtion är ett mindre subjektivt mått för att beskriva berusning och avser alkoholkonsumtion motsvarande åtminstone ca en flaska vin (frågan beskrivs mera utförligt i tabellbilagan). Under 1970-talet var detta vanligare än under 1980-talet (diagram 7 och tabell 17). Exempelvis rapporterade 1977 37% av pojkarna och 29% av flickorna att de intensiv-

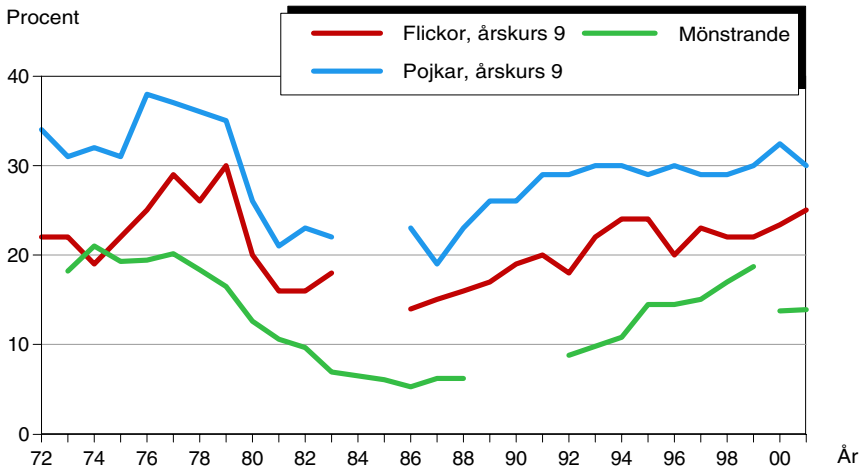


Diagram 7. Andelen pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen månstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan. 1972–2001. (Tabellerna 17 och 19)

konsumerade en gång i månaden eller oftare. Motsvarande siffror var i det närmaste halverade tio år senare (19 resp 15%). Därefter har andelarna ökat och uppgick till 30% för pojkarna och 25% för flickorna. Flickornas ökning har varit relativt kontinuerlig medan pojkarnas nivå har varit tämligen oförändrad sedan 1990-talets första hälft.

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

Skoleleverna har delats in i sex olika grupper, med avseende på årskonsumtionens storlek (tabellerna 16 och 17). Om man ser till de två grupperna med störst konsumtion (över 5 liter alkohol 100% och år) så har andelen högkonsumenter ökat från 7 till 15% bland flickorna och från 15 till 23% bland pojkarna mellan 1986 och 2000. Andelarna var dock högre 1977 (25 resp 30%).

Delar man in årskonsumtionen, mätt i alkohol 100%, i olika dryckessorter, d v s folköl, starköl, vin, sprit och blanddrycker (alkoläsk och cider) framgår att pojkarnas spritkonsumtion år 2001 svarade för en dryg tredjedel av

Liter alkohol 100%

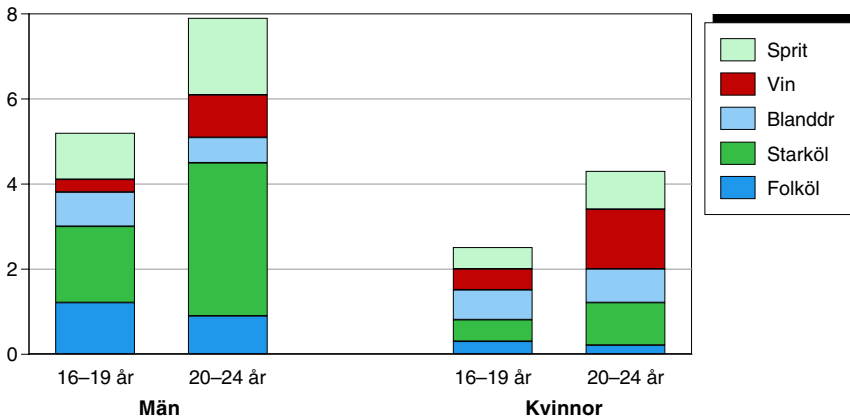


Diagram 8. Beräknad årskonsumtion av folköl, starköl, blanddrycker, vin och sprit i 100% alkohol bland ungdomar i olika åldersgrupper. 2000. (Tabellerna 22–24)

deras totala konsumtion (tabell 14). Därefter kom starköl (28%) och folköl (20%), medan vin och blanddrycker tillsammans uppgick till 14%. Den största skillnaden för den senaste femårsperioden var att folkölets procentuella bidrag till totalkonsumtion halverats medan sprit och starköl ökat. Även för flickorna var det spriten som stod för det största bidraget till totalkonsumtionen (52%) och starköl kom på andra plats (17%). Andelarna för folköl, vin och blanddrycker låg runt 10%. Också för flickorna var den största förändringen sedan 1995 en minskning av folkölets bidrag till totalkonsumtionen, och en ökning av sprit.

Av diagram 8 (och tabellerna 22, 23 och 24) framgår hur konsumtionen fördelar sig på olika dryckestyper med avseende på kön och ålder i ungdomsundersökningarna (16–24 år) för år 2000. I diagrammet redovisas olika alkoholdryckers bidrag till årskonsumtionen i liter 100% alkohol. Det framgår att folköl och blanddrycker minskar i betydelse hos de äldre manliga ungdomarna, medan starköl och sprit behåller positionerna som de vanligaste dryckerna, även om också vin ökar relativt mycket. De 20–24-åriga männen uppgav att de drack 7,9 liter ren alkohol per år, varav närmare hälften härrörde från starkölskonsumtion.

Bland kvinnorna är konsumtionen jämnare fördelad mellan olika dryckestyper, i synnerhet hos 16–19-åringarna. Bland de äldre kvinnorna minskade konsumtionen av folköl, medan blanddryckskonsumtionen var relativt oförändrad. Uppgångar noterades för starköl och sprit, men i synnerhet för vin. Bland kvinnorna 20–24 år utgjorde vinets bidrag en tredjedel av totalkonsumtionen, mätt i ren alkohol. Det framgår att de yngre pojkar

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 1999 var enligt tabell 20 starköl (70%), sprit (53%), folköl (42%) och cider (41%). Detta visar åter det stora inslaget av starköl i yngre mäns alkoholkonsumtion.

Regionala skillnader

Av tabell 18 framgår hur alkoholvanorna ser ut i olika regioner bland eleverna i åk 9 för åren 1999 och 2000 (motsvarande data är inte tillgängliga för 2001). Den årliga totalkonsumtionen var störst i mindre tätorter, både bland pojkar och flickor. I övriga regioner (Storstäder, Städer resp Landsbygd) var den relativt likartad bland flickorna, medan den åtminstone år 2000 var lägre för landsbygdspojarna. Även intensivkonsumtionen var mest frekvent bland elever som bodde i tätortsregionen, samt för pojkar boende i städer (bortsett från de tre storstäderna). Vad gällde hembränt ökade andelen som druckit detta de senaste 12 månaderna med avtagande befolkningstäthet. År 2000 uppgav ca 30% bland eleverna i de tre stors-tadsområdena sådan konsumtion medan motsvarande siffra för landsbygd-seleverna var ca 45%.

Intensivkonsumtion två gånger i månaden eller oftare var enligt mönstringsundersökningen vanligast i Västra Götalands, Hallands och Stockholms län (där ca 11% uppgav det). Minst vanligt var detta i Västmanland, Kalmar och Uppsala län där ca 6% uppgav detta. Andelen icke-konsumenter var högst i Västerbotten, Jönköping, Uppsala samt Norrbotten och lägst i Blekinge, Halland och Jämtland.

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

Ungdomars inställning till alkohol

I tabell 25 redovisas resultaten från några attitydfrågor ställda i ungdomsundersökningarna från 1996, 1998 och 2000. Två påståenden har getts alla tre åren, dock med något ändrade svarsalternativ sista året. Cirka en tredjedel av ungdomarna i 1996 och 1998 års undersökningar ansåg att alkohol var ett av våra största samhällsproblem. Motsvarande andel ökade till drygt 50% år 2000 och en förklaring till ökningen är att frågeändringen lett till att färre valt det neutrala mittenalternativet. Andelen som tog avstånd från påståendet ökade från 19 till 32%, och denna uppgång har varit av mera kontinuerlig karaktär.

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

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

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

Alkoholvanor bland vuxna

De tidigast genomförda riksrepresentativa konsumtionsvaneundersökningarna i den vuxna befolkningen tyder på att andelen alkoholkonsumenter ökade under 1970-talet, framförallt bland kvinnorna. År 1968 svarade kvinnorna för ca 20% av totalkonsumtionen, och 1980 var motsvarande andelen 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.

Sedan 1982 har det mer eller mindre regelbundet genomförts riksrepresentativa undersökningar i vilka man frågat om bl a alkoholkonsumtion under en ”normalvecka”. Detta har sedan kompletterats med uppgifter om sällan-konsumtion av alkohol som inte konsumeras under normalveckan. De uppgivna kvantiteterna har räknats om till alkohol 100% och summerats. Den senaste vuxenundersökningen i den serien genomfördes år 2000.

Den uppgivna genomsnittskonsumtionen per vecka och person mellan 18 och 70 år, var lägst år 1984 (9 cl) och högst 1989 (11 cl). År 2000 var den knappt 10 cl vilket motsvarar en årlig konsumtion på 5,1 liter (diagram 9 och tabellerna 26–28). 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 lite alkohol. Alltså täcks ännu mindre av konsumtionen än vad siffrorna visar.

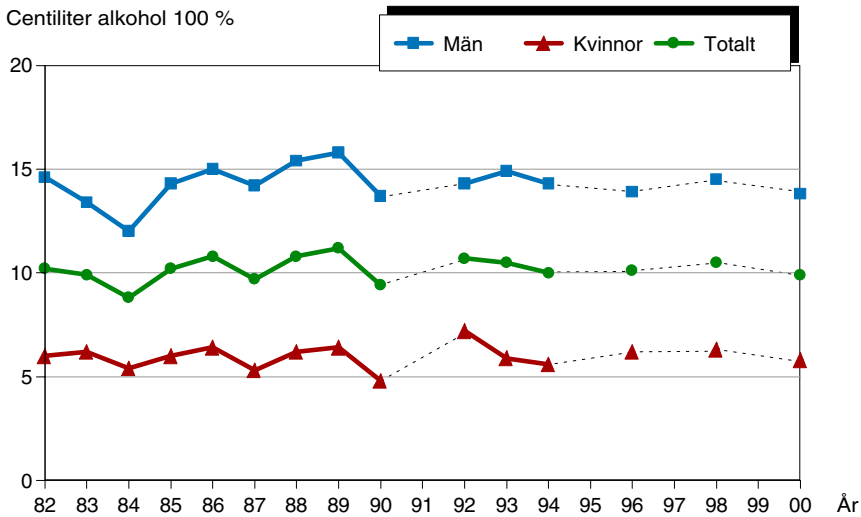


Diagram 9. Genomsnittlig veckokonsumtion bland 18–70-åringar fördelat på kön, i centiliter 100-procentig alkohol. 1982–2000. (Tabellerna 26–28)

Samtidigt kan också konstateras att utvecklingen av konsumtionen, som den framgår genom frågeundersökningarna, delvis överensstämmer med försäljningsutvecklingen i så måtto att såväl försäljningssiffrorna som konsumtionssiffrorna nådde ett minimum 1984 och ett maximum 1989. Därefter har värdena fluktuerat utan att uppvisa några större eller tydliga variationer.

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

Bland kvinnorna (tabell 27) domineras konsumtionen av lättvin. Den genomsnittliga veckokonsumtionen av lättvin var år 2000 2,6 cl (räknat i alkohol 100%), vilket motsvarar 45% av kvinnornas totala konsumtion. Denna andel har varit relativt oförändrad sedan början av 1980-talet, samtidigt som sprit och starkvin minskat och starköl ökat.

För männens del (tabell 28) var det spriten som bidrog mest till konsumtionen av de olika dryckerna fram till år 1992, varefter starkölet har blivit den dominerande drycken med sprit och vin på delad andra plats. År 2000 var männens uppgivna veckokonsumtion av sprit 3,2 cl och av starköl 4,4 cl omräknat i ren alkohol, vilket utgör 23 respektive 32% av männens veckokonsumtion.

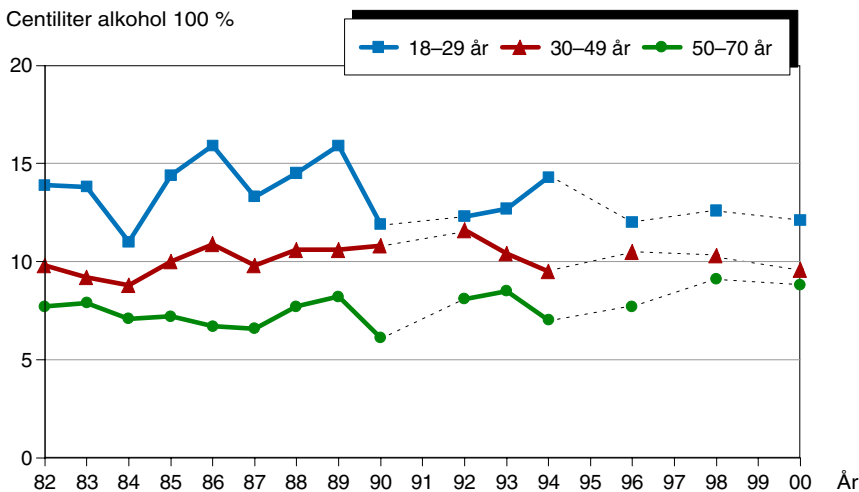


Diagram 10. Genomsnittlig veckokonsumtion i olika åldersgrupper, i centiliter 100-procentig alkohol. 1982–2000. (Tabellerna 29–31)

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, dvs de äldre drack ungefär tre fjärdedelar av vad de yngre drack. 30–49-åringarna har under hela perioden intagit en mellanställning (diagram 10 och tabellerna 29–31).

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 (Helmersson-Bergmark 2001). Motsvarande siffror 1998 var 14 respektive 4%.

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

Skadeutvecklingen

Det finns ingen tillgänglig statistik som på något systematiskt sätt belyser utvecklingen av alkoholmissbruket över tid. Begreppsfloran som berör missbruk är vid (alkoholberoende, alkoholmissbrukare, alkoholist, stor-konsument, alkoholproblematiker osv), och beroende på vilken definition som används kan estimaten av antalet missbrukare variera avsevärt.

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

De skador som alkoholkonsumtion kan medföra, främst bland högkonsumenter, leder ibland till kontakt med olika vårdformer, t ex med somatisk och psykiatrisk vård eller med socialtjänsten. I vilken omfattning missbrukarna får kontakt med en viss vårdform är till en del beroende av rådande vårdideologi, vårdens organisation, tillgängliga resurser och andra faktorer som kan förändras över tid. På så sätt kan utvecklingen av vårdstatistiska uppgifter skenbart påverkas utan att antalet missbrukare för den skull behöver förändras.

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

Vård

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

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

Enligt den officiella statistiken över nykterhetsvården kom under 1970-talet över 50 000 människor årligen i kontakt med kommunernas social-

vård på grund av alkoholmissbruk. Av dessa blev ca 30 000 föremål för undersökningar och omkring 15 000 för mer genomgripande åtgärder.

Uppgifter kring socialtjänstens vård och tvångsvården visar att antalet utskrivningar var runt 20 000 mellan åren 1982 och 1997, med undantag för enstaka år då siffrorna avvek. 1982 var antalet bara runt hälften och 1996 nära dubbelt så stort. Det är sannolikt resultatet av statistikomläggningar och siffrorna är svårtolkade.

Från 1983 även uppgifter om antalet inneliggande ett bestämt datum (1 november) och denna ny tillkomna statistik överensstämmer relativt väl med den tidigare utskrivningsstatistiken om man ser till de långsiktiga trenderna (tabell 32). En påtaglig trend är att andelen kvinnor både i tvångs- och frivilligvården ökat successivt, från drygt 10% 1983 till närmare 30% år 2000.

LVM-statistiken visar på en ökning i antalet inneliggande (1 november) från 1983 till ett maximum runt 1990 (1991 var det 753 personer) och sedan en påtaglig nedgång till 251 personer år 2000. Under hela perioden har männen varit i majoritet, även om deras andel har sjunkit. De renodlade alkoholmissbrukarna utgjorde majoriteten av de tvångsvårdade under 1980-talet men numer utgör de knappt hälften (tabell 33).

I tabell 34 redovisas antalet alkoholrelaterade utskrivningar inom den totala slutenvården sedan 1987. Förändringar av sjukvårdens praxis påverkar antalet utskrivningar och för att minska effekten av detta har antalet utskrivningar med alkoholrelaterade diagnoser satts i relation till det totala antalet utskrivningar. I tabellen har ett antal diagnoser summerats, såväl psykiatriska som somatiska. De gäller cancer i matstrupen, alkoholpsykos, alkoholism, alkoholneuropati, alkoholkardiomyopati, levercirrhos, bukspottkörtelinflammation och alkoholförgiftning (se även bilaga 2).

Från 1987 har andelen utskrivna med alkoholrelaterade diagnoser minskat från 3,1% till 2,5% 2000. Man kan konstatera att det är männen som står för minskningen medan antalet kvinnor varit mer eller mindre konstant. Sedan 1987 har dock andelen alkoholvårdsutskrivna kvinnor ökat, från 20 till 27%. Sett till absoluta tal minskade de alkoholrelaterade utskrivningarna från runt 51 000 1987 till 35 000 1998, varefter de ökat något (ca 37 000 år 2000).

Dödlighet

Uppgifter rörande den alkoholrelaterade dödligheten har hämtats från SCBs och Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. De vanligaste alkoholrelaterade dödsorsakerna är alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning. Både underliggande och bidragande dödsorsaker redovi-

sas. Som underliggande dödsorsak upptas den som konstaterats vara den direkta, omedelbara orsaken till dödsfallet. Endast en underliggande dödsorsak kan anges. Däremot kan flera bidragande dödsorsaker tas upp, d v s sådana orsaker som funnits med vid dödsfallet men som inte i sig varit tillräckliga för att leda till döden.

Det kan ibland vara något slumpartat vilken diagnos som slutgiltigt redovisas och huruvida denna klassificeras som underliggande eller bidragande. Förändrade attityder, obduktionspraxis och andra förhållanden har stor betydelse. Dödligheten i levercirrhos bedöms vara en relativt tillförlitlig indikator på alkoholskadeutvecklingen, medan osäkerheten om dödligheten i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning är större (Ågren och Jacobsson 1986).

Fr o m 1997 används i dödlighetsstatistiken ICD 10 vilket innebär en avsevärd förändring och gör jämförelser med tidigare år vanskliga (se bilaga 2 för en närmare beskrivning). Även 1969 och 1987 har ICD-koderna bytts.

Utvecklingen av dödligheten i ett antal alkoholrelaterade diagnoser (underliggande dödsorsak) mätt som antal döda per 100 000 invånare framgår av diagram 11 och tabell 41. Alkoholism och levercirrhos är de vanligaste alkoholrelaterade dödsorsakerna. Samtliga dödsorsaker utom alkoholpsykos uppvisar relativt kraftiga uppgångar under 1970-talet för att sedan avta

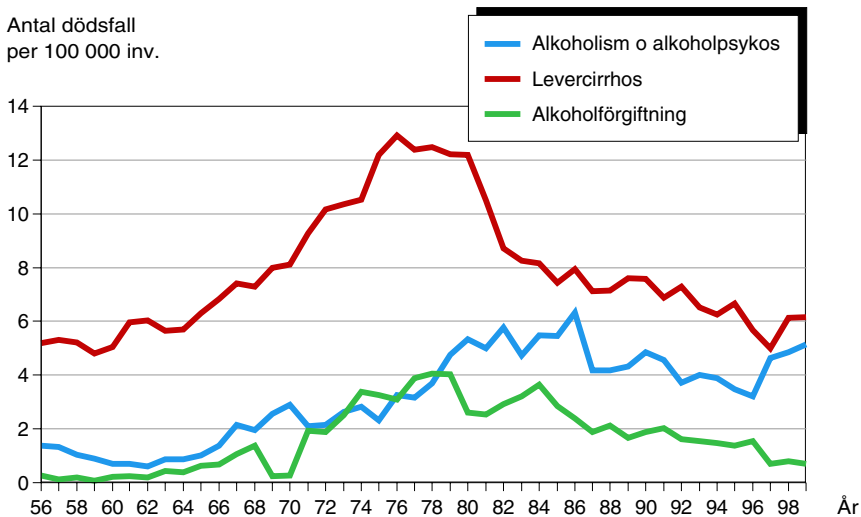


Diagram 11. Antal döda per 100 000 invånare med alkoholpsykos och alkoholism, levercirrhos eller alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak. 1956–1999. (Tabell 41)

kontinuerligt. Minskningen har dock avstannat, och mellan 1997 och 1999 kan totalt sett en liten ökning av dessa dödsorsaker skönjas. Antalet alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare ökade dessa år från 10 till 12, vilket fortfarande är av halva omfattningen som gällde i slutet av 1970-talet. Vissa diagnosförskjutningar kan noteras till följd av ICD-kodsbytet 1997.

I tabell 35 redovisas utvecklingen av det sammanlagda antalet alkoholrelaterade dödsfall för män och kvinnor enligt Socialstyrelsens index, där både underliggande och bidragande dödsorsaker ingår (se bilaga 2). Detta bekräftar den kraftiga ökningen under 1970-talet och når ett maximum 1979. Tabellen visar att dödligheten bland män har minskat sedan 1980, men att den varit mer eller mindre konstant bland kvinnorna. Enligt dödsorsaksregistret dog det i absoluta tal i slutet av 1990-talet sammanlagt drygt 1 700 personer per år i de aktuella diagnoserna, jämfört med ca 2 100 personer 1979.

I tabell 36 redovisas utvecklingen av den alkoholrelaterade dödligheten länsvis 1987–1999. Det är tydligt att Stockholms och Västra Götalands län genomgående ligger högst. Tillsammans med Västernorrland ligger dessa tre län på eller över riksgenomsnittet samtliga år. Uppsala, Östergötland, Kalmar, Halland, Dalarna och Västerbotten ligger på eller under riksgenomsnittet för samtliga redovisade år. Man kan notera en viss slumpvariation, som bl a sammanhänger med befolkningens storlek. Gotland, med en relativt liten befolkning har t ex haft stor variation i den alkoholrelaterade dödligheten eftersom enstaka dödsfall fått stort genomslag. Värden från enstaka år bör således inte övertolkas utan det är mera fruktbart att följa en längre period.

I tabellerna 37–40 beskrivs utvecklingen av ett antal olika alkoholrelaterade dödsorsaker. Antalet dödsfall där alkoholpsykos varit underliggande dödsorsak (tabell 37) har inte varit särskilt stort, i något fler fall har den däremot varit en bidragande dödsorsak. Trenden är stigande men från en låg nivå och med ett ganska stabilt antal fall den senaste tioårsperioden. Betydligt fler män än kvinnor dör i alkoholpsykos även om en viss utjämning skett under de senaste åren.

Sedan 1979 är alkoholberoende (tabell 38) den vanligast förekommande registrerade alkoholrelaterade dödsorsaken när både den underliggande och den bidragande diagnosen medräknas. Det lägsta sammanlagda antalet fall (243) redovisas 1965 och det högsta (1 716) 1980. Ökningen under 1960- och 1970-talen var markant men sedan 1980 har emellertid antalet fall minskat. Nedgången 1997 kan vara ett resultat av nya klassificeringsregler, något som sannolikt också förklarar förskjutningen från bidragande till underliggande dödsorsaker. År 1965 utgjorde männen 92%, 88% vid mitten av 1970-talet och 1999 82%.

Levercirrhos eller ”skrumplever” (tabell 39) 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 slutet av 1970-talet ökade antalet fall relativt kraftigt. Därefter minskade antalet till omkring 1987, för att ligga på en konstant nivå fram till ICD-kodsbytet som inföll 1997, vilket förfaller ha lett till en nedgång i registreringen av levercirrhosdödsfallen. Omkring dubbelt så många män som kvinnor avlider till följd av denna dödsorsak.

Utvecklingen av alkoholförgiftningar följer i stort den som beskrivits ovan, dvs en topp i slutet av 1970-talet har följts av en minskning, även om den i detta fall varit mera kontinuerlig (tabell 40). Vid mitten av 1960-talet var endast ett fåtal av de avlidna kvinnor, under 1970-talet ökade antalet och det gick en kvinna på fyra män. År 1999 hade kvinnorna ökat ytterligare i andel och förhållandet var en på två. Det totala antalet dödsfall i alkoholförgiftning uppgick 1999 till 312.

Diagram 12 visar utvecklingen av det sammanlagda antalet fall av alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos eller alkoholförgiftning som underliggande dödsorsak, relaterad till den registrerade alkoholförsäljningen. En successiv ökning av de alkoholrelaterade dödsfallen skedde från omkring

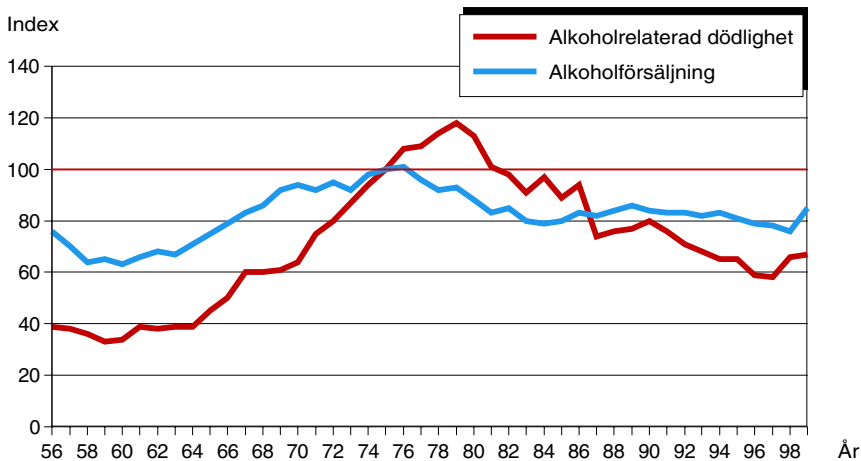


Diagram 12. Dödligheten i alkoholrelaterade diagnoser (alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning) samt alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver. 1956–1999. Index 1975=100. (Tabellerna 2 och 41)

1965 fram till 1979, varefter en nedgång påbörjades. Det är inte självklart hur eventuella effekter av ICD-kodsbytet påverkat jämförbarheten efter 1996, men det förfaller som om nedgången hejdades under andra hälften av 1990-talet, och de två senaste årens data indikerar en ökningstendens av dessa dödsorsaker.

Utvecklingen av dödsfallen samvarierar ganska väl med den registrerade alkoholförsäljningen (som ett ungefärligt mått på totalkonsumtionen). Diagrammet visar också att förändringar i alkoholförsäljningen ofta föregår förändringarna i dödligheten, en fördröjning som otvivelaktigt varierar mellan de olika dödsorsakerna.

Fylleri

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

Antalet omhändertaganden för alkoholberusning påverkas av flera faktorer varav några inte är relaterade till alkoholkonsumtionen i sig. I egenskap av indikator har antalet omhändertaganden samma brist som all statistik med uppgift att redovisa ett systems åtgärder, nämligen att uppgifterna påverkas av systemets operativa egenskaper såväl som av faktiska förändringar i den företeelse som skall mätas. Ett exempel på detta är den tillfälliga nedgång som skedde 1977 i samband med införandet av den nya lagen om omhändertagande av berusade personer, LOB. Till detta kan läggas en ökad osäkerhet de senaste 10–15 åren kring LOB-statistikens giltighet som indikator på alkoholskadeutvecklingen. Det är inte uteslutet att nedgången snarare speglar myndigheternas agerande i frågan.

Majoriteten av de LOB-omhändertagna är män. Kvinnorna utgjorde fram till 1970-talet mindre än 3% av det totala antalet omhändertagna (tabell 42). Sedan dess har deras andel tredubblats och sedan 1998 utgjort 10%. Samtidigt som kvinnornas andel ökat så har det totala antalet omhändertagna personer minskat påtagligt. Efter 1980, då nästan 127 000 omhändertaganden gjordes, har en nedgång skett till 45 000 år 2001.

Med hänsyn till befolkningsutvecklingen blir nedgången ännu större (tabell 43). 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 2001). I åldrarna 15–17 år var motsvarande siffra 6 och för åldersklassen 20 år gjordes 5 omhändertaganden per 1 000 personer.

Utvecklingen i länen framgår av tabell 44. I princip samtliga uppvisar i linje med rikssiffrorna nedgångar. De tre undantagen utgörs av Uppsala, Halland och Jämtland, där nedgången varit relativt liten eller obefintlig. Man kan notera regionala variationer som utan tvekan måste förklaras av annat än fylleriförekomst. Liksom föregående år hade Södermanland, Östergötland och Västmanland flest omhändertaganden år 2001 (8–9 stycken per 1 000 invånare). Lägst antal omhändertaganden gjordes i Kronoberg, Gävleborg samt Stockholm med 3 per 1 000 invånare.

Våld

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

Kopplingen mellan alkohol och våld är generellt sett starkare i länder där man dricker för att berusa sig (t ex Sverige) än i länder där dryckesmönstret är mer utspritt över tiden. Vid en jämförelse av de nordiska länderna fann man att sambandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrott var starkare ju explosivare dryckesmönstret var (dvs att man dricker för att bli berusad). Finland har det mest explosiva dryckesmönstret och även det starkaste sambandet. Danmark har det mest utspridda dryckesmönstret av de nordiska länderna och visar också det svagaste sambandet mellan alkoholkonsumtion och våldsbrott (Folkhälsoinstitutet 1996).

Trafiknykterhet

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

Under senare år har ett antal ändringar genomförts i lagstiftningen rörande alkohol och trafik som påverkat och även i framtiden kommer att påverka

statistiken över trafiknykterhetsbrott. Det rör sig dels om nya regler från den 1 juli 1990 om sänkt promillegräns för rattfylleri från 0,5 till 0,2 och möjligheter att ta sk luftutandningsprov vid misstanke om rattfylleri, dels om skärpta regler från den 1 juli 1991 för att återfå indraget körkort. Det krävs numera att man kan visa att man för ett nyktert leverne för att återfå sitt körkort. I februari 1994 sänktes också gränsen för grovt rattfylleri från 1,5 till 1,0 promille. År 1999 slutligen, infördes ny lagstiftning för drog-rattfylleri.

I början av 1950-talet anmäldes ca 50 trafiknykterhetsbrott per 100 000 invånare (tabell 45). Fram till 1989 skedde en i stora drag kontinuerlig ökning till drygt 300, men 1998 var antalet nere i under hälften. År 2001 uppgår antalet trafiknykterhetsbrott till drygt 200 per 100 000 invånare. Året innan ändrades dock rutinerna för brottsanmälan vid trafikbrott och det har inte gått att klargöra om ökningen helt eller delvis berott på detta, men det kan dock noteras att en ökningstendens kan iaktas redan för 1999.

Antalet personer misstänkta för trafiknykterhetsbrott samt dess fördelning över olika åldrar framgår av tabell 46. Sedan 1975 har 15–19-åringarna minskat relativt konstant i antal, medan de mellan 20 och 29 år började minska först en bit in på 1990-talet. Bland de äldre har utvecklingen varit den motsatta. I åldersgruppen 40–49 år ökade antalet från 1975 och nådde en kulmen 1991 med nästan 4 000 misstänkta. Därefter kan emellertid en neråtgående trend urskiljas och 1998 var antalet misstänkta ca 2 700, dock fortfarande högre än 1975 (1 800). I gruppen 50 år och äldre har överhuvudtaget ingen minskning skett, även om antalet inte ökat sedan början av 1990-talet (ca 2 500 misstänkta).

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.

Trafikolyckor

Statens Institut för Kommunikationsanalys (SIKA) är ansvarig myndighet för trafikolycksstatistiken. På uppdrag av SIKA utarbetar Statistiska centralbyrån (SCB) en årlig rapport. Från och med 1994 hämtar SCB information om de misstänkta alkoholpåverkade olycksförarnas eventuella promillehalt med hjälp av uppgifter från SCBs register över trafikolyckor, uppgifter från Rättsmedicinalverkets (RMV) register över blodanalyser samt Statens Kriminaltekniska Laboratoriums (SKL) register över alkoholutandningsprov. Efter samkörning av de tre nämnda registren har bl a

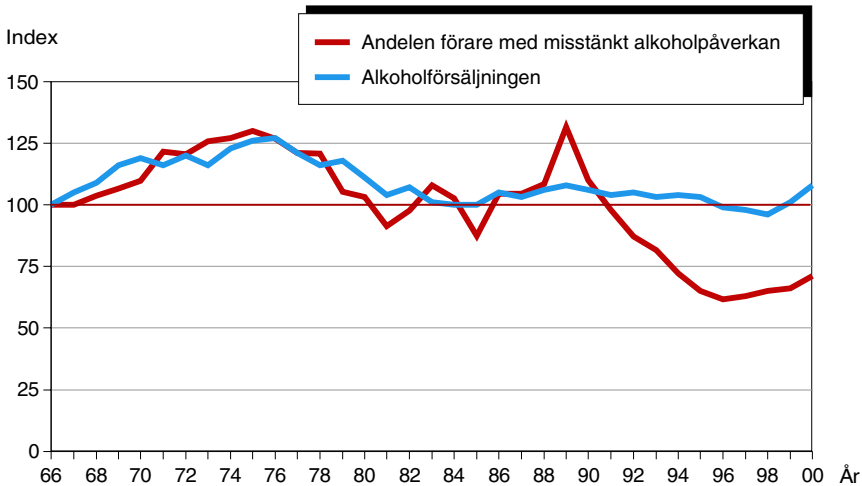


Diagram 13. Andelen förare med misstänkt alkoholpåverkan av samtliga förare delaktiga i trafikolyckor med personskada, samt försäljningen av alkoholdrycker (liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver), 1966–2000. Index 1966=100. (Tabellerna 2 och 47)

framkommit att i stort sett alla förare som polisen misstänkt vara alkoholpåverkade vid olycksfallet också varit det. Polisen kontrollerar dock inte alla olycksinblandade trafikanter, varför antalet polismisstänkta alkoholpåverkade utgör en underskattning. Materialet omfattar t ex inte cyklister.

Under 2000 rapporterade polisen 855 motorfordonsförare (inklusive mopeder) som misstänkts varit alkoholpåverkade vid vägtrafikolyckor. Dessa utgjorde knappt 4% av alla i olyckor inblandade motorfordonsförare. Andelen påverkade förare är genomgående högre vid svårare olyckor. Diagram 13 och tabell 47 visar även att antalet alkoholmisstänkta förare har minskat kraftigt under 1990-talet. Att antalet förare med misstänkt alkoholpåverkan minskat betydligt mer än alkoholförsäljningen kan tolkas som att de selektiva åtgärder inom trafiknykterhetsområdet som genomfördes på 1990-talet har varit effektiva.

Det finns ett samband mellan antalet alkoholpåverkade förare inblandade i olyckor och ålder. Upp till en viss ålder ökar andelen individer som kört berusade, för att därefter minska. Flest antal alkoholpåverkade förare fanns i åldersgrupperna 15–24 och 25–34 år (224 respektive 195 stycken) vilket utgjorde totalt hälften av alla misstänkta (tabell 48). Av tabellen framgår att andelen misstänkta förare inblandade i vägtrafikolyckor avtar med ökande ålder.

Under 2000 dödades eller skadades 1 222 personer i trafikolyckor där någon förare misstänkts vara alkoholpåverkad. Av dessa befann sig 971

personer (79%) i den alkoholpåverkades fordon. Av de 56 omkomna personerna befann sig 45 personer i fordonet. Totalt 427 personer skadades svårt och 739 lindrigt (SCB och SIKA 2001).

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

Sjöolyckor

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

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

Antalet fällande domar per år för sjöfylleri är förhållandevis litet och efter en topp i början på 1980-talet (ca 130 stycken) minskade domarna och har fluktuerat omkring 70 stycken under 1990-talet (tabell 49). Antalet fällande domar skall förmodligen mer ses som ett uttryck för hur samhället ser på sjöfylleri än som ett uttryck för hur många som är berusade till sjöss.

Drunkningar

Antalet drunkningar har minskat kraftigt över tiden. Vid sekelskiftet dog 1 000 personer per år genom drunkningar, på 1940-talet låg det årliga antalet fall runt 500, på 1960-talet var genomsnittet 340 och på 1990-talet 155. År 2001 omkom 126 personer i drunkningsolyckor (Svenska Livräddningssällskapet 2002).

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

Rättsmedicinalverket får genom rättskemiska analyser uppgifter om bl a förekomst av alkohol hos personer som drunknat. I tabell 50 redovisas alkoholförekomsten åren 1992–2001 vid drunkningar av alla slag, inklusive i badkar och vid självmord. Omkring 300 sådana analyser genomfördes årligen och trenden är nedåtgående. Andelen analyser där man funnit spår av alkohol har legat runt 40% och i dessa fall har andelen män utgjort drygt 70%.

En jämförelse av några indikatorer

I diagram 14 sammanfattas trenderna för några av de redovisade alkoholindikatorerna. Utvecklingen för alkoholförsäljningen, antalet alkoholrelaterade dödsfall samt antalet berusningsomhändertaganden har indexerats med år 1975 satt till 100 (tabellerna 2, 41 och 43).

Den totala försäljningen av alkohol ökade relativt kontinuerligt från början av 1960-talet för att nå ett maximum 1976 på 7,7 liter (alkohol 100% per invånare 15 år och däröver). Den ökade vinkonsumtionen och införandet av mellanölet 1965 bidrog till försäljningsökningen. Efter 1976 minskade försäljningen i stort sett kontinuerligt till 1983, varefter den legat på drygt 6 liter. Betraktar man endast utvecklingen sedan 1998 har den registrerade försäljningen dock ökat med 12%.

Den alkoholrelaterade dödligheten (levercirrhos, alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning; underliggande dödsorsaker) steg kraftigt från

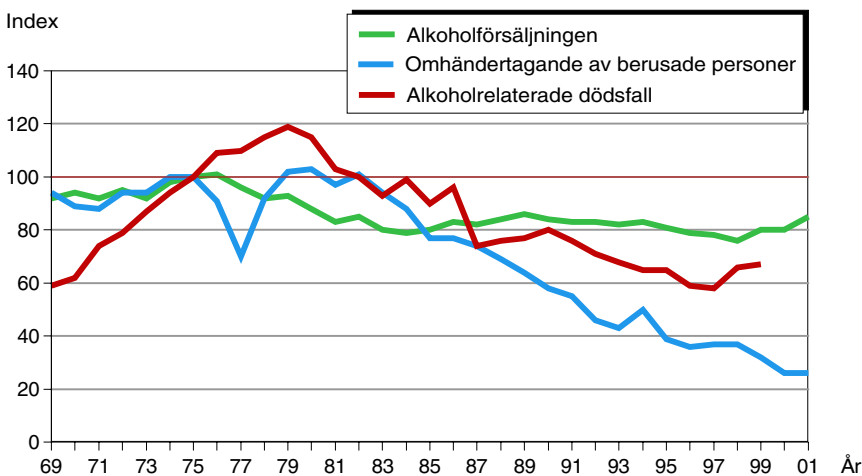


Diagram 14. Utvecklingen av alkoholrelaterade indikatorer 1969–2001. Index 1975=100. (Tabellerna 2, 41 och 43)

början av 1960-talet och fram till 1979. Därefter har en tämligen kraftig nedgång skett, från 21 till 12 dödsfall per 100 000 invånare och år. Upp- och nedgångarna följer, med några års förskjutning, utvecklingen av alkoholförsäljningen tämligen väl, åtminstone till 1990-talets mitt. Det kan noteras att nya dödsorsaksklassificeringsprinciper började tillämpas 1987 och 1997, vilka försvårar tolkningen av utvecklingen över tid.

Med undantag för 1977, då fylleriet avkriminaliserades, varierade antalet berusningsomhändertaganden omkring 17–20 stycken per 1 000 invånare och år mellan 1963 och fram till 1980-talets andra hälft. Mellan 1985 och 2001 har emellertid antalet sjunkit från 14 till 5 omhändertaganden per år, och strängt taget inleddes nedgången redan 1983. Jämfört med alkoholförsäljningen uppvisar berusningsomhändertagandena en relativt kraftig nedgång under slutet av 1980-talet. Som nämnts tidigare i detta kapitel råder sedan en längre tid en osäkerhet kring LOB-statistikens giltighet som indikator på alkoholskadeutvecklingen. Det kan vara så att denna källa sedan ett antal år snarare speglar samhällets syn på, och ingripanden mot fylleri, än den faktiska utvecklingen av fylleriet.

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. I föregående utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige har en översikt över sådana bestämmelser redovisats för ett antal länder. Till följd av att dessa restriktioner ständigt förändras, vilket även framgår nedan, samtidigt som en uppdatering av översikten inte varit möjlig i årets utgåva, så har denna tabell utgått.

Nyligen slutfördes en jämförande studie av alkoholpolitik, alkoholkonsumtion och dess effekter i EU-länderna (Norström red, 2002). Studien (ECAS) som närmare beskrivs i kapitel 2 omfattade samtliga EU-länder utom Luxemburg, men inkluderade Norge. Själva forskningsarbetet har genomförts av nordiska forskare men i samtliga länder har kontaktpersoner hjälpt till med datainsamling m m.

Våren 1999 sändes ett frågeformulär ut till alla kontaktpersoner (Karlsson och Österberg 2001). Frågorna rörde konsumtionen samt alkoholpolitiska instrument vid olika tidpunkter. Svaren rörande alkoholpolitik omvandlades till en skala med maximalt 20 poäng täckande 6 områden.

I tabell 51 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.

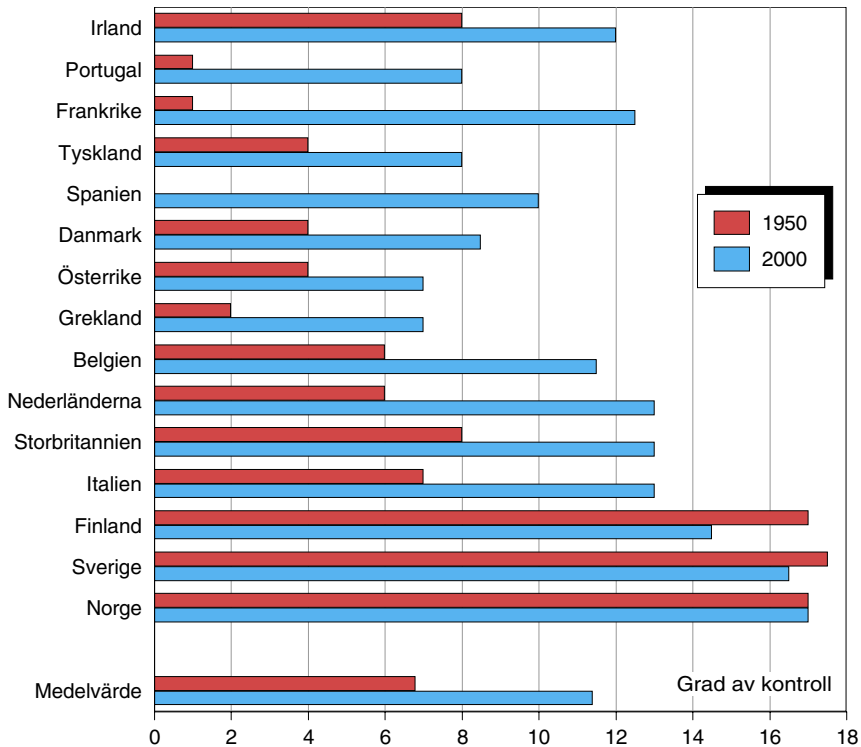


Diagram 15. Alkoholpolitikens omfattning och strikthet i 15 europeiska länder. 1950 och 2000. (Tabell 51)

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

Sverige, Norge och Finland hade 1950 alla 17–17,5 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 år 2000 femma från slutet men med högre poäng än 1950 (8,5 poäng).

Alkoholkonsumtion

Den totala alkoholkonsumtionen varierar kraftigt mellan olika länder. Även dryckesmönstren skiljer sig påtagligt mellan en del länder. I vissa domine- ras alkoholkonsumtionen helt av vin, medan sprit och/eller öl dominerar i andra.

Jämförelser av alkoholkonsumtionen mellan länder är vanskliga att göra. Försäljningsstatistiken, ibland kompletterad med produktionsstatistik, används som mått på konsumtionen men är inte alltid fullt jämförbar länderna emellan. 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 kraftigt mellan olika år, vilket leder till att den redovisade försäljningsvolymen kan uppvisa stora årliga variationer utan att några betydande förändringar i den faktiska alkoholkonsumtionen behöver ha inträffat. Andelen oregistrerad alkohol skiljer sig dessutom med all sannolikhet åt mellan länderna, t ex till följd av varierande mängder illegal tillverkning och smuggling eller oregistrerad direktförsäljning från producenter.

Det finns också mera påtagliga svårigheter. Det gäller bl a vilka drycker som skall tas med i statistiken, t ex i fråga om alkoholhalten i öl eller i cider och andra i vissa länder nyare och ovanligare alternativ och sådana förhållanden gör att olika sammanställningar redovisar delvis olika siffror. Vi har här valt att använda den statistik som samlas i publikationen *World Drink Trends (Produktschap voor Gedistilleerde Dranken 2001)* då vi beskriver konsumtionen i olika länder totalt och fördelad på olika drycker samt utvecklingen i dessa länder. I dessa två tabeller (52 och 53) och diagram (16 och 17) är konsumtionen relaterad till hela populationen vilket gör att man får lägre tal än om man, vilket normalt förekommer i detta kapitel, redovisar konsumtionen relaterad enbart till dem som är 15 år och äldre. Nedan redovisas även resultat från ECAS-studien och då bygger uppgifterna på statistik publicerad av *Brewers' Association of Canada 1997*.

Konsumtionen totalt och fördelad på olika drycker 2000

Diagram 16 (tabell 52) visar konsumtionen (försäljningen av alkohol 100% per invånare) i ett stort antal länder 2000. Konsumtionen redovisas fördelad på sprit respektive vin och öl sammanslaget. Som framgår hade Luxemburg och Rumänien den högsta totala konsumtionen, med 12,1 respektive 11,7 liter alkohol 100% per invånare, och Portugal låg på tredje plats (med 10,8 liter). Den höga konsumtionsnivån i Luxemburg var främst ett resultat av en mycket hög vinkonsumtion medan spriten utgjorde ett väsentligt inslag för Rumäniens del.

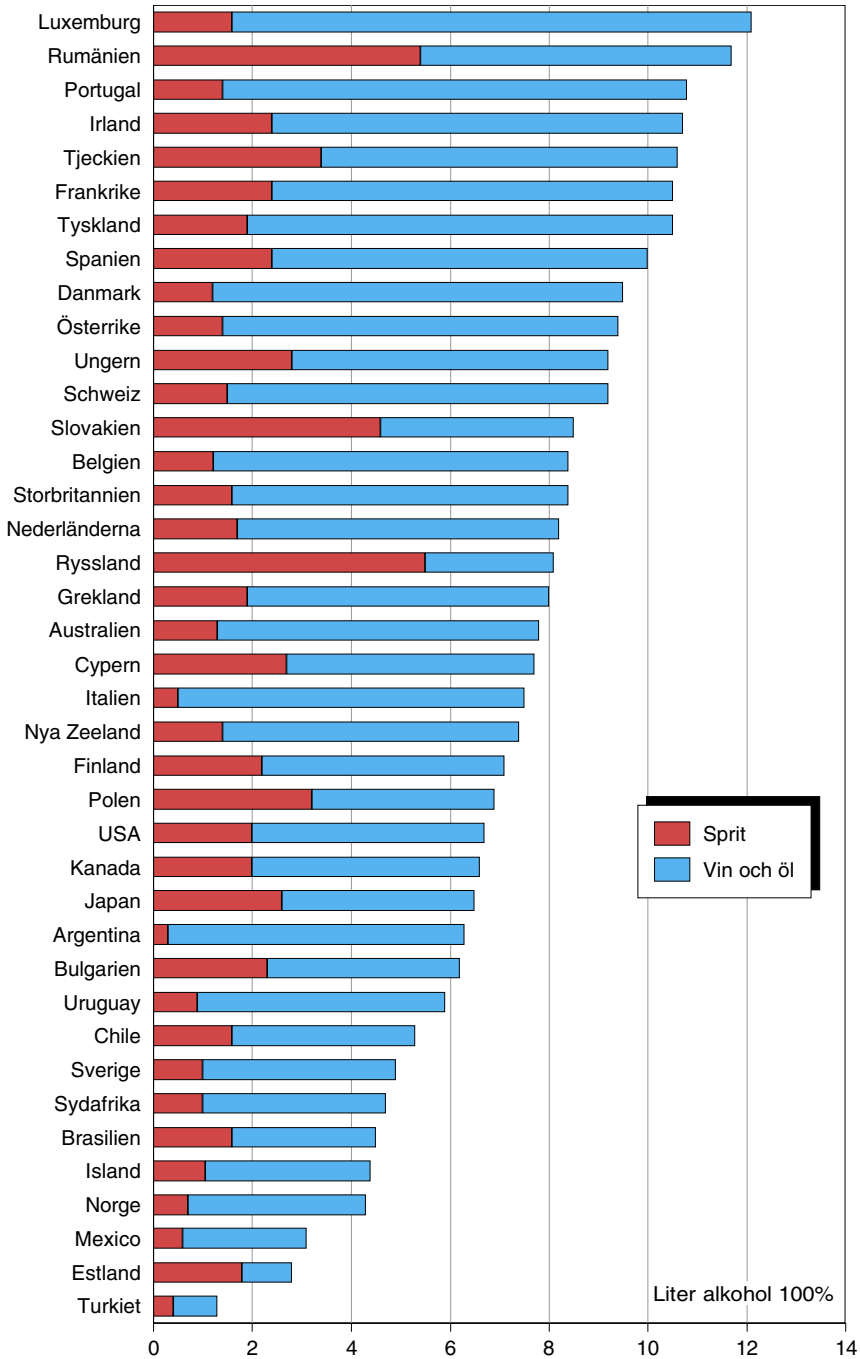


Diagram 16. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter alkohol 100% per invånare. 2000. (Tabell 52)

Till följd av att Irland har anammat nya beräkningsgrunder som bättre tar hänsyn till variationen av alkoholvolymen i olika drycker har deras konsumtionssiffror reviderats och sänkts med i genomsnitt ca 1,5 liter för de fyra senaste åren. Nationen intar därmed inte längre någon av de tre topplaceringarna, dock en fjärdeplats år 2000.

Andra länder med hög alkoholkonsumtion var Portugal, Tjeckien, Frankrike, Tyskland och Spanien (10 liter eller mer). Av de redovisade länderna hamnar Sverige på 32:a plats. Den lägsta konsumtionen (1,3 liter) redovisades för Turkiet.

Vinkonsumtionen var störst i Luxemburg, Frankrike, Italien och Portugal. I samtliga dessa länder översteg konsumtionen 50 liter per invånare. Vin-konsumtionen i Sverige uppgick som jämförelse till 15,3 liter. Även om den ökat i Sverige, och minskat i traditionella vinländer, är gapet således fortfarande stort.

Också i fråga om maltdryckerna är skillnaderna stora mellan länderna, men med en viss tendens till utjämning sedan 1965, beroende på en ökning av ölkonsumtionen i länder med måttlig sådan. Länder med störst redovisad ölkonsumtion 2000 var i fallande ordning Tjeckien, Irland, Tyskland, Luxemburg, Österrike och Danmark, där konsumtionen låg mellan 100–160 liter per invånare eller däröver. I Sverige konsumerades 56 liter öl per invånare detta år.

När det gäller konsumtionen av spritdrycker, mätt i försäljningssiffror, kommer Sverige bland de redovisade länderna på en med Sydafrika delad 32:a plats, med en registrerad konsumtion av 1,0 liter alkohol 100% per invånare. Den största konsumtionen av spritdrycker 2000, räknat per invånare, hade Ryssland med 5,5 liter alkohol 100%. Därefter kom Rumänien (5,4), Slovakien (4,6), Tjeckien (3,4) och Polen (3,2), d v s länder samtliga belägna i Östeuropa.

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

Utvecklingen i olika länder

Av tabell 53 framgår förutom den nordiska utvecklingen även utvecklingen i samtliga EU-länder samt USA. Av tabellen, som visar försäljningen i 100% alkohol per invånare, framgår att de länder som i början av den redovisade perioden hade en mycket hög konsumtion har sänkt denna, medan länder med låg konsumtion 1965 i allmänhet har högre konsumtion idag. Ett generellt drag i utvecklingen är att dryckesmönstren genomgår en internationalisering på så sätt att konsumtionen tenderar att bli mera

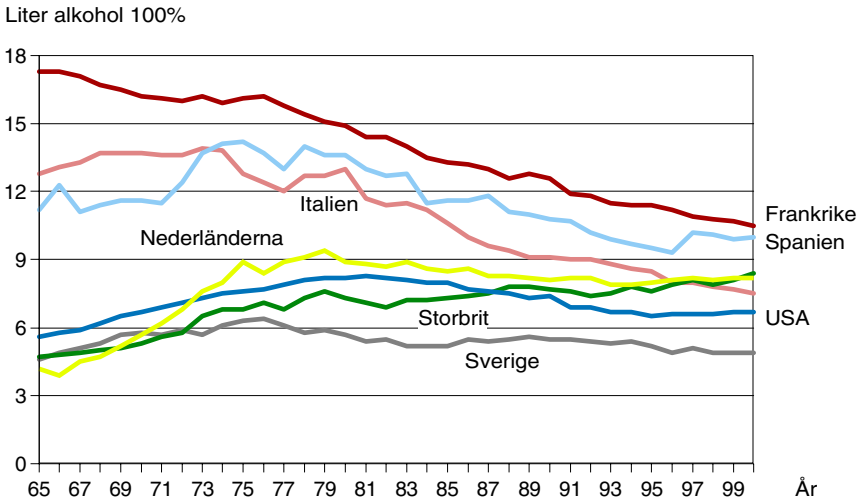


Diagram 17. Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100% per invånare i vissa länder. 1965–2000. (Tabell 53)

lika mellan olika länder. Detta innebär att konsumtionen ökar av den eller de drycker som inte tidigare ingått i den traditionella dryckeskulturen i ett land eller, annorlunda uttryckt, landets alkoholtradition.

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

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

Såväl konsumtionsvolymerna som konsumtionsmönstret i betydelsen vad man konsumerar har som tidigare nämnts genomgått en likriktningsprocess i Europa. Detta visas också tydligt i tabell 54 och diagram 18 som visar resultat från ECAS-studien.

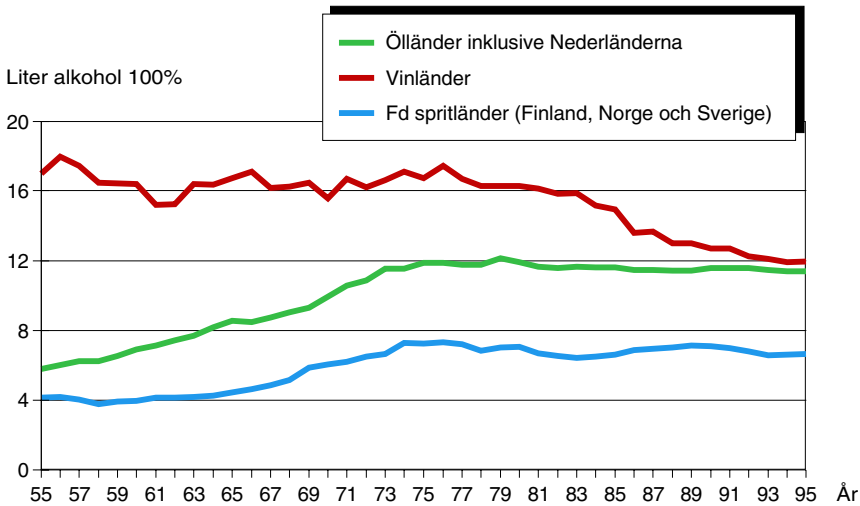


Diagram 18. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer), i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre 1955–1995. (Tabell 54).

I de sydliga vinproducerande länderna har konsumtionen minskat sedan 1950 med ca 6 liter alkohol 100%, från 18 liter 1955 per invånare 15 år och äldre till 12 liter 1997. Minskningen under 1950- och 60-talen förbyttes i en ökning under 1970-talet och 1977 var man åter uppe i nästan 18 liter, men sedan fortsatte minskningen. Samtidigt har de forna spritländerna i Norden ökat sin konsumtion från 4 till över 6 liter medan de skölländerna ökat från 6 till cirka 11,5 liter. Vad gäller olika dryckessorters andelar av den totala konsumtionen har vinet under perioden 1955–1997 hela tiden legat runt 35% (en ökning från 34 till 37%). Ölet har rört sig sakta från 40% till 45% medan spriten minskat från 20% till 10%.

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

Dödlighet i levercirrhos

En rad undersökningar har påvisat ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och levercirrhosdödlighet. I diagram 19 och tabellerna 55 och 56

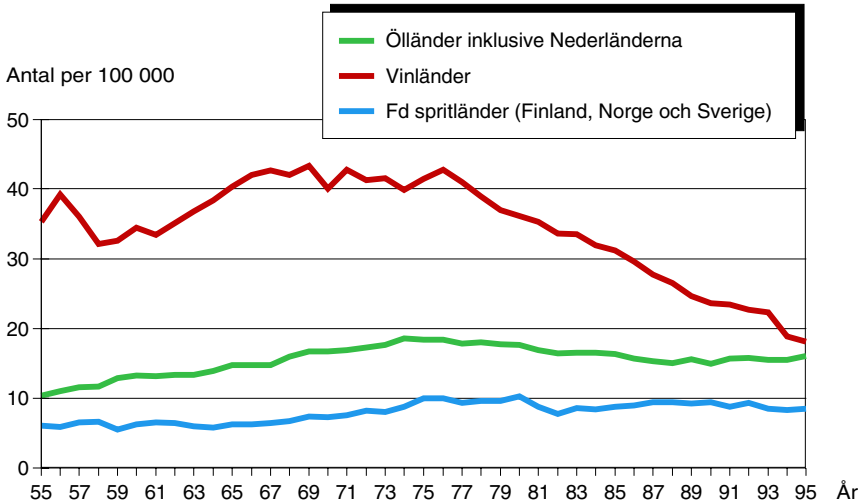


Diagram 19. Levercirrhosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer). 1955–1995. (Tabell 56)

visas utvecklingen av levercirrhosdödligheten i EU och Norge och uppgifterna härrör återigen från ECAS-studien.

Man kan se en tydlig nord-sydlig gradient i så måtto att de lägsta talen för levercirrhosdödlighet finner vi i norra Europa och de högsta i Sydeuropa, men även för levercirrhosdödligheten ser vi en utjämnande tendens. Under perioden 1950–65 var den manliga dödligheten i Sydeuropa cirka sex gånger så hög som i Nordeuropa, medan den 1995 var knappt 3 gånger så hög. Tendensen för kvinnor är betydligt svagare även om den går i samma riktning. Här har relationen varit ganska stabilt 1 på 2.

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 har värre konsekvenser för den alkoholrelaterade dödligheten (inklusive levercirrhos) i Nordeuropa än i Sydeuropa.

Internationell jämförelse av ungdomars alkoholvanor

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

Andelen som svarade att de gjort detta tre gånger eller mer under de senaste dagarna varierade relativt mycket mellan olika länder 1999. En

knapp tredjedel av eleverna från Irland, Polen, Danmark och Storbritannien rapporterade detta medan andelarna var lägre än 10% i FYROM (Makedonien), Grekland, Litauen, Slovakien, Portugal och Rumänien. Fler pojkar än flickor rapporterade detta, bortsett från Irland där könsskillnaderna var obefintliga. Högfrekvensländer återfanns främst på Brittiska öarna och i de nordiska länderna medan lågfrekvensländer oftare återfanns i Central- och Sydeuropa.

I diagram 20 jämförs 1995 och 1999 års värden för de länder som deltog båda åren. Siffrorna framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där ökningen mellan de båda åren överstigit två procentenheter markerats röda och de med (relativt) oförändrat läge har gulmarkerats. (Inte i några länder har det således skett minskningar tillräckligt stora att föranleda grönmarkering.)

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 ökning från redan höga nivåer. För Irland, Malta, Estland och Slovakien gällde att ökningarna var klart större för flickorna än för pojkarna.

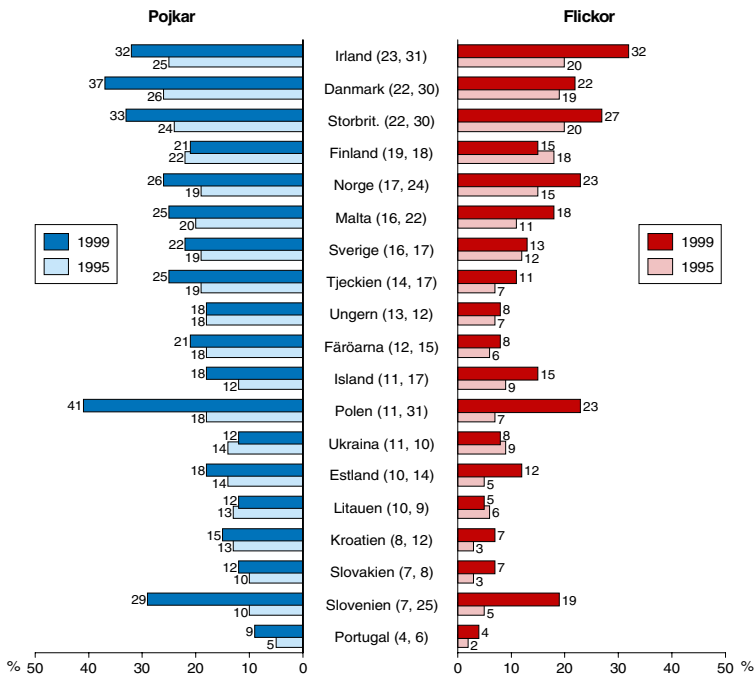
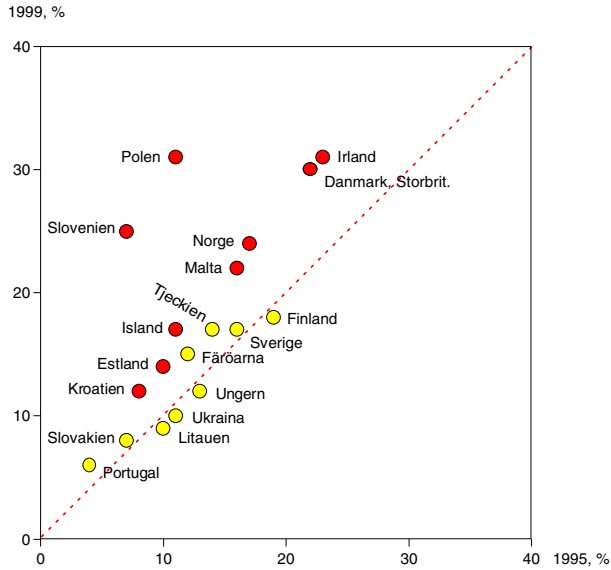


Diagram 20. Andelen elever 15–16 år i olika länder som berusat sig ^{a)} minst tre gånger de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

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

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

Källa: Hibell et al. (2000).

Referenser

- Andersson B och Lindén-Boström M (2000). *Ungdomars alkohol- och narkotikavanor 1998*. Rapportserie nr 10. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Andersson J och Olsson M (1996). *Sjöfylleri. En utvärdering av 1991 års ändringar av bestämmelserna i sjölagen om onykerhet till sjöss*. PM 1996:1. Stockholm: Brottförebyggande rådet.
- CAN (2001). *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2001*. Rapportserie nr 63. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Edwards G (red) (1996). *Alkoholpolitik för bättre folkhälsa*. Stockholm: Natur och Kultur och Folkhälsoinstitutet.
- Folkhälsoinstitutet (1996). *Våld, alkohol och övriga droger*. Folkhälsoinstitutet 1996:114, Stockholm.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandets drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Helmersson-Bergmark K (2001). *Svenskarna och alkoholen år 2000*. Rapportserie nr 11. Stockholm: Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B (1994). *Oregistrerad alkoholkonsumtion*. SOU 1994:25 Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. Bilaga 7. Stockholm: Fritzes.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevs drogvanor 2001*. Rapportserie nr 67. 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.
- Kolk T (1993). *Alkoholkonsumtionens ”mörkertal”*. *Analys och beräkning*. Täby.
- Kolk T (1998). *Alkoholkonsumtionens ”mörkertal”*. *Analys och beräkning*. På uppdrag av Svenska Bryggareföreningen och SVL. Täby.
- Kühlhorn E (1994). *Statistikförd och icke statistikförd alkohol*. SOU 1994:25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. Bilaga 8. Stockholm: Fritzes.
- Kühlhorn E, Hibell B, Larson S, Ramstedt M och Zetterberg H (1999). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Stockholm: Oberoende alkoholsamarbetet (OAS), Socialdepartementet.

- Leifman H och Trolldal B (2002). *Svenskens alkoholkonsumtion i början av 2000-talet med betoning på 2001*. SoRAD, forskningsrapport nr 3. Stockholm: Stockholms universitet.
- Lenke L (1989). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Lund: Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet.
- Nilsson T och Klöfver H (1984). *Alkoholvanor. En översikt av undersökningsresultat från åren 1968–1980*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Norström T (red) (2002). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Norström T och Andersson J (1996). *Från 0,5 till 0,2 promille. Vilken effekt fick 1990 års reform av trafikbrottslagen?* PM 1996:3. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Philipson C (1990). *Mörkertalet. En analys och beräkning av den verkliga totalkonsumtionen av alkohol, såväl registrerad som icke registrerad*. Stockholm: Informationcenter Alcohol Sweden AB.
- Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (2001). *World Drink Trends 2002*. Oxfordshire: World Advertising Research Center Ltd.
- SCB och SIKA (2001). *Vägfrafikskador 2000*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SOU 1994:25. *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge*. Betänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. Stockholm: Fritzes.
- Systembolaget (2001). *Svensk alkoholhistoria: från brännvin till vin 1400–2000*. Stockholm: Systembolaget.
- Svenska Livräddningssällskapet (2002). *Drunkningsolyckor 2001*. Hämtat från <http://www.sls.a.se/>. Publicerat 4 januari 2001. Hämtat 21 maj 2002.
- Ågren G och Jacobsson S W (1986). *Betydande underrapportering i dödsbevisen av alkoholrelaterade dödsorsaker*. Läkartidningen, 83 (47), 3984–3985.
- Öström M och Eriksson A (1998). *Snöskoterrelaterade dödsfall. En trend- och orsaksanalys*. Rapport nr 71. Umeå: Institutionen för rättsmedicin.

4. Narkotikautvecklingen

Inledning

Sedan mitten av 1960-talet har narkotikamissbruket betraktats som ett allvarligt samhällsproblem. Det är också sedan denna tid som missbrukets utveckling mer systematiskt undersökts. De uppgifter som föreligger om tiden dessförinnan är av mer tillfällig och skiftande karaktär.

När man försöker tolka data rörande missbruksutvecklingen måste man bl a ta hänsyn till hur missbruk definieras och till förändringar i lagstiftning, resurser och attityder. Narkotika och narkotikamissbruk är inga entydiga begrepp. Med narkotika avses i Sverige de preparat som finns upptagna i Läkemedelverket föreskrifter om förteckningar över narkotika (se bilaga 1). Den omfattar främst sådana medel som är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser, men också ett antal medel som enligt svenska bestämmelser skall anses som narkotika. Preparaten har olika egenskaper men gemensamt är att de påverkar centrala nervsystemet. Nya medel har vid olika tidpunkter tillförts förteckningen.

Förändringar i narkotikabegreppet har medfört förändringar i vad som räknats som narkotikamissbruk. I Sverige har man valt att beteckna all icke medicinsk användning av narkotika som missbruk. Begreppet narkotikamissbruk kommer härigenom att innefatta mycket skiftande former av narkotikaanvändning, allt ifrån konsumtion vid något enstaka tillfälle till regelbunden användning. En beskrivning av narkotikasituationen bör inkludera olika former av narkotikaanvändning och utan närmare beskrivning av dessa kan felaktiga slutsatser dras om problemets karaktär, vilket i sin tur kan leda till felaktigt grundade beslut och felaktigt utformade åtgärder.

Kapitlet inleds med en beskrivning av utvecklingen av narkotikaanvändningens omfattning, vilket görs i två delavsnitt. Dessa omfattar å ena sidan utvecklingen av tillfällig/experimentell konsumtion, och å andra sidan s k ”tungt” missbruk. Denna enkla tudelning är gjord med utgångspunkt i tillgängliga data. Sålunda saknas i stort sett uppgifter om den mellangrupp som i större eller mindre omfattning, mer eller mindre regelbundet, använder narkotika under så kontrollerade former att de normalt inte kommer i kontakt med någon myndighet. De två inledande avsnitten berör i någon mån även könsskillnader, regionala förhållanden och sociala faktorer.

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

Narkotikapolitik

Några viktiga historiska händelser och beslut

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

- 1923 Sveriges första enhetliga särslagstiftning på narkotikaområdet – Narkotikakungörelsen – infördes. Denna reglerade, i enlighet med den internationella s k Haag-konventionen från 1912, in- och utförsel, tillverkning, saluhållande och försäljning av narkotiska ämnen (bl a opium, morfin, heroin och kokain). Straffet var böter mellan 10 och 10 000 kronor.
- 1930 Narkotikakungörelsen ändrades. Till följd av den internationella s k Genève-konventionen från 1925 inkluderades cannabis, kokablada och ytterligare opiumderivat i lagstiftningen. Innehav av narkotika kriminaliserades.
- 1933 Strängare straff infördes med bl a fängelse i straffskalan. Läkare som överskred sin rätt att förskriva narkotika kunde nu straffas.
- 1958 Narkotikakungörelsen ändrades. Straffen skärptes till lägst 25 dagsböter och högst 6 månaders fängelse även om försvårande omständigheter inte förelegat. Straffskärpningen gav polisen möjlighet att tillgripa straffprocessuella tvångsmedel som husrannsakan och kroppsvisitation.
- 1960 Metylfenidat (Ritalin) klassificerades som narkotika. Tidigare hade amfetamin och Fenmetralin (Preludin) klassificerats som narkotika (1958 resp 1959).
- 1964 1962 års Narkotikaförordning trädde i kraft. Den utarbetades i enlighet med den internationella narkotikakonventionen från 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs). Den innefattade i princip narkotikakungörelsens bestämmelser. Genom en särskild hänvisning i 12 § kom in- och utförsel av narkotika att omfattas av varusmuggningslagen.
- 1966 Försöksverksamhet med underhållsbehandling med metadon för opiatmissbrukare inleddes vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala.

- 1967 Lagen om sluten psykiatrisk vård (LSPV) trädde i kraft. Lagen medgav att narkotikamissbrukare i vissa fall kunde tvångsomhändertas för psykiatrisk vård. Unga narkotikamissbrukare kunde tvångsvårdas enligt barnavårdslagen (BVL).
- 1968 Narkotikastrafflagen infördes. Den omfattade tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika. Åtal kunde underlåtas om en person endast innehaft en ringa mängd narkotika för eget bruk.
- 1969 Narkotikastrafflagen ändrades. Straffen för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling som gällt narkotika höjdes till fängelse i lägst ett år och högst sex år.
- 1970– Successiv utbyggnad av narkomanvården, bl a genom tillskapande av behandlingshem i såväl offentlig 1982
- 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 Narkotikastrafflagen ändrades. Maximistraffet för grovt narkotikabrott och grov varusmuggling som gällt narkotika höjdes till tio års fängelse. Möjlighet till åtalsunderlåtelse utökades. I fall där innehavet avslutats genom egen förbrukning fick åtal underlåtas även vid avsevärt större mängder än vad tidigare angivits.
- 1980 Praxis för åtalsunderlåtelse skärptes eftersom den som gällt tidigare ansågs försvåra möjligheterna att komma till rätta med detaljhandeln.
- 1981 Narkotikastrafflagen ändrades. Minimistraffet för grovt narkotikabrott höjdes från ett till två års fängelse. Maximistraffet för narkotikabrott höjdes från två till tre års fängelse. Motsvarande ändringar infördes i varusmuggningslagen.
- 1982 Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft. Två lagar tillskapades som reglerar tvångsvård av missbrukare inom ramen för socialtjänsten: Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- 1983 Narkotikastrafflagen ändrades. Vissa preciseringar av gärningsformerna i lagen gjordes samtidigt med att nya infördes, bl a förvärv av narkotika i överlåtelssyfte, liksom bearbetning, transport, förvaring och vissa andra former för befattningar med narkotika, som inte var avsett för eget bruk.
- 1985 Narkotikastrafflagen ändrades. Beteckningen narkotikaförseelse ersattes med ringa narkotikabrott samtidigt som maximistraffet för sådant brott höjdes till fängelse i högst sex månader. För narkotikabrott utgick böter ur straffskalan. Motsvarande ändringar gjordes i varusmuggningslagen.

- 1988 Bruk/konsumtion av narkotika kriminaliserades. Enbart böter ingick i straffskalan.
- 1989 Den maximala vårdtiden enligt LVM förlängdes från två till sex månader.
- 1993 Narkotikastrafflagen ändrades. Fängelse i högst sex månader infördes som straff för eget bruk. Detta möjliggjorde för polisen att ta blod- och urinprov vid misstanke om eget bruk.
- 1999 Den 1 april 1999 trädde lagen (SFS 1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor i kraft. Medel som placeras på denna interimlista utreds och förs eventuellt över till narkotikastrafflagen eller annan relevant lagstiftning. Ovanstående datum infördes även lag (1999:43) om ändring i narkotikastrafflagen (1968:44) med innebörden att begreppet *starkt vanebildande* i 8 § ersattes med *beroendeframkallande* samtidigt som termen *eller euforiserande effekter* också infördes i paragrafen. Vidare ändrades den 1 juli 1999 lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott. För vägtrafiken infördes nollgräns för narkotika, men gäller inte förare som använder narkotikaklassade läkemedel enligt läkares ordination.
- 2000 Den 1 februari narkotikaklassades GHB. Under året utredde EU riskerna med GHB och ketamin för att kunna fatta beslut om eventuell narkotikaklassificering. Kommissionens beslut blev att man tillsvidare avstår från att narkotikaklassa dessa substanser, men med en uppmaning till medlemsländerna att följa och dokumentera utvecklingen.

Aktuella händelser 2001–2002

Januari 2001 släpptes *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen* (SOU 2000:126), slutbetänkandet från Narkotikakommissionen som tillstattes 1998. Kommissionen fann bl a att balansen mellan förebyggande insatser, vård och kontrollåtgärder hade rubbats och att kontrollåtgärderna hade kommit att dominera alltmer under 1990-talet. Samma år uppklassades substansen Flunatrizepam, från förteckning IV till II.

Våren 2002 antog Riksdagen en proposition om nationell handlingsplan mot narkotika, framarbetad genom narkotikakommissionen, där det slogs fast att målet för den svenska narkotikapolitiken även i fortsättningen skall vara ett narkotikafritt samhälle. Vidare beslöts att receptregistret får användas av Socialstyrelsen för tillsyn över enskild läkares och tandläkares förskrivningar av narkotiska läkemedel (gäller från 1 juli).

För att genomföra handlingsplanen tillsätts en nationell narkotikasamordnare, med huvuduppdraget att utveckla samarbetet med myndigheter, kommuner, landsting, frivilligorganisationer m fl. Under tre år avsätts 325 miljoner kronor för arbetet, varav 100 miljoner går till att utveckla arbetet med narkotika inom kriminalvården.

Utvecklingen av tillfälligt/experimentellt missbruk

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av befolkningens narkotikavanor i stort, s k tillfälligt/experimentellt bruk, kommer från intervju- och enkätundersökningar. De viktigaste är skolundersökningarna i årskurs 9 och mönstringsundersökningarna samt intervjuundersökningar med ungdomar i åldern 16–24 år respektive hela befolkningen (15–75 år). Dessa studier beskrivs närmare i metodkapitlet.

Utvecklingen bland ungdomar

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

Sedan 1971 finns riksrepresentativa data att tillgå från skol- och mönstringsundersökningarna. Utvecklingen av narkotikaerfarenheten bland dessa framgår av diagram 21. Andelen skolelever som prövat narkotika någon gång var högst i början av 1970-talet och minskade påtagligt 1974 (se även tabell 57). Efter ytterligare en minskning, som inleddes 1982, sjönk narkotikaerfarenheten till 3–4% under andra halvan av 1980-talet.

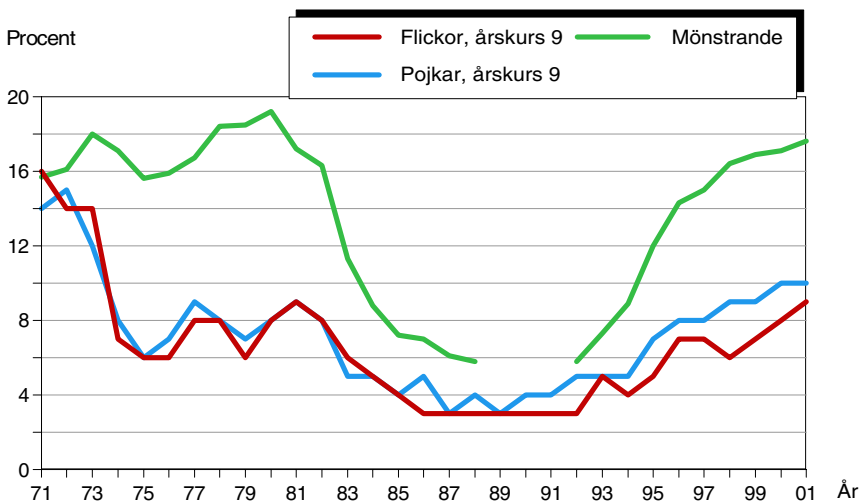


Diagram 21. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de någon gång prövat narkotika, 1971–2001. (Tabellerna 57 och 58)

Under 1990-talet har dock andelarna mer än fördubblats och 2001 svarade 10% av pojkarna och 9% av flickorna att de använt narkotika.

Skolundersökningarna genomförs även vartannat år i årskurs 6. I denna ålder är narkotikaerfarenhet mycket ovanlig. Under den ovan redovisade perioden har endast någon enstaka procent i denna årskurs uppgett att de provat narkotika (Hvitfeldt et al 2002).

Undersökningarna bland artonåriga mönstrande beskriver en relativt likartad utveckling jämfört med skolundersökningarna, med sjunkande nivåer under 1980-talet och ökning under 1990-talet. Mellan 1992 och 2001 har andelen mönstrande som provat narkotika tredubblats, från ca 6 till 18% (tabell 58). De senaste årens värden är, med undantag för respektive undersöknings toppår, av samma storleksordning som gällde under 1970-talet.

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

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

För att mäta mera regelbunden användning ingår i skol- och mönstringsundersökningarna frågor om man använt narkotika den senaste månaden före undersökningstillfället. 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 22 och tabellerna 57 och 58). Under 1990-talet har den regelbundna narkotikaanvändningen emellertid ökat och omfattade 1999–2000 runt 3% bland såväl skolelever som mönstrande. Den regelbundna användningen var dock mer omfattande i början av 1970-talet.

I ungdomsintervjuundersökningarna i åldern 16–24 år från 1996, 1998 och 2000 var det ca 5% som svarade att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna. Årsaktuell användning var ungefär dubbelt så vanlig bland

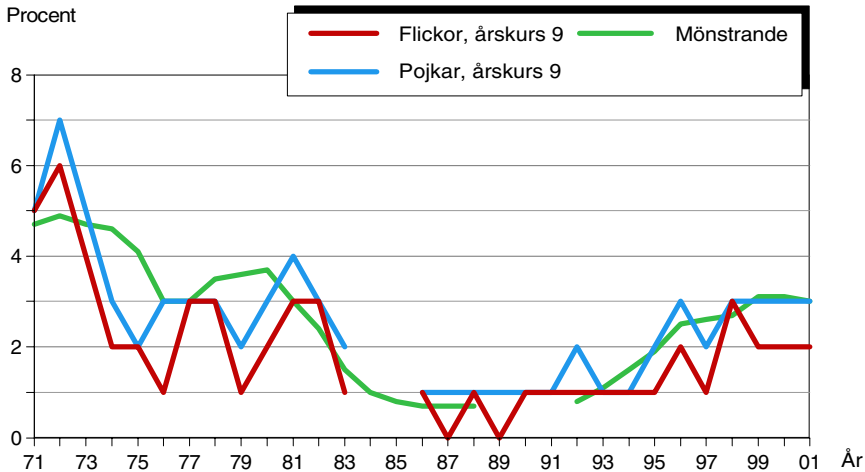


Diagram 22. Andelen elever i årskurs 9 samt andelen mänstrande som uppgett att de använt narkotika den senaste månaden. 1971–2001 (i skolundersökningen endast cannabis 1986–1997). (Tabellerna 57 och 58)

män som bland kvinnor. Sett till åldersgrupper var den vanligast bland 19–21-åringarna (ca 6%), minskade bland 22–24-åringarna (till ca 4%) och var minst vanlig bland 16–18-åringarna (ca 3%).

Ungdomars attityder till narkotika

När ungdomars experimentella bruk av narkotika förändras, speglar detta sannolikt en generellt förändrad inställning till droger. I de årliga skolundersökningarna har eleverna sedan 1971 tillfrågats om de någon gång haft lust respektive möjlighet att pröva narkotika, och sedan 1977 även om de vet någon person som skulle kunna ge eller sälja narkotika till dem. I tabell 57 och diagram 23 visas resultaten för dessa frågor för de elever som själva aldrig använt narkotika.

Andelen som haft lust att pröva narkotika har varit relativt liten under hela den redovisade perioden, men aningen högre under 1990-talet. Många har svarat att de haft möjlighet att pröva narkotika. Andelen utgjorde runt 30% i början av 1970-talet, sjönk till drygt 10% under slutet av 1980-talet för att uppgå till 25% år 2001. Andelen som sade att de visste någon som kunde ge eller sälja narkotika till dem var 36% 1977. Även denna siffra sjönk, och uppgick till 17% 1986, för att åter öka under 1990-talet (omkring 40% sedan 1997). Trots en liten avmattning de allra senaste åren är det en relativt god överensstämmelse i utvecklingen för dessa tre frågor jämfört med narkotikaerfarenheten. Andelen mänstrande 18-åringar som erbjudits eller haft möjlighet att pröva narkotika ökade från 21 till 47% mellan 1992 och 2001.

I ungdomsundersökningarna (16–24 år) från 1996 och 1998 ingick påståenden som ungdomarna ombads ange om de instämde i, tog avstånd från eller saknade åsikt om. Ett påstående kvarstod också i 2000 års undersökning. Sammantaget visar tabell 60 att en klar majoritet av ungdomarna ansåg att narkotika är ett allvarligt problem.

Resultaten var tämligen oförändrade mellan 1996 och 1998. Båda åren tog 91% avstånd från påståendet att ”det borde vara tillåtet att få röka hasch”. Att det tillhör en ”normal tonårsutveckling att testa droger” och att ”man själv skulle få bestämma om man vill knarka eller ej” tog runt 75 respektive 68% avstånd ifrån. En majoritet (ca 78%) ansåg vidare att ”straffen för olaglig försäljning av narkotika borde vara ännu hårdare” och att ”narkotikaanvändningen skulle öka kraftigt om narkotikan avkriminaliserades” (ca 66%). Det enda påstående som gavs även 2000 var ”narkotikan är ett av våra största samhällsproblem”. Omkring två tredjedelar instämde i detta alla tre åren, medan andelen som tog avstånd från detta ökade från 9 till 17%. Könsskillnaderna var totalt sett relativt små, men i några fall stod kvinnorna för en aningen restriktivare linje än männen (se Drogutvecklingen i Sverige 2000).

Resultaten visar att trots den uppluckrade inställning till narkotika som kan avläsas i olika studier, så har en stor majoritet av ungdomarna enligt TEMOs undersökningar fortfarande en mycket avståndstagande attityd till narkotika.

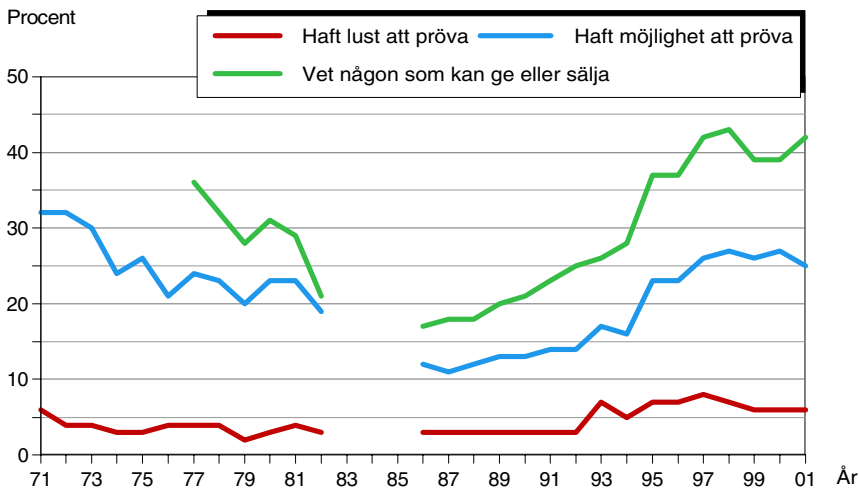


Diagram 23. Andelen elever i årskurs 9 bland dem som aldrig använt narkotika, som ”haft lust” att pröva, ”haft möjlighet” att pröva samt ”vet någon som kan ge eller sälja narkotika”. 1971–2001. (Tabell 57)

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 61). I det aktuella åldersintervallet motsvaras detta av omkring 785 000 personer år 2000. I de allra flesta fallen gäller erfarenheten (enbart) cannabis. Normalt är det omkring 1–2% som säger sig ha prövat amfetamin respektive kokain, medan övriga narkotikasorter nämns av ännu färre.

Den största andelen som prövat narkotika återfinns i åldersgruppen 30–49 år (17% år 2000) och i denna grupp har det skett en liten ökning 1988–2000. Bland 15–29-åringarna minskade andelen som prövat narkotika mellan 1988 och 1990-talets första hälft, men har därefter åter ökat och uppgick till 13% 2000. Bland dem över 50 år är narkotikaerfarenhet mera sällsynt, även om det skett en liten ökning också i denna grupp (till 5% år 2000). Bland vuxna som prövat narkotika, och haft sin tonårsperiod när narkotika varit etablerat i Sverige (födda 1955 eller senare), var det enligt dessa studier runt en fjärdedel som debuterat först då de var 20 år eller äldre.

Av tabell 62 framgår att 1% i befolkningen svarat att de använt narkotika de senaste 12 månaderna. Den aktuella narkotikaerfarenheten var störst bland män och bland 15–29-åringar, och obefintlig i gruppen 50–75 år.

Könsskillnader

I den vuxna befolkningen är det ofta närapå dubbelt så många män som kvinnor som använt narkotika. Enligt tabell 61 var andelarna 16 respektive 8% för år 2000. Även årsaktuell användning förekom främst bland män (tabell 62).

Bland 15–16-åringarna i årskurs 9 förekommer inga större könsskillnader vad det gäller narkotikaerfarenheten, även om pojkarna inte sällan ligger någon procentenhet högre än flickorna. I ungdomsstudierna i åldrarna 16–24 år är emellertid narkotikaerfarenheten normalt drygt 1,5 gånger vanligare hos män än hos kvinnor, vilket även gäller den årsaktuella erfarenheten. Mer eller mindre tydliga könsskillnader i samma riktning framkommer normalt även i olika lokala undersökningar bland gymnasieungdomar (se t ex Guttormsson et al 1995 och Grönberg 1997). Således framträder könsskillnaderna först i de övre tonåren.

Regionala skillnader

Under 1960-talet, då narkotika introducerades och bl a spreds i kriminella kretsar och vissa ungdomsgrupper, var det huvudsakligen frågan om en

storstadsföreteelse. Exempelvis var det enligt en undersökning av eleverna i årskurs 9 i Stockholms skolor 17% av flickorna och 23% av pojkarna som hade prövat narkotika redan 1967. Tre år senare var andelarna 28 respektive 34% (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1977). Successivt spreds narkotikan över landet och förekommer idag i stort sett överallt i Sverige. Samtidigt är de regionala variationerna fortfarande stora.

Enligt TEMOs befolkningsundersökningar föreligger tydliga regionala skillnader i narkotikaerfarenheten. I regel är det åtminstone dubbelt så vanligt att boende i storstadsregionerna (Stockholm, Göteborg och Malmö) har prövat narkotika jämfört med boende på mindre orter och i glesbygdregioner. Även i ungdomsundersökningarna framkommer likartade geografiska skillnader. Detta mönster återfinns också för skolungdomarna i årskurs 9 (se tabell 18).

Också i mönstringsundersökningarna avtar narkotikaerfarenheten med avtagande befolkningstäthet. År 2001 uppgav runt 25% av artonåringarna i storstadsregionerna att de prövat narkotika, jämfört med 11% på landsbygden. I tabell 21 presenteras 2001 års mönstringssiffror länsvis. Narkotikaerfarenheten var högst i Stockholms, Jämtlands och Västra Götalands län och lägst i Jönköpings, Kalmar och Västmanlands län.

Sociala faktorer

Även om studier av grupper med tunga missbrukare ofta visar på en tidig och uttalad social problematik hos dessa, är det självfallet inte så att alla som prövat narkotika har motsvarande problematiska bakgrund. Detta är inte heller rimligt eftersom relativt många 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 2000 framgick exempelvis att de som prövat narkotika i högre grad än andra uppgett att de trivdes dåligt i skolan (15% jämfört med 6%) och att de skolkade flera gånger i månaden eller oftare (38% jämfört med 12%).

I mönstringsundersökningarna från 1999 framkom att narkotikaerfarenhet var dubbelt så vanlig bland dem som endast hade grundskoleutbildning, jämfört med dem som gick på gymnasiet. Vidare var den tre gånger så vanlig bland dem som varken arbetade eller studerade vid mönstringstillfallet, jämfört med dem som studerade. De som arbetade intog en mellanställning. Enligt ungdomsundersökningen från 1998 var det ca 14% av 19–24-åringarna som arbetade respektive studerade som hade prövat narkotika, medan siffran för dem som var arbetslösa uppgick till 20%. För år 2000 var motsvarande siffror 17 respektive 22%. I mönstringsundersökningen framkom även skillnader mellan personer med utländsk bakgrund

(själva utlandsfödda eller med utlandsfödda föräldrar) och svenskfödda med svenskfödda föräldrar. Bland de förstnämnda hade 22% prövat narkotika, jämfört med 15% bland de sistnämnda.

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

Utvecklingen av tungt missbruk

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

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

Landsomfattande kartläggningar

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

Av naturliga skäl finns det en osäkerhet förknippad med case-finding undersökningar. De framräknade siffrorna bör därför snarare ses som skattningar av storleksordningar än som exakta beräkningar. Härtill kan läggas

att skattningens storlek också påverkas av hur man definierar ”tungt missbruk”. En annan definition än den som använts i case-finding undersökningarna skulle naturligtvis resultera i andra siffror, vilket är speciellt viktigt att beakta vid jämförelser med andra studier.

I den senaste kartläggningen reviderades de tidigare mörkertalsberäkningarna något, eftersom vissa antaganden modifierats samtidigt som mera förfinade statistiska metoder har utvecklats. Det tidigare redovisade antalet tunga missbrukare för 1979 har räknats upp från 12 000 till 15 000 (med ett intervall på 13 500–16 500), och det för 1992 har ökat från 17 000 till 19 000 (17 000–20 500). År 1998 beräknades antalet tunga missbrukare uppgå till 26 000 (24 500–28 500) och med tunga missbrukare avses här personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Undersökningen 1979 var en totalundersökning medan de andra baserades på urval av kommuner. Även om undersökningen 1998 baserades på ett ännu mindre urval än den från 1992, och därmed kan betraktas som den osäkraste ur antalskattningssynpunkt, har det bedömts vara möjligt att ge en skattning även utifrån denna.

Utifrån de ovan presenterade antalsuppgifterna blir den genomsnittliga årliga ökningstakten 2% 1979–1992 och 6% 1992–1998. Med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen beräknades den totala årliga ökningen till 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Det betyder att nyrekryteringen har varit 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. Åren 1992 och 1998 var motsvarande andelar 47 respektive 52%.

Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och har legat runt en knapp fjärdedel i alla tre undersökningarna. Medelåldern ökade från 27 via 32 till 35 år 1998. I diagram 24 (och tabell 63) redovisas en mer detaljerad bild av åldersutvecklingen. Det framgår att antalet missbrukare i åldersgruppen 30–34 år och däröver var störst i kartläggningen från 1998. Antalet tunga missbrukare yngre än 30 år var störst 1979 (ca 10 300 personer). År 1992 uppgick de till 6 000 och 1998 hade de ökat och utgjorde 7 600 personer. Även sett till tunga missbrukare under 20 år hade nedgången brutits. Antalet minskade från 1 000 till 300 mellan 1979 och 1992, men ökade åter 1998 och uppgick då till 800 personer.

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,

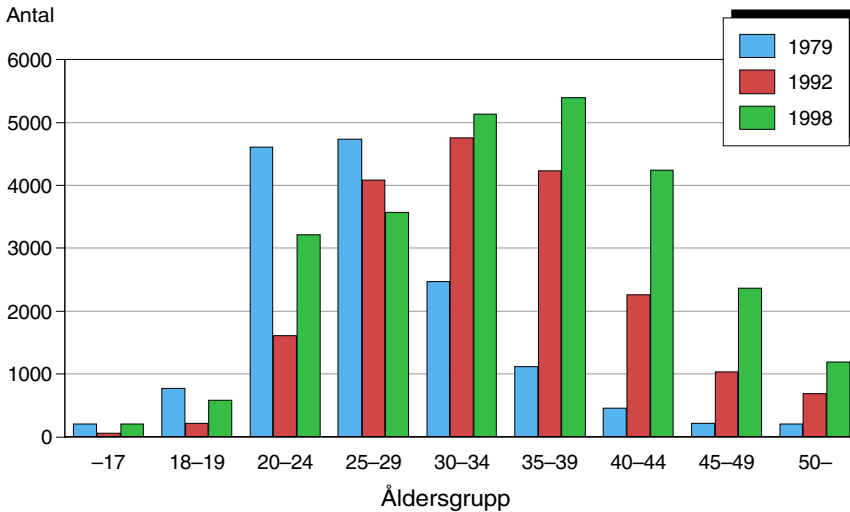


Diagram 24. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare 1979 (N=15 000), 1992 (N=19 000) och 1998 (N=26 000). (Tabell 63)

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 angetts ha cannabis som dominerande medel har minskat kraftigt, från 33% 1979, 17% 1992 till 8% 1998. Andelen som använt cannabis senaste 12 månaderna var 61, 66 respektive 54%.

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. Längre fram i detta avsnitt redovisas uppgifter om den regionala fördelningen av det tunga missbruket enligt dessa studier.

Utvecklingen enligt indikatorer

I följande avsnitt görs ett försök att analysera narkotikautvecklingen med hjälp av befintliga indikatorer.

Perioden 1965–1969 kan ses som det ”moderna” narkotikamissbrukets etableringsfas. Under perioden ökade missbruket påtagligt enligt tillgäng-

liga uppgifter. Några indikatorer som pekar på detta är bl a anmälda narkotikabrott och narkotikabeslag (tabellerna 64 och 69). Den topp som brottsanmälningarna uppvisade 1969 återspeglar dock inte bara ett ökande narkotikamissbruk utan också effekterna av den nya narkotikastrafflagen och de utökade polisresurserna, dvs ett resultat av samhällets ökande intresse för frågorna med åtföljande resursförstärkning för bl a kontroll.

Under de första åren av 1970-talet förefaller det som om utvecklingen stabiliserades. Antalet fall av hepatit minskade t ex påtagligt mellan 1972 och 1973 (tabell 84), vilket skulle kunna vara ett tecken på ett stabiliserat injektionsmissbruk. Vidare låg den narkotikarelaterade dödligheten t o m 1977 på en relativt jämn och låg nivå (runt 35 avlidna per år enligt tabell 88).

Under andra hälften av 1970-talet förefaller nyrekryteringen enligt flertalet indikatorer ha ökat på nytt, man kan t ex notera en markant ökning av den narkotikarelaterade dödligheten (till runt 80 dödsfall årligen). Vidare inträffade en topp i antalet hepatitsmittade 1975–1977. Detta hänger sannolikt samman med att heroinet under denna tid blev allt vanligare, vilket också illustreras av att heroinbeslagen började öka (tabell 68).

I diagram 25 visas utvecklingen för antalet narkotikabeslag, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, genom att tidsserierna indexerats med år 1985 satt till 100 (tabellerna 64, 72 och 88).

Framförallt de kriminalstatistiska uppgifterna visade en mycket påtaglig

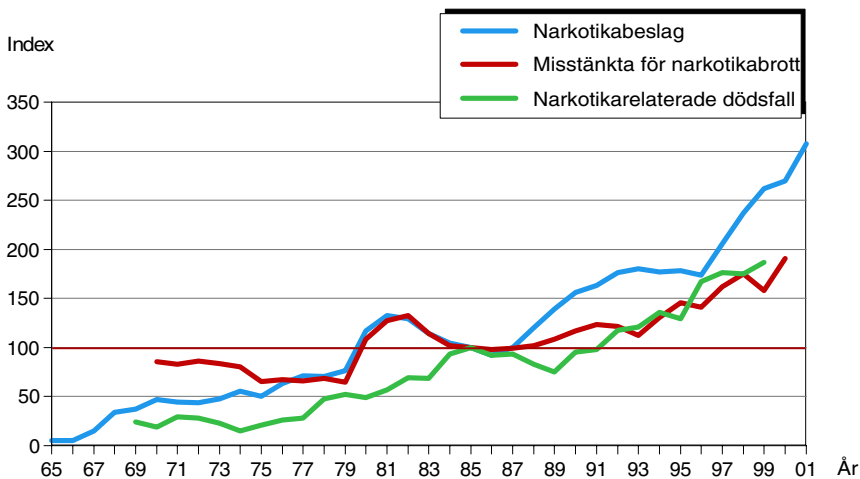


Diagram 25. Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott samt antalet narkotikarelaterade dödsfall. 1965–2001. Index 1985=100. (Tabellerna 64, 72 och 88)

topp under början av 1980-talet. Antalet anmälda brott mot narkotikastrafflagen ökade (tabell 69), liksom antalet personer misstänkta för narkotikabrott. Av diagrammet framgår också att antalet narkotikabeslag steg kraftigt (tabellerna 64–68). Även de narkotikarelaterade dödsfallen ökade, liksom antalet narkotikamissbrukare inom kriminalvården (tabellerna 79, 80 och 81).

Som tidigare nämnts kan beslags- och rättsstatistiska uppgifter i hög grad spegla omfattningen av myndigheternas arbetsinsatser och inriktning. Under den aktuella perioden skedde flera förändringar av betydelse för polisens och tullens arbete mot narkotika. Polisen fick under denna period också vidgade resurser (se t ex tabell 69) och inriktade i ökad utsträckning sina insatser mot de senare leden i distributionskedjan (Kassman 1998). Detta ledde till fler beslag, fler misstänkta personer och fler uppdragade brott, samtidigt som mängderna och brottens allvarlighetsgrad tenderade att minska (se även Solarz 1983). Av tabell 72 framgår att andelen misstänkta för innehav ökade något under 1980-talet (från 79 till 85%) medan andelen misstänkta för överlåtelse minskade (från 40 till 30%).

Senare under 1980-talet talar flera av indikatorerna för att nyrekryteringen till allvarligare former av narkotikamissbruk avmattades. Till exempel minskade antalet narkotikabeslag, antalet anmälda narkotikabrott och antalet misstänkta för narkotikabrott. Uppbromsningar skedde för narkotikalagföringar och narkotikarelaterade dödsfall. Dock gäller för flertalet av källorna att nivåerna under andra halvan av 1980-talet var högre jämfört med 1970-talet.

Flertalet indikatorer pekar på att utvecklingen under 1990-talet varit mindre gynnsam. Till exempel har antalet individer som slutenvårdats för narkotikarelaterade diagnoser under ett visst år mer fördubblats mellan 1987 och 2000, från ca 1 800 personer till 4 500 (diagram 28 och tabell 82). Även den narkotikarelaterade dödligheten har fördubblats under perioden, från 143 avlidna 1990 till 280 år 1999 (tabell 88 och diagram 30). Antalet avlidna yngre än 30 år varierade omkring 40 personer 1990–1998, men uppgick till hela 60 under 1999.

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 iakttagas p g a ändringar i diagnosklassificeringarna, senast detta skedde var 1997 (se även tabellkommentarerna). För hepatit C gäller att antalet smittade intravenösa missbrukare halverats sedan 1990-talets början, då sådan diagnos blev möjlig, till ca 1 300 år 2001. Även antalet intravenöst hiv-smittade missbrukare minskade successivt under 1990-

talet, från 43 personer 1990 till 17 stycken år 2000. År 2001 utgör dock ett negativt trendbrott med 36 smittade missbrukare anmälda.

Antalet narkotikabeslag av tull och polis uppgick till dryga 19 000 år 2001, vilket är en fördubbling jämfört med 1990 (tabell 64 och diagram 25). Antalet heroin- respektive sömnmedelsbeslag tredubblades, men även de redan omfattande amfetaminbeslagen uppvisade också en kraftig ökning (se diagram 31 och 32).

Antalet personer misstänkta för narkotikabrott har ökat med över 60% mellan 1990 och 2000 och uppgick till ca 12 500 det sistnämnda året (tabell 72). Huvudsakligen var det de lindrigare brotten innehav respektive eget bruk av narkotika som stod för ökningen och antalet grövre brott har varit oförändrat. Antalet misstänkta för narkotikasmuggling har i princip halverats under samma period och uppgick till knappt 600 år 2000.

En tillfällig topp i antalet lagföringar inkluderande narkotika som huvud- eller bibrott nåddes åren 1981–1982, med närmare 8 200 lagföringar (tabell 73). Sedan 1987 (6 208 lagföringar) har dessa mer än fördubblats och uppgick till ca 13 500 år 2000. Mellan 1975 och 1993 minskade andelen lagförda för narkotikabrott som var under 25 år, från 67 till 20%. Därefter har de yngsta ökat och motsvarade 35% år 2000 (diagram 26 och tabell 73). Detta motsvarar en tredubbling av de yngsta i absoluta tal, från ca 1 500 till över 4 500. Antalet lagförda över 40 år utgjorde 3% år 1975, 12% år 1990 och 22% år 2000. Sistnämnda året motsvarade det ca 2 900 personer.

Av diagram 26 och tabellerna 75–77 framgår att de yngre ökat något i andel under senare delen av 1990-talet i de redovisade preparatgrupperna. Det procentuella tillskottet av dem under 21 år har varit störst för cannabis. Lagförda för centralstimulantia respektive opiater är äldre, och trendbrottet med en större andel yngre är inte lika tydligt och kom något senare jämfört med cannabis. År 2000 var 23% av de opiatlagförda 24 år eller yngre, jämfört med 15% 1990. I absoluta tal har gruppen fyrdubblats.

Mot ovanstående kriminal- och rättsstatistiska uppgifter skall ställas de lagändringar som gjordes 1993 för att lättare kunna detektera eget bruk samt att antalet poliser sysselsatta med narkotikabrott ökade under åtminstone första hälften av 1990-talet (tabell 69). Till exempel uppgick antalet narkotikaprovtagningar på personer misstänkta för eget bruk till ca 6 400 1994 och till 11 900 år 2001. Sådana, och andra förhållanden, kan delvis förklara ökningarna i kriminalstatistiken.

Antalet narkotikamissbrukare som var föremål för kriminalvård den 1 april 2001 inom frivården utgjorde 4 400 personer. Sedan 1970-talet, då motsvarande antal låg runt 2 500, har det skett en successiv ökning (tabell 79). Även antalet missbrukare i anstalt har enligt dessa tvärsnittsupp-

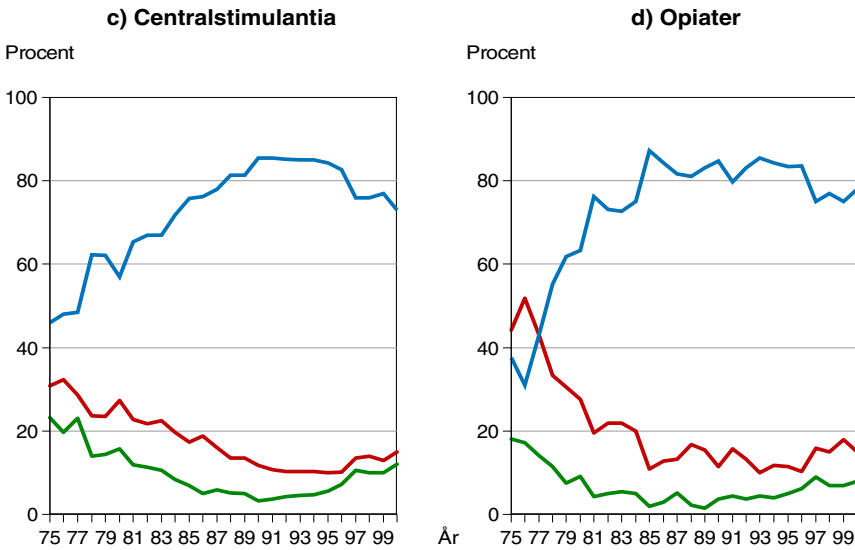
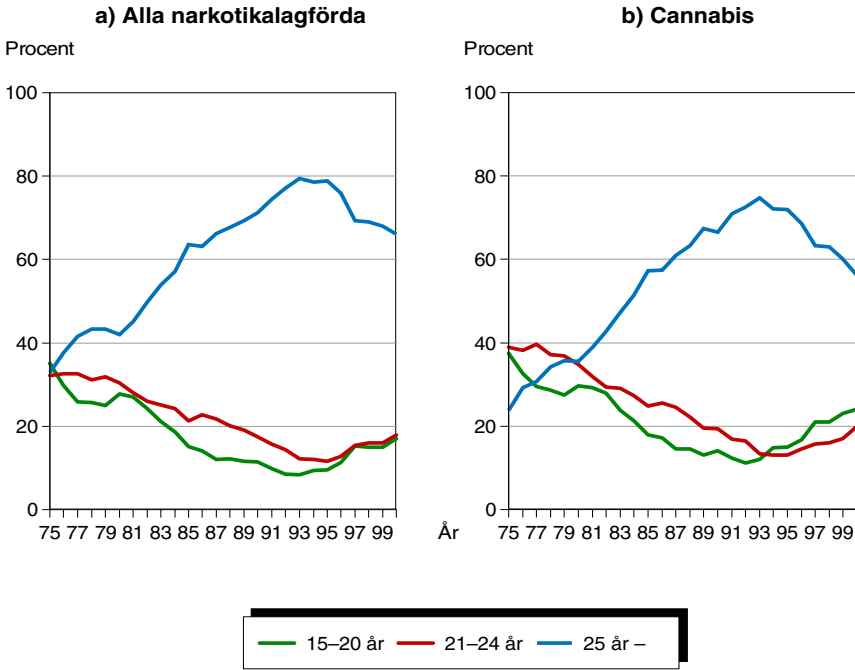


Diagram 26. Fördelningen på olika åldersgrupper av a) narkotikalagförda (NSL och VSL) respektive andelen som dömts för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) när brottet gällt b) cannabis, c) centralstimulantia, d) opiater. 1975–2000. (Tabellerna 73 och 75–77)

gifter ökat. På 1970-talet låg det årliga genomsnittet missbrukare i fängelse runt 1 100, medan antalet hade ökat till 1 900 år 2001 (tabell 80). I relativa tal har ökningarna varit ännu större, i och med att antalet icke missbrukare inom kriminalvården ökat i mindre omfattning.

Enligt tabell 81 intogs under 2001 totalt ca 9 300 individer på anstalt under detta år. Sextio procent av dessa bedömdes vara narkotikamissbrukare, varav tre fjärdedelar bedömdes vara grava missbrukare. I början av 1990-talet bedömdes endast ca 30% av de intagna vara narkotikamissbrukare. Ökningen beror mer på att totala antalet intagna minskat än att missbrukarna ökat i antal, även om dessa blivit ca 1 300 fler mellan 1988 och 2001.

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

Könsskillnader

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

Av tabell 73 framgår att andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott 1975–1999 har legat tämligen stabilt runt 14%. Andelen kvinnor som sjukhusvårdats för narkotikamissbruk mellan 1987 och 1999 har också varit tämligen stabil, men högre (knappt 30% enligt tabell 82). Andelen var i stort sett densamma bland alla intravenösa missbrukare som inrapporterats som hiv-smittade t o m 2000 (29% enligt tabell 85). Av tabell 88 framgår att mellan 1969 och 1999 har andelen kvinnor bland de narkotikarelaterade dödsfallen i genomsnitt utgjort 28%, med något högre andelar på 1980-talet (runt 30%) och något lägre på 1990-talet (ca 23%).

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 och dödlighet.

Regionala skillnader

Framförallt när det gäller tyngre former av narkotikamissbruk förekommer stora regionala variationer. Nedan redovisas data som belyser utvecklingen i storstadsområdena och i övriga landet. I huvudsak används upp-

gifter från 1998 års case-findingstudie, vilken även tar upp utvecklingen sen slutet av 1970-talet (diagram 27).

Historiskt går det att urskilja två faser under vilka narkotikamissbruket utvecklats i landet. Den första etableringsfasen går att härleda till andra halvan av 1960-talet och under denna period spred sig missbruket först och främst i storstadsregionerna och vissa större orter. Med varierande fördröjning spreds sen missbruket till mindre kommuner, om än i olika grad. Generellt kan sägas att 1980-talet innebar en minskning i nyrekryteringen till tyngre missbruk medan nyrekryteringen åter tog fart under 1990-talet, även om vissa regionala variationer förekommer.

Stockholm

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

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

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

Malmö

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

Narkotikautvecklingen

Antal per 100 000 inv

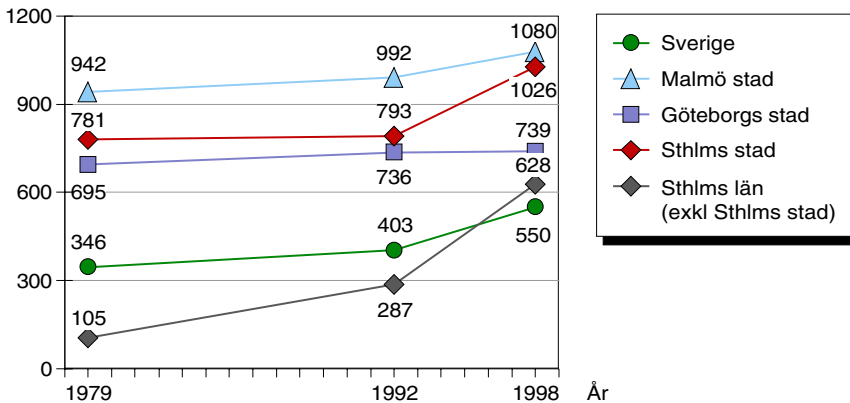


Diagram 27. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Sverige, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad. 1979, 1992 och 1998.

Källa: Olsson et al (2001).

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

Malmö har alltsedan 1970-talet, satt i relation till befolkningen, haft den största förekomsten av tungt missbruk. Under 1990-talet ökade missbruket från en således redan hög nivå (diagram 27). År 1998 låg det uppskattade antalet tunga missbrukare i storleksordningen 1 600 personer för Malmö kommun. I Brottsförebyggande rådets ”Narkotikastatistik” (Brå 2001) kan man konstatera att Skåne är det län som har flest narkotikalagförda i förhållande till folkmängden (219 per 100 000). Utöver detta är, kanske föga förvånande, Skåne den region där smuggling av narkotika är vanligast. Under en följd av år har regionen stått för runt 60% av de personer som misstänkts för narkotikasmuggling (tabell 70).

Göteborg

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

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

Något som delvis motsäger utvecklingen enligt Max-studien är den narkotikarelaterade sjukhusvården. I absoluta tal fördubblades antalet utskrivningar under 1990-talet och 2000 härrörde 15% av det totala antalet utskrivningar i landet från regionen ifråga (tabell 83). En möjlig förklaring till ökad vårdefterfrågan skulle kunna vara ökad förekomst av heroin. Göteborg har tidigare kännetecknats av att heroin var relativt ovanligt medan det blivit allt vanligare under de senaste åren. Data från patientregistret visar att de som vårdats för opiatberoende mot slutet av 1980-talet var runt 5% av det totala antalet vårdade med diagnosen narkotikaberoende. Under den senare delen av 1990-talet hade denna kategori ökat till mellan 15 och 20%.

Övriga landet

I Brottsförebyggande rådets ”Narkotikastatistik” redovisas regionala fördelningar av lagförda personer med avseende på narkotikabrott. Med de begränsningar som finns när det gäller kriminalstatistiken (se metodkapitlet) går det ändå att se ett mönster. Till exempel står storstadslänen för en relativt konstant andel på två tredjedelar mellan åren 1988–2000. Med tanke på att knappt hälften av landets befolkning är bosatt i något av storstadslänen så kan man notera en överrepresentation härvidlag (Brå 2001).

Även om mycket tyder på en koncentration av tungt missbruk till storstäderna så innebär det inte att utvecklingen över tid sett annorlunda ut i övriga delar av landet. Max 1998 visar på låg nyrekrytering under 1980-talet och en kraftigare ökningstakt mellan 1992 och 1998 i storstadslänen såväl som i övriga län. Data som tyder på en ökning utanför storstadsområdena är t ex utskrivningar i narkomanidiagnoser. Mellan åren 1987 och 1996, härrörde 20–25% av slutenvårdsutskrivningarna från kommuner som inte tillhörde något av de tre storstadsområdena. De fyra senaste åren har denna andel varit i genomsnitt 33% och i absoluta tal har antalet fördubblats mellan 1996 och år 2000 (tabell 83).

Sociala faktorer

Det är med drogmissbruk som med andra hälso- och sociala problem ytterst sällan fråga om en enskild bakomliggande orsak. Orsakssambanden är komplexa och varierar dessutom på individ-, grupp-, och samhällsnivå. En individs droganvändning är således resultatet av en interaktion mellan in-

dividuedla egenskaper, familje- och milj6faktorer. 4ven genetiska, biologiska, s4v4l som personliga egenskaper spelar in. Det 4r t ex ingen tvekan om att drogmissbruk och kriminalitet h4nger samman, dvs bortsett fr4n att drogbruk 4r kriminellt i sig. Men trots att m4nga kriminella anv4nder droger och att m4nga missbrukare 4r kriminella s4 finns det gemensamma bakomliggande f6rklaringar s4som fattigdom, brist p4 framtida karri4rm6jligheter, d4ligt sj4lvf6rtroende och l4g social integration (UNDCP 2000).

Allts4 skiljer sig missbrukare som grupp sig fr4n icke missbrukare p4 ett antal omr4den. Detta utesluter inte att en enskild individ kan utveckla ett missbruk oavsett under vilka omst4ndigheter denne lever eller vilka personliga egenskaper han eller hon har, och det omv4nda g4ller givetvis ocks4. Solarz (1990) fann t ex ett signifikant samband mellan missbruk och ett antal sociala variabler. Om man rangordnar dessa faktorer blir ordningen f6ljande: bruk av andra droger, kriminellt beteende, relationen till f6r4ldrarna, skolprestation, personliga egenskaper och fritidsanpassning.

Ut6ver detta kan man t4nka sig att strukturella faktorer kan p4verka drog-situationen i ett samh4lle, bortsett fr4n sj4lva tillg4ngligheten av droger. En s4dan t4nkbar situation 4r den f6rvandling som det forna 6steuropa genomg4r. Det vakuum som uppst4r n4r de gamla v4rderingarna tappar i betydelse kan skapa en situation d4r de yngre anv4nder droger n4r den f6rr s4 strikta synen luckras upp.

En studie kring missbrukares levnadsf6rh4llanden under perioden 1987–1994 visade dessutom att narkotikamissbrukare 4r utsatta p4 s4 vis att n4r ekonomin i samh4llet f6rs4mras s4 drabbas denna avvikande grupp snabbare och h4rdare 4n m4nga andra. Mot slutet av 1980-talet hade trots allt en majoritet av missbrukarna (75%) en arbetsinkomst av n4got slag (dvs mer 4n 0 kronor per 4r). Runt 1990 f6rs4mrades den svenska ekonomin och 1994 hade bara h4lften av missbrukarna n4gon arbetsinkomst 6verhuvudtaget. Heroinmissbrukarna hade de mest problematiska levnadsf6rh4llandena (Svensson 2000).

Det finns tecken som tyder p4 att narkomanernas situation ytterligare f6rs4mrats sedan dess. Max-studien visade att 1998 hade 60% av de tunga missbrukarna en obefintlig anknytning till arbetsmarknaden och att den var d4lig eller begr4nsad f6r ytterligare 27%. Bostadssituationen bland missbrukarna var ocks4 oviss, 26% saknade bostad under hela eller stora delar av unders6kningsperioden (Olsson et al 2001).

Vård, sjuklighet och dödlighet

Vård

En omfattande utbyggnad av vård och behandling för narkotikamissbrukare har traditionellt varit ett kännetecken för svensk narkotikapolitik. Med den allt överskuggande ambitionen att uppnå varaktig drogfrihet har Sverige kommit att bygga mycket av insatserna på långvariga institutionsbehandlingar, medan insatser som inte ställer lika höga krav på missbrukarna att uppnå drogfrihet fått lägre prioritet (Folkhälsoinstitutet 1993). Under senare år har man dock kunnat notera en övergång från längre till kortare vårdtider inom institutionsvården, inte minst p g a introduktionen av den s k Minnesota-modellen. Det har också skett nedskärningar och vårdens omfattning svarar inte mot behovet, något som även gäller innehållet (SOU 2000:126).

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

Inom socialtjänsten är det nästan bara för tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som det går att urskilja uppgifter gällande just narkotikamissbruk. Statistiken över frivilligt intagna enligt socialtjänstlagen (SoL) särskiljer inte alkohol- respektive narkotikamissbrukare. Från det att LVM trädde ikraft år 1982 ökade antalet tvångsvårdade en viss dag varje år (den 1 november) med narkotika i sin missbruksbild från några enstaka personer under 1983 till runt 300 i mitten på 1990-talet, varefter antalet åter minskat till drygt 100 under senare år (tabell 33). Det är svårt att dra några slutsatser kring narkotikamissbrukets omfattning utifrån dessa uppgifter, vilka snarast sannolikt illustrerar en prioritering av öppenvården.

Inom sjukvården, som i Sverige inte varit särskilt omfattande när det gäller specialiserad narkomanvård, sker merparten av vården på särskilda narkomanvårdsavdelningar eller på psykiatriska kliniker. Avgiftningar och vård av psykiatriska komplikationer till följd av missbruket är de vanligaste insatserna. Antalet utskrivningar med diagnosen narkomani inom den to-

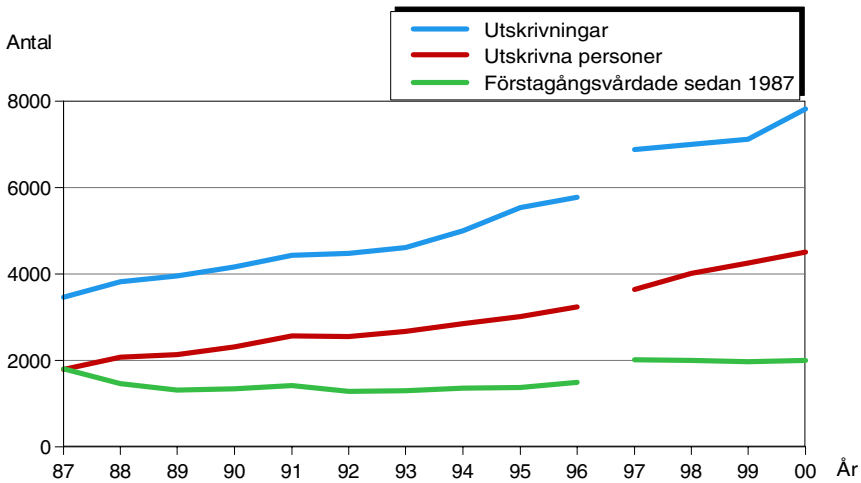


Diagram 28. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer och antal utskrivna personer för första gången sedan 1987, från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos. 1987–2000. (Tabell 82)

tala slutenvården (dygnsvård på öppna/frivilliga sjukhusavdelningar) har mer än fördubblats inom en 14-års period, något som även gällde antalet klienter (tabell 82 och diagram 28). 1987 skedde 3 500 sådana utskrivningar jämfört med 7 800 under 2000. Till dessa fall skall läggas infektionsklinikernas behandlingar av hepatit hos injektionsmissbrukare samt, i mindre omfattning, aids-sjuka narkomaner.

Ett mått på nyrekryteringen till tyngre former av missbruk är de som vårdats för första gången. Mot slutet av 1980-talet och under den första hälften av 1990-talet var antalet klienter mellan 1 300 och 1 500 per år. Sedan 1996 har antalet ökat och sedan 1997 ligger nivån runt 2 000. År 1997 infördes nya diagnosklassifikationer, vilket sannolikt förklarar den nya nivån sedan detta år (tabell 82 och diagram 28). Den uppgift som synes ha påverkats minst av ICD-kodsbytet är den gällande antalet årligen vårdade individer.

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

rigt. Idag har verksamheten utvidgats till att också gälla Stockholms län, Malmöhus län samt en vårdenhets inom Malmö kommuns sjukvård.

Kriminalvård

Samhällets mycket strikta syn på narkotika, och en i linje med detta sträng lagstiftning och rättstillämpning, leder till att många narkotikamissbrukare ofta döms till fängelsestraff eller andra påföljder. För att i någon mån kunna möta dessa missbrukares vårdbehov finns ett antal motivations- och behandlingsplatser på fängelserna. Skattningar vid årliga undersökningar den 1 april visar att antalet intagna narkotikamissbrukare ökat från drygt 1 100 under 1970-talet till drygt 1 700 år 2000, vilket är mer än hälften av samtliga intagna (tabell 80). Detta stämmer för övrigt väl överens med en specialstudie kring fångars levnadsvillkoren – 46% av de intervjuade fångarna uppgav att de var regelbundna användare av narkotika innan frihetsstraffets början (Nilsson och Tham 1999). Av missbrukarna befann sig drygt en tredjedel i någon form av rehabiliterande verksamhet mot narkotikamissbruk. År 2000 var 550 personer placerade i särskilda motivations- och behandlingsplatser på anstalterna och närmare 100 personer var placerade utom anstalt i enlighet med kriminalvårdslagens (KvaL) 34 §, oftast på behandlings- eller familjehem (Kriminalvårdsstyrelsen 2001a).

Inom kriminalvårdens frivård har ökningen av narkotikamissbrukare varit kontinuerlig sedan slutet av 1960-talet och antalet uppgick till drygt 4 400 den 1 april 2001 (tabell 79). Sedan 1988 kan narkotikamissbrukare som alternativ till att dömas till fängelse få hjälp för sina missbruksproblem genom s k kontraktsvård. Det innebär att missbrukaren döms till skyddstillsyn med särskild föreskrift enligt en behandlingsplan. I domen anges vilket fängelsestraff personen skulle ha fått om fängelse utdömts. Vid misskötsamhet kan domen ändras till fängelse i en ny rättegång. Omkring hälften av de personer som fått kontraktsvård har varit narkotika- eller blandmissbrukare. Placering på behandlingshem är den vanligaste vårdformen (Ahlberg 1996). Antalet kontraktsvårdsdomar ökade från strax under 500 budgetåret 1992/93 till nära 1 400 under 2000 (Kriminalvårdsstyrelsen 2001b).

När en klient tas in i anstalt sker en bedömning huruvida denne är narkotikamissbrukare eller ej. Bedömningen delas in i klasserna gravt narkotikamissbruk, narkotikamissbruk och inget narkotikamissbruk. I absoluta tal ökade kategorin gravt missbruk från runt 2 700 årligen intagna i början av 1990-talet till ca 4 200 år 2001. Kategorin övrigt missbruk har varit relativt oförändrad i antal samma period. Andelsmässigt står narkotikamissbrukarna för en allt större andel av de intagna. Den viktigaste förklaringen till detta står att finna i det faktum att alternativa straffformer (främst intensivövervakning eller s k elektronisk fotboja) kommit i bruk och att icke missbrukare oftare får sådana påföljder än missbrukare.

Smittsamma sjukdomar

Användning av narkotika är av olika skäl förenat med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder narkotikamissbruk till allvarliga fysiska eller psykiska komplikationer och i värsta fall till döden. Det är sedan länge känt att sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större än för normalbefolkningen i motsvarande åldrar. Orsakerna är flera, men de kan schematiskt indelas i tre grupper: komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter, administrationssättet, dvs 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 mycket utbrett blandmissbruk, användning av orena sprutor, samt allmänt svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld.

Det finns relativt lite systematisk information eller statistik som speglar narkotikamissbrukares sjuklighet och dess förändring över tid. Detta beror främst på att det inte går att skilja ut missbrukarna ur statistiken över sjukdiagnoser (bortsett från diagnosen narkomani i sig själv). Smittskyddslagens bestämmelser gör dock att uppgifter om antalet fall av hepatit (gulsot) och hiv där injektionsmissbruk gett upphov till smittan finns tillgängliga (tabellerna 84–86).

Den numera vanligaste formen av gulsot bland narkomaner är hepatit C (HCV). Denna hepatitform identifierades 1989 och gick tidigare under benämningen ”NonAnonB”. Närmare 80% av de som smittas blir kroniska bärare av viruset och utav dessa beräknas ca 20–30% utveckla levercirrhos inom loppet av 10–20 år. Även vissa former av levercancer är förknippade med HCV-smitta. 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 men så har även det totala antalet anmälda fall. Omkring två tredjedelar av samtliga HCV-fall utgörs av injektionsmissbrukare, en andel som varit ganska konstant hela 1990-talet. Totalt har drygt 21 000 personer vilka smittats via intravenöst missbruk, anmälts till Smittskyddsinstitutet sedan 1990 (tabell 84). Vissa studier tyder på att så mycket som 90% av narkomanerna bär på HCV-virus (se t ex Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen 1999).

Hepatit B, den klassiska ”kanylgulsoten”, är idag av betydligt mindre omfattning än hepatit C. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga hepatit B-fall har under 1990-talet varierat mellan omkring en tredjedel och hälften. Totalt diagnostiserades 215 hepatit B-fall under 2001, varav 119

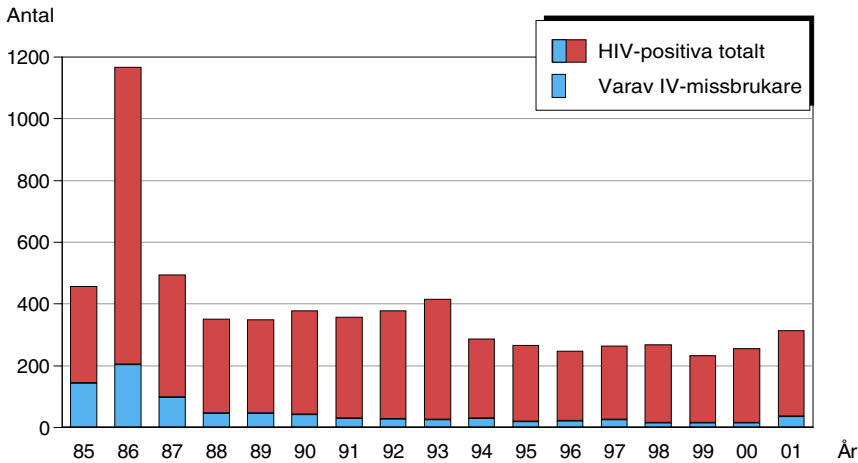


Diagram 29. Antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer per år totalt samt antal intravenösa missbrukare. 1985–2001. (Tabell 85)

var injektionsmissbrukare. Motsvarande siffror för hepatit C var 1 970 respektive 1 269.

Den smitta och sjukdom som under de senaste 10–15 åren mest förknippats med injicerande narkotikamissbrukare är hiv och aids. De första hiv-positiva injektionsmissbrukarna diagnostiserades 1985, många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt anmälda hiv-positiva injektionsmissbrukare rapporterades därför redan under 1985 och 1986 (totalt närmare 350 fall enligt tabell 85 och diagram 29). Mellan 1987 och 2000 sjönk antalet fall mer eller mindre kontinuerligt, från ca 100 till något 20-tal fall per år. År 2001 utgjorde dock ett trendbrott eftersom 36 hiv-smittade missbrukare inrapporterades, d v s dubbelt så många som året innan. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga nyanmälda hiv-positiva personer har utgjort ca 10% de senaste 10 åren.

Antalet hiv-positiva narkotikamissbrukare är beroende av en rad faktorer. Den främsta riskfaktorn är självklart förekomsten av injektionsmissbruk, även om smittan överförs sexuellt också bland missbrukare. Beroende på hur sprutor och kanyler delas och används är det dessutom så att smittsamheten varit högre bland heroin- än bland amfetaminmissbrukarna. En rad andra faktorer spelar också in, t ex när smittan introducerades, utbyggnad och inriktning av narkomanvården och tillgång till rena sprutor. Sådana faktorer, tillsammans med det faktiska antalet injektionsmissbrukare, förklarar skillnaden i antalet hiv-smittade missbrukare i olika regioner (tabell 86). Stockholms län stod under perioden 1985–2000 för omkring tre fjärdedelar av alla hiv-smittade injektionsmissbrukare i landet, och låg till stor del bakom den totala uppgången 2001.

Dödlighet

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är hög. Undersökningar i Stockholms län har påvisat en dödlighet bland sjukhusvårdade narkotikamissbrukare som är mer än 5 gånger så hög som i motsvarande normalbefolkning med samma ålders- och könsfördelning. Vid motsvarande jämförelse hade heroinmissbrukarna en 16 gånger och amfetaminmissbrukarna en 8 gånger så hög överdödlighet (Tunving, Olsson och Krantz 1989). Den årliga totala dödligheten bland amfetaminmissbrukare uppskattas till omkring 1,5–2% per år, medan motsvarande siffra för heroinmissbrukare i Sverige är 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 2000).

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.

Socialstyrelsens (tidigare SCBs) offentliga statistik över dödsorsaker presenterar uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet. Dessa är de enda publicerade data som speglar en längre tidsperiod för hela riket. Det som redovisas är antal dödsfall till följd av s k ”narkomani” eller till följd av ”förgiftning med narkotiska ämnen” (se bilaga 2). Ett narkotikarelaterat dödsfall innebär inte att den som avlidit måste ha varit narkotikamissbrukare, även om så ofta är fallet. Det kan ibland vara fråga om unga personer som vid ett enstaka tillfälle experimenterat med narkotika och drabbats av följdverkningar eller olyckor vilka lett till döden. Det kan också vara personer vilka, legalt eller inte, använt narkotikaklassade läkemedel och avlidit. Det behöver inte vara så att döden inträffar som en direkt följd av användningen, även andra dödsorsaker kan klassas som narkotikarelaterade om substanserna påträffas vid en obduktion. Ofta skiljer man därför på narkotikarelaterade dödsfall, där baspopulationen är hela befolkningen, och dödlighet bland narkomaner där baspopulationen utgörs av narkotikamissbrukare, t ex en vårdkohort. Antalet narkotikarelaterade dödsfall påverkas både av hur stort missbruket är i befolkningen och av dödligheten bland missbrukarna.

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. I tabell 87 redovisas dödsfall där den underliggande dödsorsaken varit narkotikaberoende. Dessa fall, som är färre än de som redovisas i tabell 88, har en starkare koppling till missbruket i sig och

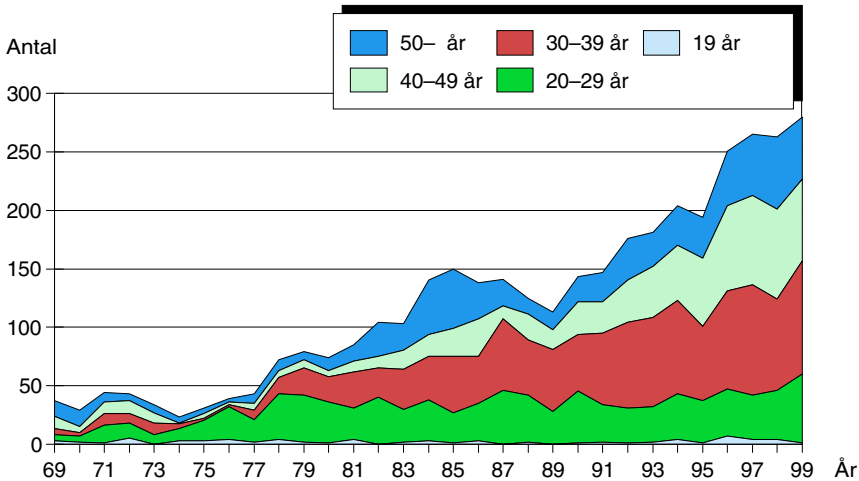


Diagram 30. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på åldersgrupper, 1969–1999. (Tabell 88)

innehåller till stor del överdoser. Den kraftiga uppgången 1987 och den kraftiga nedgången 1997 i tabellen måste åtminstone delvis tillskrivas de revisioner av dödsorsaksklassifikationerna som genomfördes dessa år. Några sådana uppenbara effekter framträder inte om bidragande diagnoser inkluderas, enligt tabell 88.

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå (tabell 88 och diagram 30). Därefter har antalet fall successivt ökat, bl a beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige och på en allt större sårbarhet och sjuklighet hos en åldrande missbrukspopulation. Under den senare hälften av 1980-talet skedde en minskning, sannolikt som en följd av en minskad nyrekrytering till tyngre missbruk. Sedan dess har dock antalet dödsfall ökat påtagligt och 1999 dog 280 personer en narkotikarelaterad död. Antalet dödsfall detta år bland dem under 30 år (60 stycken) var högre än något tidigare år. Detsamma gällde även för åldersgruppen 20–29 år.

Olika narkotiska preparat

Det finns flera aspekter på preparatutvecklingen. En aspekt är utvecklingen bland olika användargrupper (t ex experimenterande ungdomar eller tunga missbrukare). En annan är tillgången mätt som beslag av polis och tull, något som i sin tur sammanhänger med misstänkta och lagföringar där man kan skilja ut vilket preparat som varit aktuellt. Även information om gatupriser kan ge indikationer om tillgången på ett visst preparat. Andra

data speglar vård relaterat till specifika droger. Det bör framhållas att bilden kan variera beroende på vilken aspekt man fokuserar, exempelvis så får olika preparat olika konsekvenser i form av vårdbehov.

Cannabis

Cannabis är den vanligaste narkotikasorten. Det är också det medel som oftast förekommer i samband med tillfällig/experimentell/mindre regelbunden användning bland ungdomar och yngre vuxna. En stor del av detta missbruk förblir oupptäckt varför det kan vara svårt att tolka de data som föreligger.

Tullens och polisens beslagsstatistik (diagram 31 och 32) visar att antalet cannabisbeslag ökade mycket kraftigt mot slutet av 1970-talet. Därefter fluktuerade de under en längre period och var lika många 1998 som 1980 (ca 6 000). Därefter har dock en uppgång skett och 2001 gjordes ca 7 000 cannabisbeslag (tabell 65), dock var mängden (739 kilo) mindre än föregående år.

Mot slutet av 1970-talet och början av 1980-talet nådde antalet domar och strafförelägganden för cannabishantering en tillfällig topp. Mellan 1983 och 1997 låg antalet runt 3 200, men år 2000 hade cannabisdomarna ökat till ca 5 000. Andelen domar där cannabis ingick har legat närmare 45% sedan 1995 (tabell 78).

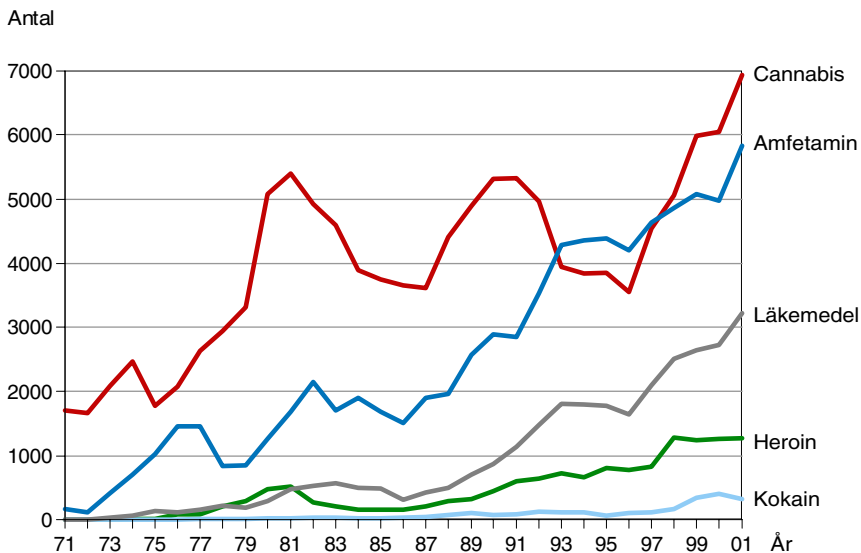


Diagram 31. Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin och kokain. 1971–2001. (Tabell 64)

Intervjuundersökningar om den allmänna befolkningens narkotikaerfarenhet visar att omkring 12% av befolkningen (15–75 år) någon gång provat narkotika (tabell 61). I nästan samtliga fall gäller detta cannabis. Detta motsvarar bortåt 800 000 personer. I motsvarande åldrar har det under samtliga år varit 1% som uppgett att de använt det senaste året (tabell 62). I undersökningen bland mönstrande 2001 uppgav 16% att de använt cannabis (marijuana eller hasch). Detta är en tredubbling sedan 1992 (tabell 59).

Centralstimulantia

Sedan centralstimulerande medel under 1960-talet började användas i större omfattning bland kriminella har det utgjort en stor del av injektionsmissbruket i Sverige. Antalet beslag och beslagtagna kvantiteter av centralstimulantia har hela tiden legat betydligt över antalet heroinbeslag. Enligt antalsräkningarna av tunga missbrukare (UNO resp MAX) minskade andelen med amfetamin som dominerande medel, från 48% 1979 till 32% 1998 (Olsson et al 2001).

Amfetaminets minskande dominans kan i viss mån även illustreras av beslagsstatistiken. På 1980-talet var antalet beslag av amfetamin åtta gånger större än för heroin, jämfört med fem gånger större under 1990-talet och fyra gånger för de två senaste åren (tabell 64). Samtidigt har dock amfetaminbeslagen ökat successivt sedan 1971 och uppgick till det högsta antalet någonsin (ca 5 800) år 2001, samtidigt som kvantiteten (240 kg) var den näst högsta någonsin (tabell 66).

Sedan mitten på 1970-talet har antalet personer som godkänt strafföreläggande eller som dömts för brott mot narkotikastrafflagen eller varusmuggningslagen, där centralstimulerande medel ingått, sakta men säkert ökat i antal. Andelsmässigt gäller att de centralstimulerande medlen utgjorde närmare hälften av de godkända strafföreläggandena eller domarna under andra hälften av 1970-talet. Andelen låg på 1980- och början av 1990-talet kring 30%, för att öka till ca 45% under slutet av 1990-talet (tabell 78).

Efter en nedgång under så gott som hela 1980-talet, ökade amfetaminanvändningen åter under 1990-talet bland de mönstrande. År 2001 uppgav drygt 3% att de använt amfetamin någon gång (tabell 59). Priserna i gatuledet är låga och har så varit under flera år. Priset i större städer ligger runt 200 kronor per gram, och närmare det dubbla på mindre orter (Kriminalunderrättelsetjänsten 2002).

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, fortsatte under 1990-talet och år 2001 uppgick de till drygt 300 (tabell 67 och diagram 32). De stora variationerna i mängden beslagtaget kokain beror främst på att enstaka större partier, avsedda för andra

Narkotikautvecklingen

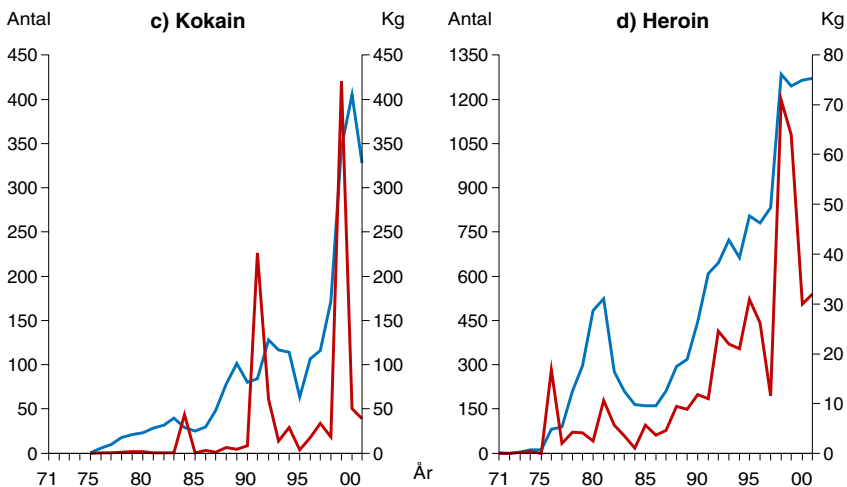
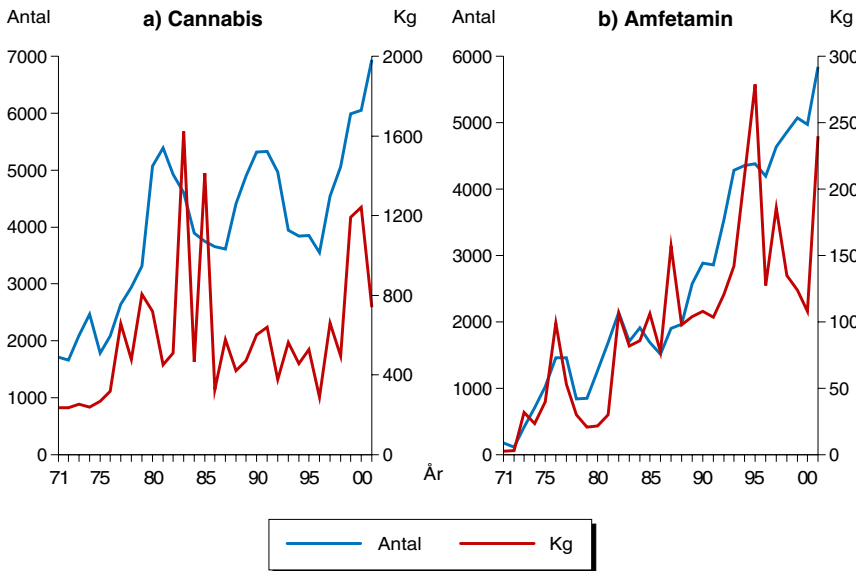


Diagram 32. Antal beslag och beslagtagna kvantiteter av tull och polis av a) cannabis, b) amfetamin, c) kokain och d) heroin. 1971–2001. (tabellerna 65–68)

marknader än den svenska, beslagtogs. Tex så beslagtogs 1999 398 av sammanlagt 414 kilo i tre containerbeslag i Göteborg.

Man kan i mönstringsundersökningen notera en liten ökning av andelen som svarat att de provat kokain. Andelen som var mycket låg 1992 (0,5%) hade tredubblats 2001 (tabell 59). Uppgången följer i stort den för övriga preparat men på en lägre nivå. Crack (kristalliserat kokain) som utgör ett

stort inslag i missbruket bland framförallt svarta och vissa andra etniska grupper i storstäderna i USA, har endast förekommit sporadiskt i Sverige.

Ett annat centralstimulerande preparat som fått en viss uppmärksamhet på senare tid är kat (*Catha edulis*). Detta är en växt som odlas i Östafrika, främst i länderna kring Röda havet. Farmakologiskt har drogen likheter med amfetamin, efedrin och kokain och är en färskvara – tiden mellan skörd och konsumtion kan högst vara 72 timmar. Kat narkotikaklassades i Sverige 1989. Kat används så gott som uteslutande av invandrare från Östafrika. Det förefaller inte som om drogen har någon större beroendepotential (Nordegren och Tunving 1997). Däremot kan kattuggandet få betydande sociala och ekonomiska konsekvenser för användaren då avsevärda mängder måste konsumeras för att någon effekt skall uppnås. En knippa ("marduff") om ca 160 gram kostar runt 100 kronor (Kriminalunderrättelsetjänsten 2002). Den beslagtagna mängden låg under 2001 på 3,5 ton fördelade på 285 beslagstillfällen, enligt samma källa.

GHB

GHB, eller gammahydroxibuturat som är det tekniska namnet, är även en kroppsegen substans. GHB ingår dessutom i vissa läkemedel och kan användas t ex vid vård av alkoholmissbrukare. Preparatet kan användas i missbrukssyfte och har i det sammanhanget fått stor uppmärksamhet. GHB är i grunden ett sömngivande preparat som i mindre doser kan ha euforiserande effekter men leder till medvetslöshet i större doser. Det snäva dosintervallet medför att en förhållandevis liten ökning av dosen kan leda till medvetslöshet, något som i sin tur kan leda till andningsför-lamning, och ytterst till döden.

Eftersom GHB endast varit narkotikaklassat i Sverige något år finns begränsat med data som belyser missbrukets omfattning och natur. I en intervjuundersökning i åldrarna 16–24 år som genomfördes år 2000, svarade totalt 2% att de någon gång använt GHB. Fördelat på kön var det nära 3% bland pojkarna och 1% bland flickorna. Cirka 1% hade gjort detta under det senaste året. Bland niondeklassare uppgav år 2000 1% att de provat GHB. Samma, och nästföljande år, uppgav ca 1,5% av de artonåriga mönstrande killarna att de provat medlet.

De regioner som främst förknippats med GHB-missbruk är Göteborg och Norrlandkusten. Ungdomsundersökningen från 2000 hade för litet urval för att tillåta nedbrytningar på regional nivå och kunde inte ge vägledning i saken. Däremot visar mönstringsundersökningen att nivåerna var högst i Västernorrland och Västra Götaland, med deras respektive omkringliggande län (tabell 21). År 2001 gjorde polis och tull 154 GHB-beslag om sammanlagt 47 liter.

Hallucinogener

De syntetiska drogerna fick under 1990-talet stor uppmärksamhet. Dels var det kopplingen till ungdomar och festande, dels är det den relativa enkelhet med vilken dessa preparat kan framställas (även om det är långtifrån så enkelt som det ibland görs gällande). Preparaten kan dessutom tillverkas nära sina potentiella köpare och behöver då inte smugglas långa sträckor eller korsa gränser.

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

Tillgängliga data tyder på att tillgången när det gäller ecstasy har ökat under 1990-talet. I början av 1990-talet uppgick antalet beslag endast till några tiotal per år. Under den senare hälften av 1990-talet var beslagen några hundratal. Statistiken för 2000 visar en kraftig uppgång och gällde 613 beslag om sammanlagt ca 89 000 piller. Vanligast var MDMA medan MDA och i synnerhet MDE stod för en klart mindre andel.

Enligt mönstringsundersökningen finns anledning att tro att LSD används i ungefär samma omfattning som ecstasy. Omfattningen av polisens och tullens LSD-beslag är dock mycket varierade och befinner sig på en låg nivå; 86 under 1997, 61 1998, 35 1999, 64 under 2000 och 35 under 2001.

I mönstringsundersökningarna har man sedan 1994 frågat om erfarenhet av ecstasy. Då svarade någon procent att de använt drogen, jämfört med drygt 3% 2001. LSD ökade till om 1998, men har sedan dess legat runt 2% (tabell 59).

Under 1997 narkotikaklassades i Sverige en hallucinogen svamp, toppskivling eller *Psilocybe semilanceata*. Året därpå klassades ytterligare en svamp *Psilocybe cubensis*. Svamparna innehåller ämnena psilocybin och psilocin, ämnen som i sig själva är narkotikaklassade enligt FN:s lista. Det är svårt att uttala sig om utbredning eller utveckling mot bakgrund av att de relativt nyligen blivit klassade som narkotika och därmed noterats som beslag. Under 2000 gjordes 68 beslag av svamparna. Sedan en fråga om hallucinogena svampar infördes i mönstringsundersökningen 2000 har 2% nämnt även denna drog (tabell 59).

Heroin och andra opiater

Under 1960-talet dominerades opiatmissbruket av råopium, vilket sedan ersattes av morfinbas. Under mitten av 1970-talet ökade beslagen av he-

roin samtidigt som beslagen av morfinbas och andra opiater minskade. Från och med 1976 är opiatmissbruk i stort sett liktydigt med heroinmissbruk. Grovt sett har heroinbeslagen ökat alltsedan mitten på 1970-talet. År 2001 gjordes närmare 1 300 beslag om sammanlagt 32 kilo (tabell 68 och diagram 32). Samma år togs 16 kilo opium vid 85 olika tillfällen.

Under 1980-talets senare del antas nyrekryteringen till heroinmissbruk ha varit liten. Under 1990-talet tycks denna positiva utveckling ha brutits, genom att framför allt vissa grupper av invandrare och socialt marginaliserade ungdomar börjat röka heroin (bl a enligt CANs regionala rapporteringssystem).

Sammantaget pekar flera uppgifter på att heroin har blivit vanligare under 1990-talet. Utvecklingen av antalet personer som antingen godkänt straffförelägganden eller dömts för brott mot narkotikastrafflagen, där opiater ingått, följer i stora drag samma utveckling som beslagen och dessa uppgick till ca 1 000 personer år 2000, jämfört med ca 300 1990 (tabell 78).

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

Dessutom förefaller det enligt mönstringsundersökningen som om heroin blev något vanligare bland yngre personer under 1990-talet. Andelen som nämnt att de prövat heroin fördubblades under perioden, dock från en mycket låg nivå, som ännu inte överstigit 1%.

Tillgången på heroin förefaller vara relativt god, något som beslagsstatistiken och gatupriserna vittnar om (Guttormsson et al 1999). Dessutom har heroinet fått en vidare geografisk spridning än tidigare, t ex till Göteborgsregionen och till Norrland (Kriminalunderrättelsetjänsten 2000).

Enligt vissa bedömare har det bruna sydvästasiatiska heroinet runt 90% av marknaden i Sverige. I Stockholm finns dock en marknad för vitt heroin och runt 60% av beslagen under 1999 gällde vitt sydostasiatiskt heroin. Ibland används begreppet rökheroin synonymt med brunt heroin vilket är något missledande. Flera typer av heroin går att röka, även s k vitt heroin (heroin No. 4). Det finns dock herointyper som inte är rökbara. Omvänt gäller att det som ofta kallas rökheroin, eller brunt heroin (heroin No. 3), som härstammar från Gyllene Halvmånen (innefattar östra Iran, Afghanistan, nordvästra Pakistan) kan injiceras, vilket är det vanliga i t ex Sverige. Detta kräver dock att en syra, t ex citronsyra, tillsätts för att heroinet ska bli lösligt i vatten.

Blandmissbruk

Det är vanligt att flera narkotiska medel används och det är också vanligt att missbruk av alkohol och lugnande medel förekommer tillsammans med narkotikamissbruket. Ibland missbrukas 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 det narkotikaklassade läkemedel med verksamma substansen flunitrazepam (t ex Rohypnol) förstärker effekten av heroin. Ibland förtärs tabletter i anslutning till att man injicerar heroin, i andra löses de tillsammans med heroinet för att därefter injiceras samtidigt. Blandningen är riskabel eftersom det finns risk för andningsförlamning.

Beslagen av narkotikaklassade läkemedel (av vilken en stor del är bensodiazepiner) låg på en förhållandevis jämn nivå under 1980-talet. Därefter ökade beslagens antal successivt för att år 2000 uppgå till 3 200 – det är närmare tre gånger så många beslag jämfört med heroin (tabell 64).

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

Under 1990-talet har de som godkänt strafförelägganden eller som dömts för brott mot narkotikastrafflagen, där ett medel ingått i lagföringen, stått för en allt mindre andel. Andelen som var 84% 1990, hade år 2000 minskat till 64% (tabell 74). Sannolikt förklaras utvecklingen delvis av utökade möjligheter att detektera flera medel – en följd av att polisen sedan 1993 kan ta blod- eller urinprov för att fastställa eventuellt bruk av narkotika.

Man kan även konstatera att den narkomanidiagnos som tar fasta på blandmissbruk (ICD-10 F19.1-F19.9) stadigt ökat sin andel av det totala antalet narkomanidiagnoser från slutenvården. Denna diagnoskategori utgjorde 1987 ca 14% för att fram till 1996 öka till ca 20% av det totala antalet narkomanidiagnoser. Enligt den nya sjukdomsklassifikationen ICD 10 (se bilaga 2) vidgades kategorin ifråga och ökningen var onekligen dramatisk med drygt 40% av samtliga narkotikarelaterade utskrivningar under 1998. Det är svårt att säga hur stor del av ökningen som är ett resultat av den nya klassifikationen, men andelen vårdade för blandmissbruk är under alla omständigheter betydande.

Narkotikasituationen i några andra länder

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

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

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

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

I USA utförs regelbundna undersökningar av skolelevers drogerfarenhet. Dessa ger vid handen att den uppgång som skedde under första hälften av 1990-talet brutits och att andelen elever i (motsvarande) årskurs 9 som prövat narkotika har uppgått till runt 46% mellan 1996–2001. Under första hälften av 1990-talet ökade andelen från 31 till 41%. I gymnasiets andra årskurs ökade andelen som prövat narkotika, från 41% 1992 till 54% 1997, och har därefter varit tämligen oförändrad. År 2000 svarade ca en fjärdedel i båda årskurserna att de använt narkotika de senaste 30 dagarna (Johnston et al 2002).

När det gäller vuxnas erfarenhet av narkotika i olika Europeiska länder finns en jämförelse i 2001 års rapport från EMCDDA (ECNN 2001).

Narkotikautvecklingen

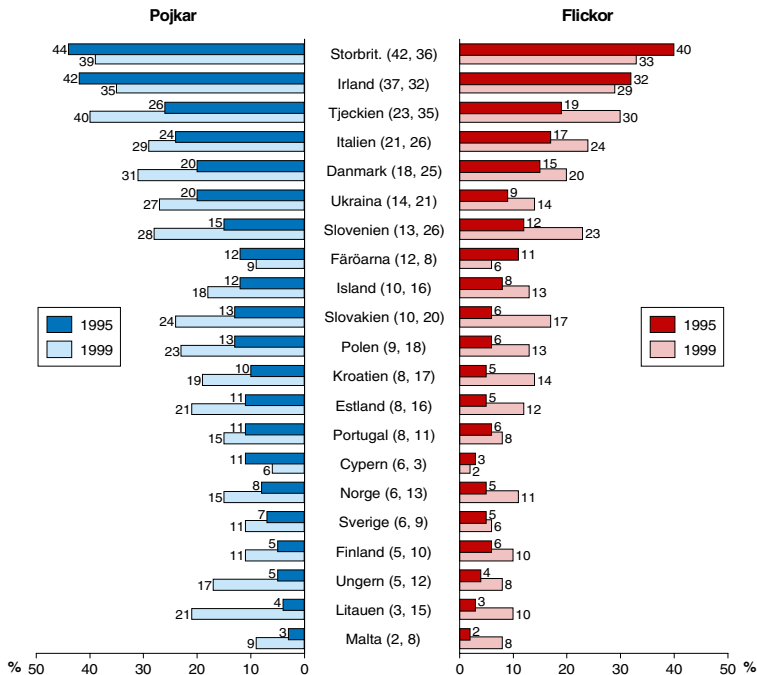
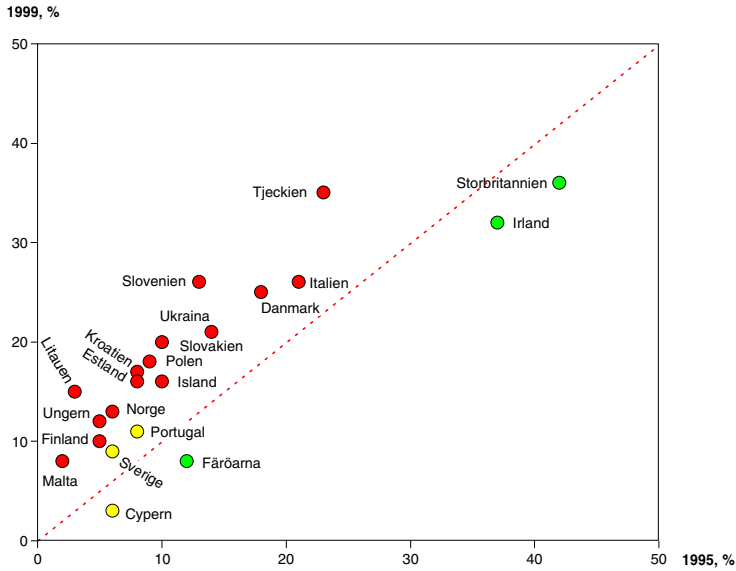


Diagram 33. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång prövat narkotika. 1995 och 1999.

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

Källa: Hibell et al (2000).

Bland de länder som ingick i jämförelsen var det framförallt Danmark och Storbritannien som redovisade högre nivåer (över 20% uppgav att de provat narkotika). De länder som redovisade lägre värden var Tyskland, Finland och Sverige (runt 10%). Flera europeiska stater har dock inte några aktuella undersökningar av denna typ.

Att jämföra olika länders tyngre missbruk, i relativa tal, eller i form av indikatorer som t ex narkotikarelaterad dödlighet är inte någon lätt uppgift. För det första skiljer sig missbruket åt, såtillvida att det är olika preparat som missbrukas på olika sätt, för det andra avspeglas synen på missbruket i valet av definitioner som använts i olika undersökningar. Det är dessutom så att skillnaderna ofta är större inom ett visst land, mellan stad och landsbygd eller olika regioner, än mellan olika länder.

I EMCDDAs rapport redovisas skattningar av det tunga missbrukets omfattning i ett antal olika länder. Data hänför sig till olika år respektive undersökningstyper och osäkerhetsintervallen är dessutom olika stora i olika länder. I rapporten anges dock att prevalensen av problematiskt missbruk förefaller vara högst i Italien, Luxemburg, Portugal och Storbritannien, med 5–8 problemmissbrukare per 1 000 invånare i åldern 15–64 år. Länder som redovisade missbruk av en mindre omfattning än genomsnittet var Belgien, Nederländerna och Tyskland, med 2–3 problemmissbrukare per 1000 invånare.

Referenser

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

Brå (2001). *Narkotikastatistik. Personer lagförda för narkotikabrott 2000*. BRÅ-rapport 2001:19. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

ECNN (2001). *Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen 2001*. Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapens officiella publikationer.

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

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

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

Guttormsson U, Helling S och Olsson B (1999). *Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet*.

MAX-projektet, delrapport 1. Rapportserie nr 55. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Guttormsson U, Hibell B och Pettersson B (1995). *Gymnasieelevers doping- och drogvänor 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, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevers drogvänor 2001*. Rapportserie nr 67. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2002). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2001*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kassman A (1998). *Polisen och narkotikaproblemet. Från nationella aktioner mot narkotikaprofitörer till lokala insatser för att störa missbruket*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Kriminalunderrättelsetjänsten (2000). *Narkotika- och dopingsituationen i Sverige. Rapport 2000:5*. Stockholm: Rikskriminalpolisen.

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

Kriminalvårdsstyrelsen (2001a). *Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2000*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

Kriminalvårdsstyrelsen (2001b). *Kriminalvårdens officiella statistik 2000*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.

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

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

Nordegren T och Tunving K (1997). *Droger A–Ö*. Borås: Natur och Kultur.

Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport nr 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Psykofarmakautvecklingen

Inledning

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

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

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

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

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

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

Försäljning av psykofarmaka

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

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

Lugnande medel och sömnmedel dominerar psykofarmakaförsäljning. Försäljningen av sådana medel (grupperna N05B och N05C) låg runt 64 DDD per 1 000 invånare och dag 1972–1986. Efter en minskning t o m 1991 var försäljningen nere i 54 DDD per 1 000 invånare och dag. Därefter har försäljningen ökat och uppgick år 2001 till 66 DDD per 1 000 invånare och dag. Den tillfälliga puckeln 1996 beror på hamstringseffekter till följd av ändringar i högkostnadsskyddet.

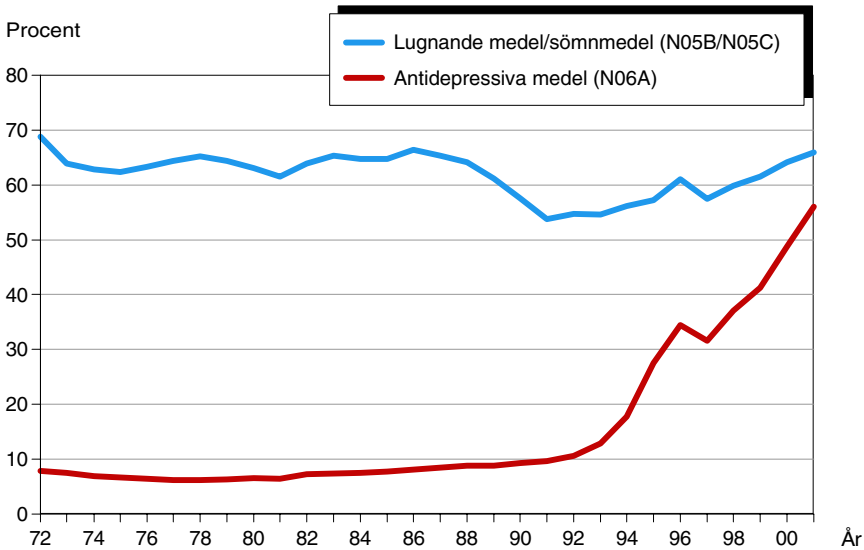


Diagram 34. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel respektive antidepressiva medel till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag, 1972–2001. (Tabell 89)

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

Antidepressiva medel (grupp N06A) har sin mest väldokumenterade effekt vid behandling av djupa depressioner (s k melankolier), men förskrivs även bl a vid andra depressiva tillstånd, panikångest samt olika fobier. Försäljningsstatistiken visar en svag uppgång under 1980-talet. Sedan början av 1990-talet är uppgången däremot påtaglig. Mellan 1990 och 2001 sexdubblades försäljningen, från 9 till 56 DDD per 1 000 invånare och dag. Ökningen kan nästan helt tillskrivas det medicinska genombrottet för de s k selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI). Ytterligare en ny generation av antidepressiva medel är under introduktion. De verkar, i likhet med de äldsta antidepressiva medlen, både på upptaget av serotonin och upptaget av andra signalämnen men saknar de äldre medlens biverkningar. Ännu har inget framkommit som tyder på att SSRI eller dess efterföljare har beroende- och missbrukspotential men det har inte heller utslutits.

Försäljning av narkotikaklassificerade läkemedel

De lugnande medel och sömnmedel som redovisades i diagram 34 och som är klassificerade som narkotika enligt förteckning IV-V respektive II (se bilaga 1) 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 (ex-tempore) förskrivningar till bl a patienter med mycket svåra cancer-smärtor ingår dock inte i redovisningen i tabell 90.

Försäljningsutvecklingen under perioden 1972–2000 för medel enligt förteckning II liksom IV/V framgår av diagram 35. I dessa grupper ingår lugnande medel och sömnmedel med potentiellt beroendeframkallande egenskaper. Förskjutningen från förteckning IV (enkelpreparat) till förteckning II under 2001 beror på att flunitrazepam flyttades till förteckning II detta år.

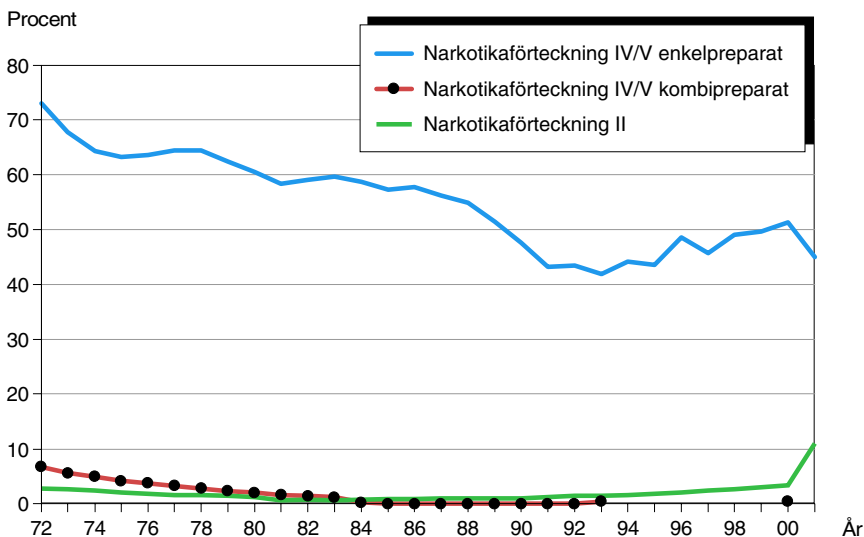


Diagram 35. Inleveranser av narkotika enligt förteckning II och IV/V. Antal DDD per 1 000 invånare och dag. 1972–2001. (Tabell 90)

Bruk av lugnande medel och sömnmedel

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

Sedan slutet av 1980-talet har SIFO/TEMO genomfört intervjuundersökningar om bruk av lugnande medel och sömnmedel i befolkningen 15–75 år (se metodkapitlet). Enligt dessa har andelen som använt lugnande medel och/eller sömnmedel någon gång under de senaste 12 månaderna varierat mellan 10% och 13% (tabell 91). 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.

Omkring 2% 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. Majoriteten av dem som använt dessa medel under senaste året hade gjort detta under kortare perioder.

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

Kön och ålder

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

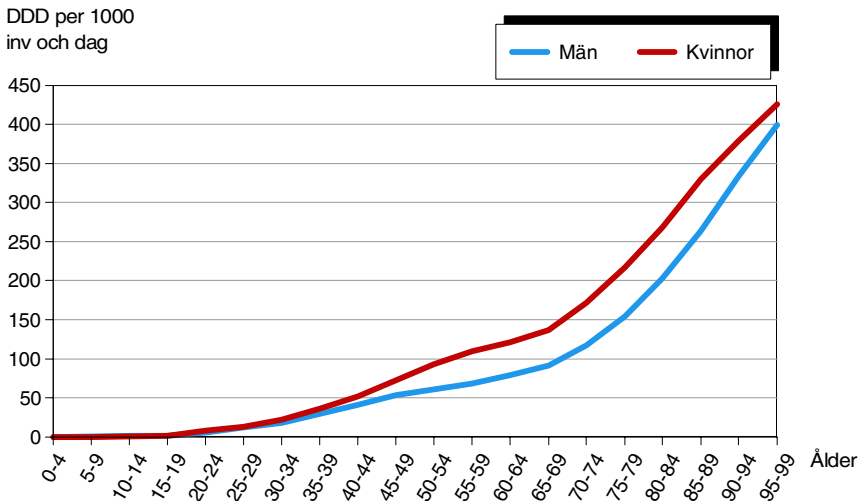


Diagram 36. Sömnmedel och lugnande medel (grupp N05B och N05C): Försäljning mot recept i antal DDD per 1000 inv och dag, efter ålder och kön, 2001. (Tabell 92)

Att kvinnor använder lugnande medel och sömnmedel i betydligt större utsträckning än vad män gör framgår också av Apoteket ABs stickprov från receptstatistiken över försäljning mot recept i antal DDD per 1 000 invånare och dag (diagram 36 och tabell 92).

Det sker enligt receptstatistiken en kontinuerlig ökning av förskrivningarna med stigande ålder. Skillnaderna mellan män och kvinnor är störst i åldersgrupperna mellan 45 och 74 år och båda könen har den i särklass största konsumtionen i de äldsta åldersgrupperna. En trolig 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 under de senaste 12 månaderna är också betydligt mer vanligt förekommande i den äldre åldersgruppen (50–75 år) i TEMO-undersökningarna. Detta gäller inte minst det dagliga eller så gott som dagliga bruket. Apoteket ABs receptstatistik ger samma bild.

Regionala skillnader

Försäljningsstatistiken över lugnande medel och sömnmedel uppvisar stora regionala variationer. I diagram 37 redovisas försäljningen av sömnmedel och lugnande medel för de fem län som hade den högsta respektive lägsta försäljningen 2001 (samtliga län redovisas i tabell 93). Jönköpings län hade den högsta försäljningen med 81 DDD per 1 000 invånare och dag. Den lägsta försäljningen redovisas för Norrbottens län med 48 DDD per 1 000 invånare och dag. Dessa två län innehade samma positioner även

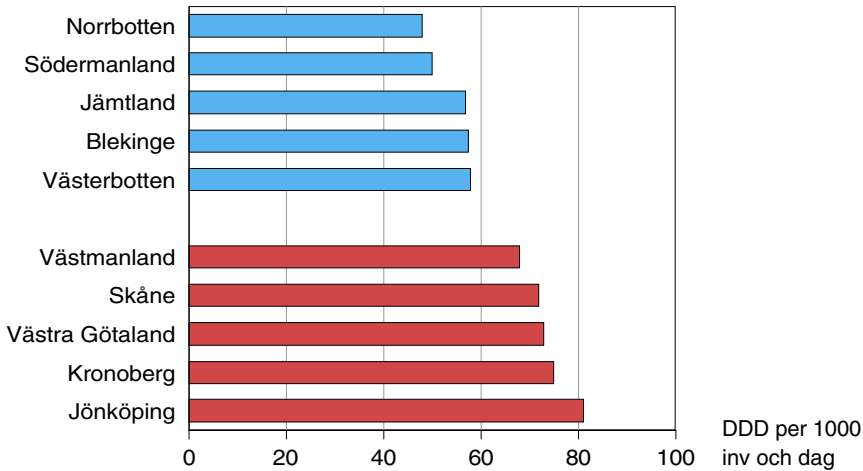


Diagram 37. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag år 2001 i län med låg respektive hög försäljning. (Tabell 93)

förra året, och i övrigt var det inte heller särskilt stora förändringar för andra län. Från TEMO-undersökningarna går det att skönja ett mönster i så måtto att användningen av lugnande medel och sömnmedel vanligen är större i de större städerna än i mindre orter.

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

Sociala faktorer

En rapport från NEPI (1996), där man utgick från undersökningar genomförda i Stockholms stad och Malmöhus län, visade att användare av bensodiazepiner som grupp skiljde sig påtagligt från icke-användarna. Bland användarna var fler arbetslösa, lågutbildade, förtidspensionerade och storkonsumenter av alkohol. Personer med en multipel sjukdomsbild och änkor tillhörde också denna kategori. Användningen var större i kommuner kännetecknade av hög frekvens sjuklighet, arbetslöshet, suicid, nedsatt hälsa och kortare medellivslängd. Detta kan sammanhånga med att de som lever under svåra socioekonomiska förhållanden lättare utvecklar oro, ångest och sömnlöshet. Undersökningar som gjorts i andra länder pekar i samma riktning (Lilja och Larsson 1998). Detta betyder inte att mönstret är detsamma överallt; en NEPI-studie i Jönköpings län visade ett klart annorlunda mönster än i Stockholm och Skåne.

Missbruk av lugnande medel och sömnmedel

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

Bensodiazepiner har förmåga att skapa beroende. Detta kan ske även vid låg dosering under lång tid. En NEPI-enkät i Jönköpings län tyder på att 60% långtidskonsumenter av bensodiazepiner anser sig vara beroende av medlen. Flunitrazepam (Rohypnol och dess synonymer) anses vara det mest missbrukade bensodiazepinpreparatet i Europa. Preparatet har också uppmärksammats i samband med våldsbrott (Dåderman och Lidberg 1999). Illegal insmuggling av vissa läkemedel är vanlig och ökar. År 2001 beslagtogs tull och polis ca 300 000 tabletter vid 3 200 beslagstillfällen (se tabell 64). Bensodiazepiner, särskilt flunitrazepam, utgjorde en stor del av dessa (38%).

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 nämligen visat säkerställd positiv effekt under mer än tre månader (NEPI 1996).

Referenser

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

Apoteket AB (2000). *Svensk läkemedelsstatistik, SLS, 1977...1999*. Stockholm: Apoteket AB.

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

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

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

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

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

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

6. Snifningsutvecklingen

Inledning

Sniffning blev vanligt under 1950-talet, främst bland yngre tonåringar. Förr var sniffning nästan alltid liktydigt med att man sniffade förtunningsmedel eller andra lättflyktiga kolväten, t ex toluen och xylen (finns i thinner), trikloretylen, bensen (finns i bensin), terpentin och aceton. Butan- och propangas, som används i cigarettändare, har emellertid fått ökad användning som sniffningsmedel under senare år, liksom aerosoler, vilka tjänstgör som drivgas i sprayburkar.

Sniffning kan ge skador på både kort och lång sikt. Risken för överdosering är stor och sniffningen kan leda till medvetlöshet. På längre sikt kan såväl skador på lever och njurar som hjärnskador uppkomma. Riskerna vid inandning av tändargas (butan) är något annorlunda och dödsfall har inträffat.

I januari 1961 trädde en kungörelse i kraft som förbjöd försäljning av thinner till personer under 18 år (SFS 1960:625). Sjutton år senare kom en ny förordning där det bl a sägs att flyktiga lösningsmedel ”skall förvaras på ett sådant sätt att dess användning i berusningssyfte hindras eller motverkas. Vara får ej försäljas, när det kan antagas att varan förvärvas för att användas som berusningsmedel” (SFS 1977:944). Senare har vissa smärre ändringar gjorts (SFS 1985:854). Enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870), kan tvångsvård beslutas, inte bara på grund av alkohol- eller narkotikamissbruk, utan även till följd av missbruk av ”annat liknande beroendeframkallande medel”. Det innebär att missbrukare av sniffningsmedel också kan tvångsvårdas.

Missbrukets omfattning

Ungdomar

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

I tabell 94 och diagram 38 redovisas andelen elever i årskurs 9 som har sniffat någon gång. Frågan har ändrats vid några tillfällen, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten. Bl a gjordes vissa förändringar av svarsalternativen 1973. Den stora minskningen i andelen som sniffat någon gång som noterades detta år hade emellertid påbörjats redan året innan, och fortsatte under hela 1970-talet, varför det är svårt att säga vilken betydelse förändringen hade. I samband med 1983 års undersökning gjordes en mer genomgripande förändring av frågan. Genom att hälften av eleverna besvarade den gamla och hälften den nya återges två värden för 1983 i diagrammet och tabellen.

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%. Därefter sjönk sniffningserfarenheten ytterligare och i 1990-talets början var nivåerna särskilt låga. I slutet av 1990-talet hade förvisso andelarna dubblerats, men därefter kan en viss nedgång ånyo skönjas.

I tabell 94 återges även hur många som sagt att de fortfarande sniffar. Frågan infördes 1986 och den närmaste tioårsperioden uppgav 1–2% detta, men sedan 1996 har andelarna varit 2–3%.

Thinner och andra lösningsmedel har minskat i betydelse som sniffningsmedel, medan butangas blivit vanligare. Av de elever som 1999 uppgav

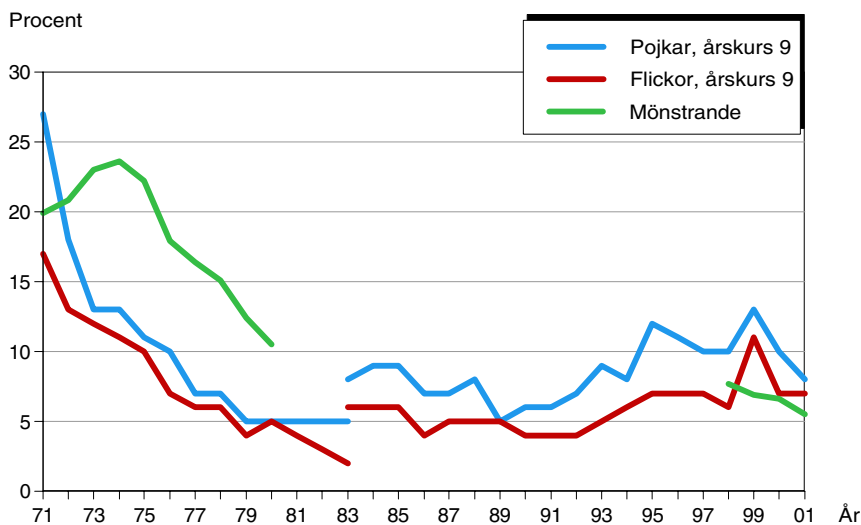


Diagram 38. Andelen elever i årskurs 9 respektive mänstrande som uppgett att de sniffat någon gång. 1971–2001. (Tabell 94 och 95)

vilka medel de använt, hade 47% använt lim/klister, 24% tändargas, 23% bensin och 7% hade använt andra lösningsmedel än de redan nämnda.

Mellan 1970 och 1980 tillfrågades de mönstrande om de någon gång sniffat och 1998 återinfördes frågan. Liksom för skoleleverna sjönk nivåerna relativt mycket mot 1970-talets slut och åren 1998–2001 har andelarna varit lägre än under 1970-talet, och dessutom minskat från 8 till 6%.

1975–1999 fanns en fråga gällande sniffning de senaste två åren. Andelarna som uppgett detta har i regel legat runt 3%. (På grund av justeringar i frågeformuläret 1995 och 1998 är inte frågan fullt jämförbar över tid, se tabellkommentarerna för närmare beskrivningar av frågeändringarna och dess effekter).

I TEMOs riksrepresentativa telefonintervjuer med ungdomar i åldern 16–24 år från 1998 och 2000 ställdes frågan ”Har Du någon gång sniffat butangas, bensin eller liknande”? Cirka 3–4% besvarade frågan jakande och könsfördelningen var jämn. Värdena är klart lägre än i mönstringsundersökningarna, som i sin tur var lägre än skolundersökningarna. Detta kan bero på att såväl frågeformuleringar som undersökningsmetodik skiljer sig åt. Förutom att de äldre ungdomarna även kan ha glömt eller förtigit sniffningserfarenhet kan de också ha omvärderat handlingen jämfört med hur de skulle ha rapporterat den i yngre år. Endast enstaka promille svarade att de sniffat de senaste 12 månaderna före undersökningen.

Vuxna

Kunskapen om omfattningen av missbruk av snifningsmedel bland vuxna är tämligen begränsad. 1985 gjordes ett försök till kartläggning då Socialstyrelsen skickade ut en enkät till socialförvaltningarna i landets samtliga kommuner. Bortfallet (ca 9%), i vilket flera större kommuner ingick, gör dock resultatet något osäkert. Vidare saknade många kommuner kännedom om sniffning förekom bland de vuxna missbrukarna. Av undersökningen framkom att antalet vuxna snifningsmissbrukare som bedömts vara i behov av institutionsvård under en ettårsperiod uppgick till sammanlagt ca 70 personer och denna siffra antogs vara en underskattning på grund av bortfall och mörkertal (Socialdepartementet 1987).

I tabell 33 redovisas tvärsnittsuppgifter för antalet personer i tvångsvård enligt LVM 1 november varje år. Mellan 1991 och 1999 minskade antalet tvångsvårdade en viss dag från ca 750 till närmare 260. De senaste tre åren har andelen tvångsvårdade där sniffning varit en del av missbruket uppgått till någon enstaka procent, medan motsvarande andel var runt 3% tidigare under 1990-talet (Socialstyrelsen 2001 och tidigare publikationer i serien).

År 1992 och 1998 genomfördes undersökningar om det tunga narkotika-

missbrukets omfattning i Sverige (Olsson et al 1993 och Olsson et al 2001). Antalet tunga narkotikamissbrukare beräknades till 19 000 respektive 26 000 dessa år (se kapitel 2 och 4 för närmare beskrivningar av undersökningarna). I dessa studier förekom en fråga huruvida missbruk av ”lösningsmedel (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.

Regionala skillnader

Tabell 18 visar sniffningserfarenheten hos elever i årskurs 9 efter befolkningstäthet åren 1999 och 2000. Storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö utgör en egen region, medan de övriga är andra städer, tätorter, och glesbygd. En sammantagen analys av de båda åren antyder att sniffning är något vanligare i storstadsområden, tabellen är dock svårtolkad eftersom stora förändringar skett i vissa grupper mellan de båda åren.

Enligt mönstringsundersökningen avtar sniffningserfarenheten något med minskande befolkningstäthet. Drygt 6% av dem som vuxit upp i storstadsområden uppgav sniffningserfarenhet medan motsvarande siffra för dem som vuxit upp på landsbygden var 4%. Länsredovisningen av de mönstrande i tabell 21 visar upp en spridning där vissa län hade väsentligt högra värden. År 2001 återfanns högsta andelen i Jämtlands län (9%) och den lägsta i Kronobergs län (ca 2%). Dessa län har även tidigare år utgjort ytterligheterna vad gäller sniffning i mönstringsundersökningen.

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

Sociala faktorer

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

År 1999 var det betydligt vanligare att ha sniffat bland mönstrande med enbart grundskoleutbildning, jämfört med dem med gymnasieutbildning (20 respektive 6%). Vad gällde sysselsättning var år 2001 erfarenhet av sniffning vanligast bland dem som vare sig studerade eller arbetade (18%). Därefter kom de som arbetade (14%) och den minsta andelen återfanns bland dem som studerade (5%). Bland mönstrande med utländsk bakgrund

hade 7% sniffat någon gång, jämfört med 5% bland dem med ”helsvensk” bakgrund.

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

Internationell jämförelse av ungdomars sniffningserfarenhet

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

I diagram 39 jämförs 1995 och 1999 års värden för de länder som deltog båda åren. Siffrorna framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där minskningen mellan de båda åren överstigit två procentenheter markerats gröna och de med (relativt) oförändrat läge har gulmarkerats. (Inte i några länder har det således skett öknings tillräckligt stora att föranleda rödmarkering).

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.

Data från nationella skolundersökningar i åldern 15–16 år i USA visar att sniffningserfarenheten var cirka 15% i början av 1990-talet såväl som 2000-talet, med en puckel runt 19% (Johnston et al 2002). Detta är i nivå med de europeiska länder som låg i det övre intervallet i 1999 års ESPAD-studie.

Sniffningsutvecklingen

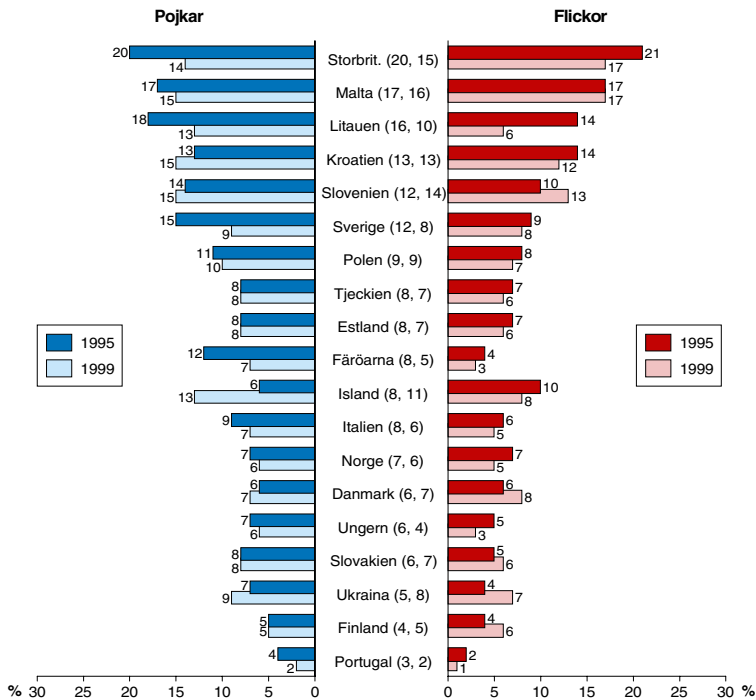
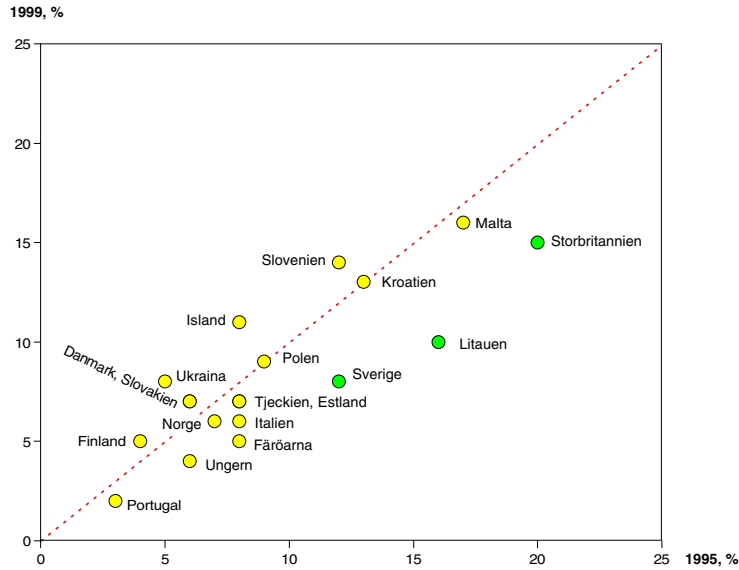


Diagram 39. Andelen elever 15–16 år i olika länder som någon gång sniffat. 1995 och 1999.

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

Källa: Hibell et al (2000).

Referenser

- Guttormsson U (2002). *Mönstrandets drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevers drogvanor 2001*. Rapportserie nr 67. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2002). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2001*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Olsson B, Adamsson Wahren C och Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. Rapportserie nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Olsson O, Byqvist S, Gomér G (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Socialdepartementet (1987). *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av socialberedningen. SOU 1987:22. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (2001). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2000*. Statistik, Socialtjänst, 2001:6. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.

7. Dopningsutvecklingen

Inledning

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

Riksidrottsförbundet antog 1989 följande definition av dopning: ”Med doping menas dels bruk av substanser, dels användande av metoder som enligt internationella olympiska kommittén (IOK), eller av internationella specialförbund därutöver, ansetts vara doping.” Listan på förbjudna dopningsmedel, som är framtagen av Apoteksbolaget och Riksidrottsförbundet (med ledning av IOKs lista på förbjudna substanser), upptar en mängd preparat och läkemedel vilka indelas i följande klasser: Stimulantia, narkotiska analgetika, anabola steroider, diuretika samt peptidhormoner och analoger till dessa. Brott mot idrottens dopningsregler bestraffas i Sverige med diskvalifikation upp till 24 månader.

Den svenska lagstiftningen på området har gradvis skärpts. Vid halvårskiftet 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 96 framgår tullens och polisens beslag av dopningspreparat. För polisens del har antalet beslagstillfällen ökat från 150 1995 till 300 2001 och är därmed tillbaks på den nivå som gällde när dopningslagen var ny. Antalet tullbeslag har ökat från ca 50 i början av 1990-talet till 250 under 2001.

Trenden i antalet beslagtagna tabletter har fluktuerat. Årligen togs sammanlagt ca 350 000 tabletter perioden 1993–1994, därefter låg siffran runt 150 000, men 2001 togs drygt 400 000 tabletter av tull och polis. Även om mängden flytande preparat (ampuller) också har fluktuerat, får utvecklingen tolkas som uppåtående. Totalt togs 1 liter 1993 medan siffran för 2001 uppgick till 36 liter. För såväl tabletter som flytande preparat gäller att 2001 års beslag var de högsta någonsin.

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

Sedan 1993, året efter dopningslagens tillkomst, finns rättsstatistiska uppgifter rörande brott mot dopningslagen och varusmugglingsbrott gällande dopningsmedel (tabell 97). Antalet anmälningar för dopningsbrott (inklusive smuggling) var relativt många detta år och uppgick till 669 stycken. Därefter sjönk antalet anmälda brott till ca 300 men har sedan 1996 ökat, från runt 350 till närmare 500 2001. Anmälningarna mot smugglingsbrotten har i genomsnitt utgjort 8%.

Antalet personer lagförda för dopningsbrott (exklusive smuggling) har konstant legat på runt 200 mellan 1993 och 1999. Siffran för år 2000 (260 personer) indikerar dock en ökningstendens. I början av perioden utgjorde drygt hälften av dopningslagföringarna huvudbrott, d v s den allvarligaste eller den enda brottsligheten i domen, men 2000 var andelen 40%.

Av tabell 98 framgår ålders- och könsfördelningen bland personer misstänkta för dopningsbrott respektive dopningssmuggling 1993–2000. Runt 15% av de misstänkta har varit 15–19 år, 60% 20–29 år och 25% har varit 30 år eller äldre. Andelen under 20 år har i princip varit oförändrad medan andelen personer 30 år och äldre har minskat. Endast enstaka procent av de misstänkta var kvinnor.

Resultat från olika frågeundersökningar

Omfattning av dopningserfarenheten

Sedan 1993 har frågor om dopningsmedel inkluderats i CANs skolundersökningar (Hvitfeldt et al 2002), liksom i de riksrepresentativa intervjuundersökningar som genomförs i befolkningen samt sedan 1994 även i mönstringsundersökningarna (Guttormsson 2002). En närmare beskrivning av dessa undersökningar återfinns i metodkapitlet. Några resultat från dessa olika undersökningar presenteras i korthet nedan.

Erfarenhet av anabola steroider är tämligen ovanlig. Åren 1993–2001 har omkring 1% av pojkarna i årskurs 9 respektive bland mönstrande artonåringar svarat att de någon gång prövat anabola steroider (tabell 99 och 100). Även i de riksrepresentativa telefonintervjuerna har någon procent av männen i åldern 16–24 år uppgett erfarenhet av anabola steroider (tabell 101), liksom i dopningsutredningens omfattande TEMO-studie från 1995 bland 10 000 män i åldrarna 18–30 år (Utredningen om dopning). I intervjuerna av den vuxna befolkningen (15–75 år) har någon procent av männen 15–49 år svarat att de använt anabola steroider (tabell 102).

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

Erfarenheten av tillväxthormon är ännu mer begränsad jämfört med anabola steroider. Av flera olika undersökningar har framgått att tillväxthormon kan förväxlas med andra medel (som t ex kosttillskott). Inte i någon av de undersökningar där det av frågeformuleringen klargjorts att tillväxthormon måste injiceras når andelen män med sådan erfarenhet 1%. Vidare är det mycket sällsynt att kvinnor uppger erfarenhet av hormondopningsmedel.

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

Regionala skillnader

Av såväl skol- som mönstringsundersökningarna (tabellerna 18 och 21) som befolkningsundersökningarna från TEMO (och Intervjubolaget år 2000) framgår att erfarenheten av anabola steroider är spridd över hela

landet, och enligt skolundersökningen var spridningen relativt jämn med avseende på befolkningstäthet.

I mönstringsundersökningen avtog denna erfarenhet med minskande befolkningstäthet. I storstadsregionerna var det normalt 2–3 gånger fler som prövat anabola steroider jämfört med glesbygdsregionerna. På grund av det stora antalet tillfrågade i mönstringsundersökningen tillåter denna studie också ytterligare analyser. Det förekom exempelvis tydliga variationer i erfarenheten av anabola steroider på länsnivå (tabell 21). På enskilda orter kan de regionala variationerna vara ännu större. Detta visades exempelvis i en serie gymnasieundersökningar från vårterminen 1994 som genomfördes bland 10 000 elever på åtta olika orter. Mellan 1–5% av pojkarna på de olika orterna uppgav erfarenhet av anabola steroider (Guttormsson et al 1995).

Sociala faktorer

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

Liknande tendenser framkom i mönstringsundersökningen från 1999 där 3% av dem med enbart grundskoleutbildning och 4% av dem som varken studerade eller arbetade vid mönstringstillfället uppgav att de använt anabola steroider, att jämföra med 1% av samtliga tillfrågade. Bland utlandsfödda mönstrande hade 2% prövat anabola steroider, jämfört med 1,5% bland svenskfödda med utlandsfödda föräldrar och 0,7% bland svenskfödda med svenska föräldrar.

Dopning och styrketräning

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

Samband med andra droger

I de ovan refererade studierna har det framkommit tydliga samband mellan hormondopningserfarenhet å ena sidan och annan drogerfarenhet å den

andra. Av de pojkar i 1994 års gymnasiestudie som använt hormonpreparat uppgav närmare hälften att de använt narkotika. I dopningsutredningens TEMO-studie uppgavs detta av en tredjedel. Bland de mänstrande var andelen som också använt narkotika bland dem som prövat anabola steroider så pass stor som 75% år 2001. Av bl a gymnasie- och mänstringsundersökningarna framgick vidare att sambandet också gäller omfattande konsumtion av alkohol och erfarenhet av sniffningsmedel.

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

Internationell jämförelse av dopningserfarenheten

I den sameuropeiska ESPAD-studien som genomfördes 1999 ställdes enkätfrågor om erfarenhet av anabola steroider till 15–16-åriga skolelever i ett antal länder (Hibell et al 2000). Svaren är dessvärre inte fullt jämförbara med 1995 års undersökning eftersom ”andra dopningsmedel” 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 de länder med frekvenser över 0 låg i Östeuropa. För pojkarna låg värdena mellan 0–2% i 19 länder och över 2% i resterande 10. De högsta värdena uppmättes i Polen (6%) och på Cypern (5%). Av de 10 länder med värden över 2% låg sju i Östeuropa. De två länder som låg högst 1995, Kroatien och Polen, låg högt även 1999. I Sverige besvarade 2% av pojkarna och 0% av flickorna frågan jakande. För pojkarnas del var andelen dubbelt så hög jämfört med skolundersökningen från 1999, en skillnad som dock ryms inom felmarginalen för dessa studier.

Data från nationella skolundersökningar i USA visar att erfarenheten av anabola steroider är högre än i Sverige. Bland skolelever (både pojkar och flickor) i motsvarande årskurs 7, 9 respektive gymnasiets årskurs 2 låg andelen som prövat anabola steroider på ca 2% 1991–1998 men har därefter ökat till ca 3% (Johnston et al 2002). Således är erfarenheten av anabola steroider bland ungdomar (och yngre vuxna) lägre i Sverige än i USA, men likartad den i flera Västeuropeiska länder.

Referenser

- Folkhälsoinstitutet (1997). *Män, muskler och ideal*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvänor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Guttormsson U, Hibell B, Pettersson B (1995). *Gymnasieelevers doping- och drogvänor 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, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevers drogvänor 2001*. Rapportserie nr 67. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Johnston L, O'Malley P and Bachman J (2002). *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings, 2001*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Regeringens proposition 1998/99:3. *Åtgärder mot dopning*. Stockholm: Elanders.
- Utredningen om dopning (1996). *Doping i folkhälsoperspektiv*. SOU 1996:126. Stockholm: Socialdepartementet.
- Åtgärder mot dopning* (1989). Departementsserien; 1989:60. Stockholm: Allmänna förlaget.

8. Tobaksutvecklingen

Inledning

Beskrivningen av tobaksutvecklingen görs dels med hjälp av data rörande försäljningen av tobaksprodukter, och dels med data från ett antal frågeundersökningar som belyser konsumtionens utveckling och olika konsumtionsmönster. 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 har punktskattedirektivet ändrats så att länder som redan har punktskatter över en viss nivå (f n 95 Euro per 1 000 cigaretter) inte behöver uppfylla 57-procentskravet.

Under 1998 antogs ett direktiv om förbud mot alla former av tobaksreklam, vilket dock i oktober 2000 ogiltigförklarades av EG-domstolen. Under 2001 har kommissionen presenterat ett nytt förslag till förbud mot tobaksreklam, som beaktar de synpunkter som domstolen hade framfört. Huvudinriktningen i det nya förslaget är att förbjuda gränsöverskridande tobaksreklam i radio, tidningar och tidskrifter. Förbud mot icke-gränsöverskridande tobaksreklam faller dock inom respektive medlemsstats ansvar.

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

Under 2002 väntas åter flera skärpningar av tobakslagen komma att ske. Bl a föreslås ett förbud mot s k indirekt tobaksreklam samt skyldighet för den som säljer tobak att anmäla detta till kommunen, som också ges rätt att ta ut avgift för sin tillsyn över tobakshandeln. Likaså väntas en skärpning av reglerna för rökning på restauranger och andra serveringar.

Konsumtionsutvecklingen

Tobaksförsäljningen

Data över tobaksförsäljningen i Sverige finns sedan en lång tid tillbaka. I synnerhet under tobaksmonopolets tid redovisades en detaljerad försäljningsstatistik som torde ha givit en tillförlitlig bild av konsumtionens utveckling. Därefter fortsatte Svenska Tobaks AB/Swedish Match att redovisa data över försäljningsutvecklingen. Försäljningsstatistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet har i viss mån minskat, särskilt under de senaste åren, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet.

Under början av 1900-talet var snus den produkt som dominerade marknaden tillsammans med piptobak och i någon mån cigarrer/cigariller. Försäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut varje år under 500 stycken per person 15 år och äldre (Socialstyrelsen 1986).

Efter andra världskriget skedde en kraftig ökning av cigarettförsäljningen. Den nådde en topp 1976 då det såldes över 1 800 cigaretter per person 15 år och äldre. Av tabell 103 och diagram 40 framgår att försäljningen

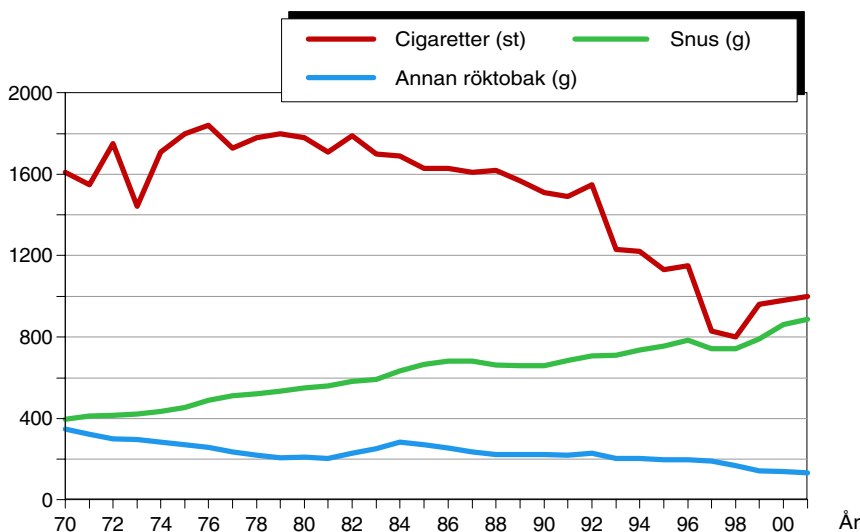


Diagram 40. Den årliga försäljningen av cigaretter (st) respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och röktaobak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre. 1970–2001. (Tabell 103)

därefter har minskat. Efter den temporärt extra stora försäljningsnedgången 1997–1998, vilken sammanföll med de höga cigarettpriserna dessa år, har försäljningen legat omkring 1 000 cigaretter per person 15 år och äldre. Även annan röktaobak har minskat i försäljningsvolym sedan 1970.

Försäljningen av snus kom att minska efter andra världskriget. År 1945 såldes ca 1 200 gram snus per person 15 år och äldre. År 1968 hade mängden minskat till knappt 400 gram. Därefter har försäljningen ökat stadigt och uppgick till närmare 900 gram per person 15 år och äldre 2001, vilket totalt motsvarar 6 229 ton.

Oregistrerad försäljning

Den svenska försäljningsstatistiken ger inte någon total bild av tobakskonsumtionen. Privat införsel och organiserad smuggling är ytterligare källor. För den storskaliga cigarettsmugglingen spelar prisskillnader mellan länder mindre roll, eftersom smuggelgodset utgörs av cigaretter i internationell transithandel som inte beskattats i något land. Enligt skattningar av BRÅ omfattade den svenska smuggelmarknaden 1996 omkring 150–200 miljoner cigaretter (Persson 1999). Detta motsvarade ett par procent av totalmarknaden, vilket är mycket lågt i ett europeiskt perspektiv. Under våren 1998 beräknades smugglingen ha ökat till ungefär 5% av totalmarknaden enligt samma källa.

Perioden 1970–1990 låg tullens årliga beslag runt 2 miljoner cigaretter. Mellan 1991 och 1998 ökade beslagen successivt till 46 miljoner cigaretter, en storleksordning som gällt alltsedan dess (48 miljoner år 2001 enligt tabell 103). Den stora beslagsökningen kom parallellt med skattehöjningen, medan prissänkningen 1998 således inte lett till att beslagen sjunkit.

Det finns även en oregistrerad konsumtion som utgörs av privat införda tobaksvaror, såväl taxfreevaror som smuggelgods. Enligt Persson (1999) ökade svenskars tobaksinköp genom turism och specialarrangerade inköpsresor under 1997. Den postorderhandel som uppstod anses dock ha minskat sedan tullen fick rätt att inspektera misstänkta postförsändelser 1998. I samma rapport uppskattades ca 20% av totalmarknaden av cigaretter våren 1998 komma från taxfreehandeln.

Den registrerade försäljningen skulle sammantaget, enligt BRÅs uppskattning, ha utgjort cirka tre fjärdedelar av den totala cigarettkonsumtionen 1998. Trots detta kan försäljningsstatistiken ändå anses vara ett relativt användbart mått på trenderna i cigarettkonsumtionen i Sverige. I och med försäljningsökningen 1999 torde den registrerade andelen dessutom ha ökat.

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 1977 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 (se kapitel 2).

Tobaksbruk bland ungdomar

Bland ungdomar är tobaksvanorna inte lika tydligt befästa som bland vuxna. Många ungdomar prövar bara eller röker mer eller mindre tillfälligt. Ur ett hälsoperspektiv står det dagliga tobaksbruket i fokus och de allvarliga hälsoskadorna uppstår vanligen inte förrän efter flera års tobaksbruk.

Av tabell 104 framgår utvecklingen av andelen rökare bland niondeklassare under 1971–2001, oavsett hur ofta de röker. På grund av att frågeställningarna ändrats 1983 och 1997 och i högre grad mätte regelbunden rökning mellan dessa år är inte frekvenserna fullt jämförbara för hela perioden (se även tabellkommentarerna). Som framgår av tabellen var rökningen mera utbredd i början av 1970-talet för att sedan nå en relativt låg nivå under mitten av 1980-talet. Perioden 1989–1994 uppvisade en liten puckel, vilken

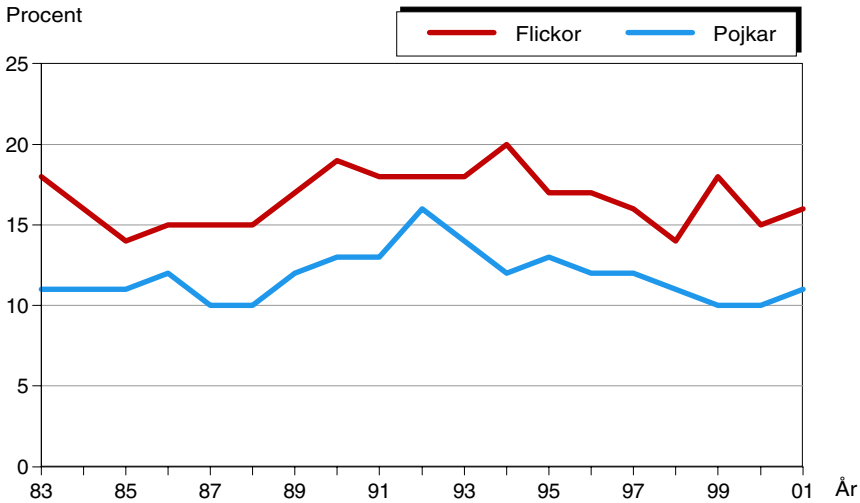


Diagram 41. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker dagligen/nästan dagligen. 1983–2001. (Tabell 104)

tycks ha planat ut under andra hälften av 1990-talet, även om detta är mera svårtolkat beroende på frågeändringen 1997.

Av tabell 104 och diagram 41 framgår för perioden 1983–2001 även hur stor andel av eleverna som rökte dagligen eller nästan varje dag. Värdena var något högre 1989–1995, men om man jämför start- och slutåren har inga dramatiska förändringar skett då 11% av pojkarna och omkring 16% av flickorna upp gav att de rökte dagligen/så gott som dagligen såväl i slutet som i början av perioden.

Alltsedan 1971 har rökning varit mera utbredd bland flickorna än bland pojkarna. Dock är det väsentligt många fler pojkar som snusar, samtidigt som det också förekommer ett visst blandbruk bland pojkarna. Ser man till den totala andelen tobakskonsumenter försvinner könsskillnaderna. Under hela 1990-talet har andelen tobakskonsumenter varit i det närmaste likartad bland flickor och pojkar. År 2001 var det 39% av pojkarna och 36% av flickorna som nyttjade tobak i form av snusning eller rökning.

Snusfrågan ändrades också 1983 och 1997, varför tidsserien är något svårtolkad även i detta fall. Att snusning alltid varit ovanligare bland flickor framgår dock tydligt av tabell 104. 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 2001 svarade 27%

av pojkarna och 5% av flickorna att de snusade, vilket är en liten ökning jämfört med tidigare år.

År 2000 infördes frågor om rökning och snusning i drogvaneenkäten som ges till alla mönstrande artonåringar. Totalt var det år 2001 44% som använde tobak i någon av dessa former (jämfört med 42% föregående år). Närmare 28% rökte, varav knappt hälften var dagligrökare. Dagligrökarna ombads uppskatta sin genomsnittliga dagskonsumtion och i genomsnitt rökte de 13 cigaretter per dag.

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

Tobaksbruk bland vuxna

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

År 1963 var rökningen mest utbredd i de yngsta åldersgrupperna, vilket var särskilt märkbart bland kvinnor. En prognos då skulle ha pekat på en förestående ökning av andelen rökare i befolkningen då äldre generationer med låga andelar rökare successivt ersattes av nya generationer där rökningen var mer utbredd. Så blev det dock inte. Visserligen fortsatte rökningen att öka bland kvinnorna, sannolikt till slutet av 1970-talet, men bland männen kunde en minskning skönjas redan i början av 1970-talet.

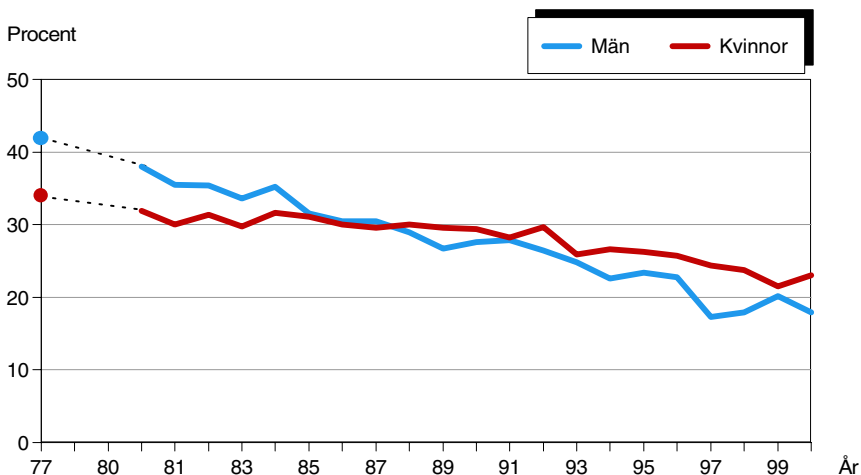


Diagram 42. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (18–70 år). 1977–2000. (Tabell 105)

År 1977 hade andelen dagligrökare enligt SCB minskat till 42% bland vuxna män (18–70 år) men ökat till 34% bland kvinnorna (tabell 105 och diagram 42). Därefter har rökningen minskat såväl bland män som bland kvinnor, men minskningen har varit mer påtaglig bland männen. Detta har lett till att rökning nu är vanligare bland kvinnor än bland män, något som är ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har skett i alla åldersgrupper, men den har genomgående varit störst i de yngsta grupperna. I Folkhälsorapport 2001 konkluderas att nedgången i dagligrökning beror på att en stor andel rökare slutar och att färre börjar (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

År 2000 svarade 18% av männen och 23% av kvinnorna att de rökte och i yngsta åldersgruppen (18–29 år) var andelarna 15 respektive 19%.

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

Regionala skillnader

Relativt få uppgifter existerar om regionala rökvaneskillnader. Enligt skolundersökningarna i årskurs 9 från 1999–2000 förefaller andelen rökare vara relativt jämnt fördelad sett till regioner med olika befolkningstäthet, dock med något högre värden för dem som bor i mindre tätorter (tabell 18). Skillnader uppträder dock om man betraktar könen var för sig. Bland pojkar var rökning mindre vanligt bland dem som bodde i de tre storstadsregionerna och på landsbygden. Bland flickorna var rökningen minst omfattande i städer (exklusive storstadsregionerna).

ULF-undersökningarna har slagits samman för åren 1995–1999 och genererar därmed tillräckligt stora dataunderlag för nedbrytningar på länsnivå. Enligt dessa varierade andelen dagligrökare bland kvinnorna (16–74 år) i olika län mellan 29–19%, med Gotlands län i topp och Jämtlands län i botten. Bland männen placerade sig Jämtland näst sist, och Västerbotten allra sist (14%) medan Gotlands län låg högst även för männen (27%). De tre storstadslänen placerade sig på eller över riksgenomsnittet (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

Även i mönstringsundersökningen av 2001 låg storstadslänen på eller över riksgenomsnittet vad gällde rökning (tabell 21, observera att Gotland inte ingår i redovisningen). Allra högst låg dock Jämtland och Norrbotten medan Värmland, Västernorrland och Kalmar låg lägst. Högsta andelarna

snusare rapporterades från Jämtland och Norrbotten (ca 41%) och lägsta andelarna uppmättes i Skåne och Uppsala (28%). Snusning bland de mönstrande var i regel vanligare i nordligare län.

Sociala faktorer

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla grupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd i de välsituerade grupperna. 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 såväl bland arbetare, lägre tjänstemän och mellan/högre tjänstemän (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001). En 20-årsuppföljning av ULF-studierna (SCB 1997) visade bl a att: Andelen dagligrökare i vuxenbefolkningen som helhet (16–84 år) var 23% bland män och 24% bland kvinnor åren 1992–1995. Bland dem som enligt SCB definieras som ”utbildningsfattiga” rökte 36% av männen och 43% av kvinnorna. I gruppen ”minst tre års högskola” var motsvarande siffror 14% respektive 13%. Bland s k ”ej facklärd arbetare” rökte 30% av männen och 33% av kvinnorna, mot 17% respektive 15% i kategorin ”högre tjänstemän”. Bland dem som ”tillhör socialbidragshushåll” rökte 56% av männen och 45% av kvinnorna. Bland heltidsarbetande rökte 21% av männen och 28% av kvinnorna, jämfört med 38% för såväl män som kvinnor i gruppen ”långvarigt arbetslösa”.

Bland vuxna i åldern 20–64 år var rökning vanligare bland utlandsfödda män, och i synnerhet bland dem som var födda utanför Europa. Ungefär dubbelt så stor andel var dagligrökare, jämfört med dem som var födda i Sverige. Bland kvinnorna var skillnaderna små, med undantag av att andelen dagligrökare var större bland de kvinnor som var födda i annat nordiskt land än Sverige (Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum 2001).

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 25% bland rökarna och 6% bland ickerökarna år 1999. Andelen som trivdes dåligt i skolan uppgick till 8% i den förstnämnda gruppen och 4% i den sistnämnda.

Konsekvenser av tobakskonsumtion

Rökningen medför medicinska snarare än sociala skadeverkningar. Tobaken har effekt på i stort sett alla organsystem. Sambandet mellan rökning och ohälsa har sedan början av 1960-talet dokumenterats i ett mycket stort antal vetenskapliga rapporter över hela världen (Folkhälsoinstitutet 1997).

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

Av diagram 43 framgår att rökningen uppskattningsvis krävde ca 8 000 liv i Sverige 1995. Mönstret i beräkningarna, baserade på den ovannämnda metoden, stämmer väl överens med vad man kan förvänta sig när man studerar konsumtions- och försäljningsstatistiken. I och med att skadorna av rökning uppkommer först efter en tids rökning sker en viss eftersläpning i dödsorsaksstatistiken jämfört med konsumtionsstatistiken. Tobaksrökningen bland männen började minska tidigare än bland kvinnorna och på samma sätt kan man efter 1985 se en minskning av rökningrelaterad dödlighet bland männen. Bland kvinnor har skadorna kontinuerligt ökat sedan mitten av 1960-talet och någon minskning kan ännu inte skönjas.

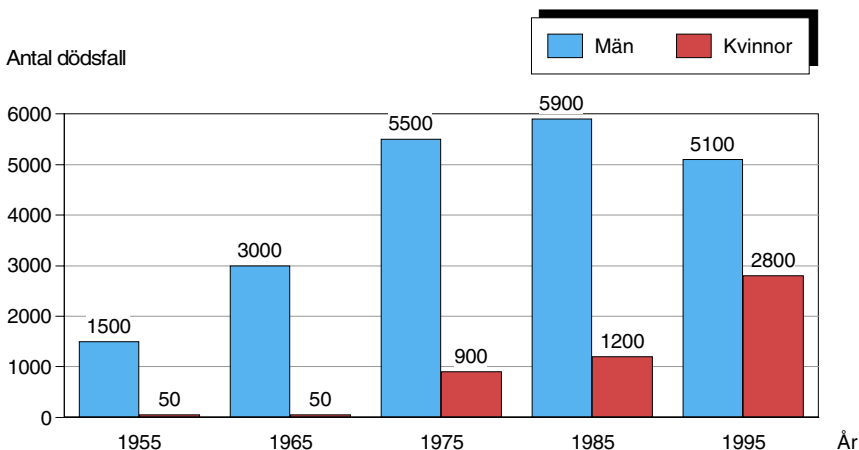


Diagram 43. Antalet rökningrelaterade dödsfall i Sverige fördelat på kön. 1955–1995.

Källa: WHO.

Internationell jämförelse av ungdomars rökvanor

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

I diagram 44 jämförs 1995 och 1999 års resultat för de länder som deltog båda åren. Värdena framgår av stapeldiagrammet, vilket är rangordnat efter 1995 års resultat. I den övre figuren har länder där skillnaden mellan de båda åren överstigit två procentenheter markerats röda (ökning) respektive gröna (minskning). 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.

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

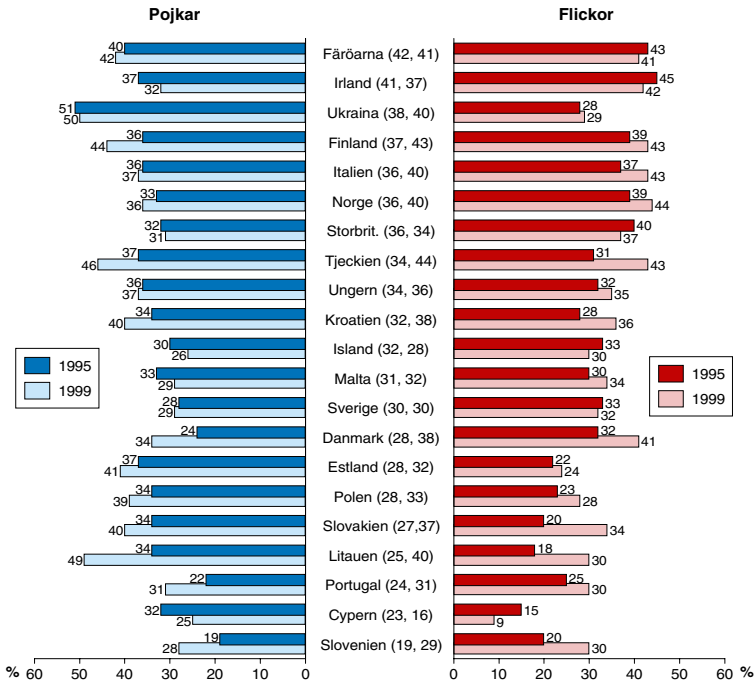
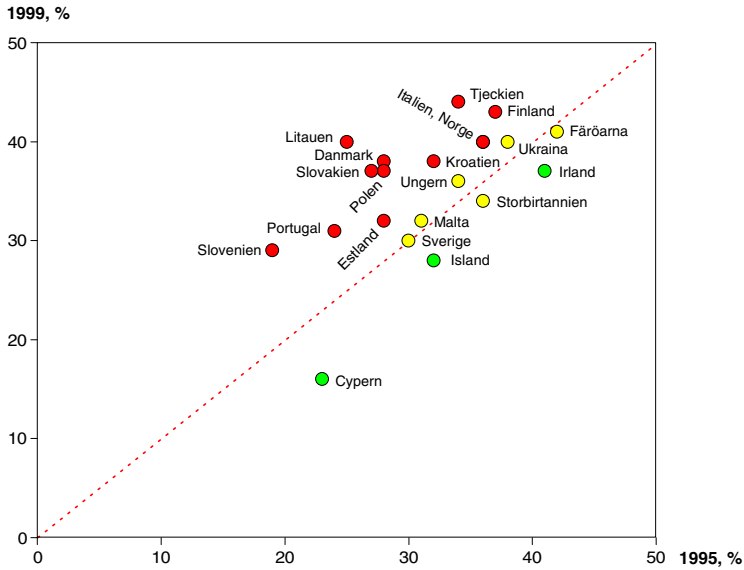


Diagram 44. Andelen elever 15–16 år i olika länder som rökt minst en gång de senaste 30 dagarna. 1995 och 1999.

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

Källa: Hibell et al (2000).

Referenser

- Currie C et al (red) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:2.
- Guttormsson U (2002). *Mönstrandens drogvanor 2001*. Rapportserie nr 66. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, and Morgan M (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.
- Hvitfeldt T, Andersson B och Hibell B (2002). *Skolelevers drogvanor 2001*. Rapportserie nr 67. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Loewe W (1990). *Petum optimum*. Borås: NORMA Bokförlag AB.
- Magnusson S och Nordgren P (1994). *Om tobak. Bakgrund och kommentar till tobakslagen*. Stockholm: Fritzes.
- Persson LGW (1999). *Kontrollnivå och lönsamhet vid organiserad cigarett-smuggling*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Peto R et al (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. Oxford: WHO and Imperial Cancer Research Fund. Oxford University Press.
- SCB (1997). *Levnadsförhållanden. Rapport 91: Välfärd och ojämlikhet i 20-års-perspektiv 1975–1995*. Stockholm: SCB, Välfärdsprogrammet.
- Socialstyrelsen (1974). *Tobaksrökning. En rapport från socialstyrelsens tobaksutredning*. Stockholm: Publica/Allmänna Förlaget.
- Socialstyrelsen (1986). *Tobaksvanor i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1986:9.
- Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum.
- SOU 1990:29. *Tobakslag: betänkande av Tobaksutredningen*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Wicklin B (2001). *Nordisk tobaksstatistik 1970–2000*. Stockholm: VECA.

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 uppgiftslämnade källa varierat med åren. Text erhöles vissa alkoholdata förut av Socialstyrelsen, därefter av Alkoholinspektionen och numer av Statens folkhälsoinstitut. Som källa anges i tabellerna endast aktuell uppgiftslämnare, men eventuella tidigare uppgiftslämnare framgår av tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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

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

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Alkoholförsäljningen och oregistrerad komsumtion (tabellerna 1–13)

En viss försiktighet bör iaktas i tolkningen av siffrorna i tabellerna 1–7 som beskriver utvecklingen av statistikförd alkoholförsäljning, eftersom den oregistrerade alkoholkonsumtionen förmodligen varierar över tid och dessutom kan ha ökat de senaste åren.

I tabell 3 redovisas utvecklingen av försäljningen av olika alkoholsorter i Systembolagets butiker. Observera att volymen är angiven i faktiska literar och att ingen omräkning till standardiserade alkoholprocenter har gjorts. Detta innebär att t ex förskjutningen mellan starkvinets och vinets andelar av den totala vinkonsumtionen liksom förskjutningar mellan olika starka starkölssorters andelar av den totala starkölskonsumtionen leder till att jämförelser mellan olika år kan vara vanskliga. I tidigare års rapporter har försäljningen av mellanöl under perioden 1965–1977 och lättölsförsäljningen redovisats. Dessa uppgifter har utgått.

Utvecklingen i länen beskrivs i tabellerna 4–7 och här anbefalles viss försiktighet i tolkningen. Semestervistelse, gränshandel och arbetspendling kan göra att vissa läns konsumtion överskattas medan andra underskattas. År 1997 gick Kristianstad och Malmöhus län samman och bildade Skåne län. Av utrymmesskal och för jämförbarheten över tid skall tidigare års försäljning i Kristianstad och Malmöhus län räknats ihop och redovisas från och med i år för hela perioden som Skåne län. På samma sätt har Älvsborg och Skaraborgs län slagits samman och redovisas för hela perioden som Västra Götaland.

Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger i tabellerna 4–7, varför siffrorna för 1995 och framåt inte är fullt jämförbara med tidigare år. Bryggeriernas direktförsäljning av starköl till restaurangerna ingår ej i tabell 4 och 7.

Tabellerna 8–12 beskriver restaurangserveringens andel av den totala försäljningen, utvecklingen av antal serveringstillstånd samt ekonomiska aspekter på alkoholhanteringen. För indexutvecklingen bör noteras att Systembolaget bytt utgångsår och beräkningssätt, varför data skiljer sig jämfört med tidigare utgåvor av Drogutvecklingen i Sverige.

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

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

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 2. Försäljning av spritdrycker, vin och öl i liter alkohol 100% per invånare 15 år och däröver och år samt dryckernas andel av totala försäljningen. 1946–2001. (Diagram 2, 12, 13 och 14)

År	Spritdrycker		Vin		Starköl		Mellanöl		Folköl		Totalt		Index	
	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	1966=100	1975=100
1946	3,0	73	0,3	7	.	.	.	.	0,9	22	4,1	100	68	54
1947	3,3	73	0,3	7	.	.	.	.	1,0	22	4,5	100	75	59
1948	3,4	72	0,3	6	.	.	.	.	1,0	21	4,7	100	77	61
1949	3,3	72	0,3	7	.	.	.	.	1,0	22	4,6	100	76	60
1950	3,4	72	0,3	6	.	.	.	.	1,1	24	4,7	100	78	62
1951	3,2	70	0,3	7	.	.	.	.	1,1	24	4,6	100	76	60
1952	3,4	69	0,3	6	.	.	.	.	1,1	22	4,9	100	80	64
1953	3,5	70	0,4	8	.	.	.	.	1,2	24	5,0	100	83	66
1954	3,3	67	0,4	8	.	.	.	.	1,2	25	4,9	100	81	65
1955	3,6	67	0,4	8	0,1 ^{a)}	1	.	.	1,3	24	5,4	100	89	71
1956	4,1	72	0,4	6	0,1	2	.	.	1,2	20	5,8	100	96	76
1957	3,6	68	0,5	9	0,1	1	.	.	1,2	22	5,3	100	88	70
1958	3,2	65	0,5	11	0,1	1	.	.	1,1	23	4,9	100	80	64
1959	3,1	63	0,6	12	0,1	2	.	.	1,2	24	4,9	100	81	65
1960	3,0	62	0,6	13	0,1	2	.	.	1,1	23	4,8	100	80	63
1961	3,2	62	0,7	13	0,1	2	.	.	1,1	23	5,1	100	84	66
1962	3,2	63	0,7	13	0,1	2	.	.	1,1	22	5,1	100	85	68
1963	3,0	59	0,7	14	0,2	4	.	.	1,2	24	5,1	100	84	67
1964	3,3	60	0,7	13	0,2	3	.	.	1,3	23	5,4	100	90	71
1965	3,4	60	0,8	13	0,2	2	0,3 ^{a)}	5	1,1	19	5,7	100	95	75
1966	3,4	56	0,8	13	0,1	3	1,1	18	0,6	11	6,0	100	100	79
1967	3,4	54	0,9	13	0,2	3	1,4	21	0,5	9	6,3	100	105	83
1968	3,2	49	0,9	14	0,3	4	1,7	25	0,5	7	6,6	100	109	86
1969	3,3	46	1,0	14	0,3	4	2,1	30	0,4	6	7,0	100	116	92
1970	3,3	47	1,1	15	0,3	4	2,1	30	0,4	5	7,2	100	119	94
1971	3,2	45	1,1	16	0,3	3	2,1	29	0,4	5	7,0	100	116	92
1972	3,3	46	1,3	18	0,2	3	2,1	29	0,3	4	7,3	100	120	95
1973	3,4	49	1,2	17	0,2	3	2,0	29	0,3	4	7,0	100	116	92
1974	3,7	50	1,3	17	0,2	3	2,0	27	0,2	3	7,4	100	123	98

Tabell 2. (forts).

År	Spritdrycker		Vin		Starköl		Mellanöl		Folköl		Totalt		Index	
	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	Liter	%	1966=100	1975=100
1975	3,8	49	1,4	18	0,2	3	2,1	28	0,2	2	7,6	100	126	100
1976	3,9	50	1,4	18	0,2	5	2,1	27	0,1	2	7,7	100	127	101
1977	3,7	51	1,5	21	0,4	5	1,0 ^{b)}	13	0,7	10	7,3	100	121	96
1978	3,8	53	1,5	21	0,7	10	.	.	1,1	16	7,0	100	116	92
1979	3,8	53	1,5	21	0,8	12	.	.	1,0	15	7,1	100	118	93
1980	3,4	51	1,5	23	0,8	12	.	.	1,0	15	6,7	100	111	88
1981	3,1	48	1,5	24	0,7	13	.	.	0,9	15	6,3	100	104	83
1982	3,0	47	1,7	25	0,8	14	.	.	1,0	15	6,5	100	107	85
1983	2,8	45	1,6	27	0,8	14	.	.	0,9	14	6,1	100	101	80
1984	2,6	43	1,7	29	0,9	14	.	.	0,9	14	6,0	100	100	79
1985	2,5	42	1,7	29	0,9	14	.	.	1,0	16	6,1	100	100	80
1986	2,6	41	1,8	28	1,0	15	.	.	1,0	16	6,3	100	105	83
1987	2,4	38	1,8	28	1,0	17	.	.	1,0	17	6,2	100	103	82
1988	2,3	36	1,8	28	1,2	18	.	.	1,1	17	6,4	100	106	84
1989	2,3	34	1,9	28	1,3	19	.	.	1,2	18	6,5	100	108	86
1990	2,1	33	1,8	29	1,3	20	.	.	1,2	19	6,4	100	106	84
1991	2,1	33	1,8	29	1,2	19	.	.	1,2	19	6,3	100	104	83
1992	2,0	31	1,8	29	1,2	19	.	.	1,3	21	6,3	100	105	83
1993	1,9	30	1,8	29	1,3	20	.	.	1,3	21	6,2	100	103	82
1994	1,7	27	1,9	29	1,3	21	.	.	1,4	23	6,3	100	104	83
1995	1,6	25	1,8	29	1,4	23	.	.	1,4	23	6,2	100	103	81
1996	1,5	25	1,9	32	1,3	22	.	.	1,3	22	6,0	100	99	79
1997	1,3	22	2,0	34	1,4	24	.	.	1,2	20	5,9	100	98	78
1998	1,3	22	2,0	34	1,4	24	.	.	1,1	19	5,8	100	96	76
1999	1,3	21	2,1	34	1,6	26	.	.	1,1	18	6,1	100	101	80
2000	1,3	21	2,2	36	1,7	28	.	.	0,9	15	6,2	100	103	81
2001	1,4	21	2,4	38	1,8	27	.	.	0,9	14	6,5	100	108	85

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Endast kvartal 4.

b) Endast kvartal 1–2.

Tabell 3. Försäljning av **alkoholdrycker** i liter per invånare 15 år och däröver. 1954–2001.

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Bland- drycker ^{a)}	Stark starköl ^{b)}	Starköl	Folköl ^{c)}
1954	8,0	1,4	1,1	.	.	.	36,5
1955	8,8	1,4	1,4	.	.	1,5	38,9
1956	10,4	1,0	1,6	.	.	1,7	35,5
1957	9,0	1,4	2,1	.	.	1,3	35,6
1958	7,8	1,4	2,3	.	.	1,3	33,6
1959	7,7	1,5	2,5	.	.	1,5	35,6
1960	7,5	1,7	2,6	.	.	1,7	34,0
1961	7,9	1,8	2,8	.	.	1,8	34,6
1962	8,0	1,8	3,0	.	.	2,0	33,6
1963	7,4	1,7	3,3	.	.	3,4	36,5
1964	8,2	1,7	3,5	.	.	3,2	37,8
1965	8,5	1,8	3,7	.	.	3,3	33,2
1966	8,4	1,7	4,1	.	.	2,5	19,3
1967	8,5	1,7	4,6	.	.	3,4	16,4
1968	8,1	1,7	5,1	.	.	5,9	14,3
1969	8,2	1,7	5,6	.	.	5,3	12,2
1970	8,4	1,7	6,4	.	.	4,8	11,3
1971	8,0	1,7	7,2	.	.	4,5	10,6
1972	8,3	1,7	8,2	.	.	4,2	9,6
1973	8,5	1,7	7,5	.	.	3,7	8,1
1974	9,4	1,8	7,9	.	.	3,9	6,0
1975	9,5	1,9	8,5	.	.	3,8	4,9
1976	9,8	1,8	8,8	.	.	3,8	3,7
1977	9,4	1,7	10,3	.	.	6,8	21,9
1978	9,5	1,8	9,6	.	.	11,7	33,4
1979	9,6	1,9	10,0	.	.	13,6	30,6
1980	8,7	1,7	10,2	.	.	13,8	28,7
1981	7,8	1,5	10,6	.	.	13,5	26,7
1982	7,8	1,6	11,3	.	.	14,8	27,2
1983	7,1	1,5	11,8	.	.	14,9	24,8
1984	6,6	1,4	12,8	.	.	15,4	24,4
1985	6,5	1,4	12,9	.	.	15,5	27,4
1986	6,7	1,4	13,2	.	.	17,5	29,2
1987	6,1	1,3	13,2	.	.	19,1	29,7
1988	5,9	1,3	13,5	.	.	21,4	31,7
1989	5,8	1,3	14,0	.	.	23,1	33,5
1990	5,4	1,2	13,8	.	.	23,2	34,8
1991	5,3	1,2	13,9	.	.	23,4	34,6
1992	5,1	1,1	15,3	.	.	24,5	37,5
1993	4,8	1,1	15,6	.	.	25,1	37,6
1994	4,5	1,0	16,0	.	.	26,8	40,1
1995	4,1	0,9	13,9	0,7	3,1	23,8	40,5
1996	3,8	0,8	14,1	1,5	2,4	23,0	35,6
1997	3,5	0,6	14,6	2,6	3,2	23,6	38,0
1998	3,3	0,4	15,1	2,4	3,3	23,7	33,6
1999	3,4	0,4	16,3	2,8	3,3	27,0	33,3
2000	3,4	0,4	16,8	2,8	4,2	26,9	29,8
2001	3,7	0,4	18,4	2,9	4,9	28,0	26,9

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Starkcider och alkoholisk. b) Öl med styrka högre än 5,6%. c) Öl med styrka 2,8%–3,5%.

Tabell 4. Systembolagets försäljning länsvis av **spritdrycker, vin** ^{a)} och **starköl** ^{b)} i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. ^{c)}

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Östergötland	Jonköping	Kronoberg	Kalmar	Göteborg	Blekinge	Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västertotten	Norrbotten	Hela landet
1980	7,5	4,9	5,3	5,1	4,5	4,5	5,2	6,6	5,2	5,1	5,4	5,3	5,0	4,9	5,0	4,9	5,3	5,5	5,6	4,3	4,9	5,6
1981	7,2	4,6	4,9	4,8	4,2	4,3	5,1	6,2	4,8	4,5	4,9	5,0	4,8	4,6	4,6	4,6	4,9	5,2	5,3	4,0	4,5	5,2
1982	7,2	4,6	4,9	4,8	4,0	4,3	4,9	6,5	4,9	4,5	5,0	5,1	5,6	4,5	4,7	4,6	4,8	5,1	5,5	4,1	4,8	5,2
1983	6,9	4,4	4,7	4,5	3,9	4,1	4,6	6,3	4,6	4,3	4,7	5,0	5,2	4,4	4,3	4,4	4,5	4,8	5,3	3,9	4,9	5,0
1984	6,9	4,2	4,7	4,5	3,8	4,0	4,6	6,2	4,4	4,2	4,6	5,0	5,1	4,2	4,2	4,3	4,4	4,8	5,2	3,9	4,8	4,9
1985	6,8	4,3	4,6	4,4	3,8	3,9	4,5	6,2	4,3	4,0	4,4	4,8	4,7	4,2	4,2	4,2	4,4	4,7	5,2	3,9	5,0	4,9
1986	6,9	4,5	4,8	4,5	3,9	4,2	4,8	6,3	4,5	4,3	4,6	5,0	5,1	4,3	4,4	4,3	4,6	4,8	5,6	4,0	5,0	5,1
1987	6,6	4,4	4,6	4,3	3,7	4,0	4,5	6,2	4,4	4,1	4,4	4,8	4,7	4,2	4,1	4,4	4,4	4,6	5,4	3,7	4,8	4,8
1988	6,6	4,5	4,7	4,4	3,8	4,0	4,7	6,2	4,3	4,1	4,6	4,8	4,8	4,2	4,2	4,2	4,3	4,6	5,5	3,9	4,9	4,9
1989	6,7	4,5	4,8	4,4	3,8	4,1	4,9	6,2	4,4	4,1	4,7	4,8	4,9	4,2	4,3	4,1	4,3	4,6	5,6	3,9	5,1	5,0
1990	6,5	4,4	4,7	4,2	3,6	3,9	4,7	6,0	4,3	3,9	4,3	4,6	4,7	4,1	4,2	4,0	4,1	4,5	5,4	3,8	4,9	4,7
1991	6,4	4,2	4,6	4,1	3,5	3,9	4,6	5,9	4,1	3,8	4,4	4,5	4,5	4,0	4,1	4,1	4,1	4,5	5,2	3,8	4,8	4,6
1992	6,0	4,2	4,5	4,0	3,4	3,8	4,5	5,9	4,0	3,6	4,2	4,4	4,6	3,9	4,1	3,9	4,0	4,2	5,1	3,8	4,6	4,5
1993	5,8	4,1	4,2	3,9	3,4	3,6	4,4	5,7	3,8	3,7	4,0	4,3	4,3	3,6	4,0	3,7	3,7	3,9	4,8	3,6	4,2	4,3
1994	5,8	4,1	4,2	3,8	3,3	3,6	4,4	5,6	3,8	3,7	3,8	4,2	4,4	3,6	4,0	3,8	3,7	3,9	4,9	3,6	4,0	4,3
1995	5,6	4,0	4,2	3,7	3,2	3,4	4,3	5,5	3,6	3,4	3,4	4,0	4,4	3,5	3,8	3,8	3,6	3,9	5,0	3,7	4,0	4,1
1996	5,4	3,8	4,1	3,6	2,9	3,2	4,0	5,2	3,3	3,0	3,1	3,8	4,2	3,4	3,7	3,5	3,8	3,9	4,9	3,6	3,7	4,0
1997	5,4	3,9	4,3	3,6	2,7	3,1	4,0	5,3	3,1	2,8	3,2	3,8	4,4	3,4	4,1	3,7	3,5	3,9	5,0	3,7	3,8	3,9
1998	5,4	3,9	4,2	3,6	2,7	3,0	3,9	5,2	3,0	2,8	3,1	3,7	4,5	3,4	3,8	3,8	3,6	3,9	5,0	3,7	3,8	3,9
1999	5,6	4,2	4,5	3,8	2,9	3,2	4,2	5,6	3,3	3,0	3,4	4,0	5,0	3,7	4,1	4,1	3,9	4,2	5,4	4,1	4,1	4,2
2000	5,9	4,4	4,6	4,0	2,9	3,2	4,2	5,9	3,3	3,1	3,3	4,1	5,3	3,8	4,3	4,3	4,0	4,5	5,9	4,5	4,3	4,4
2001	6,1	4,5	4,9	4,3	3,1	3,5	4,4	6,3	3,5	3,1	3,6	4,4	6,0	4,1	4,5	4,6	4,5	4,8	6,3	4,8	4,7	4,6

Källa: Systembolaget.

a) Sedan 1991 inkluderas cider och sedan 1996 blanddrycker.

b) De svenska bryggeriernas direktsäljning av starköl till restaurangerna ingår ej.

c) Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger, varför siffrorna för 1995 och framåt inte är fullt jämförbara med tidigare år.

Tabell 5. Systembolagets försäljning länsvis av spritdrycker i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. a)

År	Stockholm	Uppsala	Södermanland	Ostergötland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Västernorrland	Jämtland	Västerbotten	Norbotten	Hela landet
1980	3,7	2,8	3,3	3,4	3,1	3,3	3,8	4,2	3,9	3,3	3,7	3,3	3,7	3,9	3,9	2,9	3,3	3,5
1981	3,4	2,5	3,0	3,0	2,8	3,0	3,5	3,7	3,5	2,8	3,2	2,9	3,0	3,6	3,5	2,6	2,9	3,0
1982	3,3	2,4	2,9	2,9	2,6	3,0	3,3	3,7	3,4	2,8	3,1	2,9	3,6	2,8	2,7	2,9	3,1	3,0
1983	3,0	2,2	2,6	2,6	2,4	2,7	3,0	3,4	3,1	2,6	2,8	2,7	3,3	2,6	2,4	2,6	2,4	2,8
1984	2,8	2,0	2,5	2,5	2,3	2,6	2,9	3,2	2,9	2,3	2,6	2,6	3,0	2,4	2,5	2,7	2,9	2,6
1985	2,7	2,0	2,4	2,4	2,2	2,5	2,8	3,1	2,8	2,2	2,2	2,4	2,1	2,1	2,8	2,4	3,1	2,5
1986	2,8	2,1	2,5	2,4	2,3	2,6	2,9	3,3	2,3	2,4	2,2	2,5	2,3	2,9	3,3	2,3	3,0	2,6
1987	2,5	2,0	2,3	2,2	2,1	2,4	2,7	3,0	2,7	2,2	2,4	2,3	2,6	2,2	2,1	2,2	2,8	2,4
1988	2,4	1,9	2,2	2,1	2,0	2,3	2,7	2,9	2,6	2,1	2,4	2,2	2,6	2,2	2,0	2,2	2,8	2,3
1989	2,4	1,9	2,2	2,1	2,0	2,3	2,7	2,8	2,5	2,0	2,3	2,2	2,6	2,1	2,0	2,1	2,8	2,3
1990	2,2	1,8	2,1	1,9	1,8	2,1	2,5	2,7	2,4	1,9	2,1	2,0	2,4	2,0	2,4	1,9	2,6	2,1
1991	2,2	1,7	2,1	1,9	1,8	2,1	2,5	2,7	2,3	1,8	2,1	2,0	2,3	1,9	2,4	1,9	2,6	2,1
1992	2,0	1,7	2,0	1,8	1,7	2,0	2,4	2,6	2,2	1,7	2,0	1,9	2,4	1,8	1,9	2,0	2,5	2,0
1993	1,9	1,6	1,8	1,7	1,7	1,9	2,3	2,5	2,0	1,7	1,9	1,8	2,2	1,7	1,7	1,8	2,2	1,8
1994	1,8	1,5	1,7	1,5	1,5	1,7	2,1	2,3	1,9	1,6	1,7	1,6	2,1	1,5	1,6	1,7	2,0	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	1,5	1,9	1,4	1,4	1,5	1,8	1,6
1996	1,5	1,2	1,5	1,3	1,2	1,5	1,8	1,9	1,5	1,3	1,3	1,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,6	1,4
1997	1,4	1,1	1,4	1,2	1,0	1,3	1,6	1,8	1,3	1,0	1,2	1,2	1,7	1,1	1,2	1,3	1,4	1,3
1998	1,3	1,1	1,3	1,1	1,0	1,2	1,5	1,7	1,2	1,0	1,2	1,1	1,3	1,1	1,1	1,3	1,4	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	1,2	1,2	1,1	1,2	1,3	1,6	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	1,2	1,2	1,1	1,2	1,4	1,3	1,2
2001	1,3	1,0	1,3	1,1	0,9	1,2	1,4	1,6	1,2	0,9	1,1	1,2	1,2	1,4	2,1	1,4	1,3	1,2

Källa: Systembolaget.

a) Sedan 1995 ingår ej alkoholdrycker som importerats och sålts direkt till restauranger, varför siffrorna för 1995 och framåt inte är fullt jämförbara med tidigare år.

Tabell 6. Systembolagets försäljning länsvis av **vin** a) i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. b)

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Oster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Götland	Blekinge	Skåne	Häland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norrbotten	Hela landet
1980	3,0	1,6	1,4	1,2	0,9	0,9	1,0	1,8	1,0	1,3	1,3	1,3	1,1	1,1	1,3	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9	0,9	1,5
1981	2,9	1,6	1,4	1,4	1,0	0,9	1,1	1,7	1,0	1,3	1,3	1,4	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9	0,9	1,5
1982	3,0	1,6	1,4	1,4	0,9	0,9	1,1	1,9	1,1	1,4	1,3	1,5	1,4	1,1	1,3	1,1	1,1	1,1	1,3	1,0	0,9	1,6
1983	3,0	1,6	1,5	1,4	1,0	1,0	1,1	2,0	1,1	1,4	1,3	1,5	1,3	1,2	1,3	1,2	1,1	1,1	1,4	1,0	1,0	1,6
1984	3,2	1,7	1,6	1,5	1,0	1,0	1,2	2,1	1,1	1,5	1,4	1,6	1,4	1,2	1,4	1,2	1,2	1,2	1,5	1,1	1,1	1,7
1985	3,2	1,8	1,6	1,5	1,0	1,0	1,2	2,1	1,1	1,5	1,4	1,6	1,3	1,3	1,4	1,2	1,3	1,3	1,5	1,1	1,1	1,7
1986	3,2	1,8	1,6	1,5	1,0	1,1	1,3	2,1	1,2	1,6	1,4	1,6	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,5	1,1	1,1	1,8
1987	3,1	1,8	1,6	1,5	1,0	1,1	1,2	2,1	1,2	1,6	1,4	1,6	1,3	1,3	1,4	1,2	1,3	1,2	1,5	1,0	1,1	1,7
1988	3,2	1,9	1,7	1,6	1,1	1,1	1,3	2,2	1,2	1,6	1,5	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,3	1,3	1,6	1,1	1,1	1,8
1989	3,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,7	1,6	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,3	1,3	1,6	1,1	1,2	1,9
1990	3,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,6	1,5	1,7	1,4	1,3	1,5	1,3	1,3	1,3	1,6	1,1	1,2	1,8
1991	3,2	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,6	1,6	1,7	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,6	1,2	1,2	1,8
1992	3,1	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,4	2,3	1,3	1,6	1,6	1,8	1,4	1,4	1,6	1,3	1,4	1,3	1,6	1,2	1,2	1,8
1993	3,0	1,9	1,7	1,6	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,7	1,5	1,8	1,4	1,3	1,6	1,3	1,3	1,3	1,5	1,2	1,1	1,8
1994	3,0	1,9	1,8	1,6	1,1	1,2	1,5	2,2	1,3	1,8	1,5	1,8	1,6	1,3	1,6	1,4	1,3	1,3	1,6	1,2	1,2	1,8
1995	3,0	1,9	1,7	1,6	1,1	1,2	1,5	2,2	1,3	1,6	1,4	1,7	1,5	1,3	1,6	1,4	1,3	1,3	1,6	1,2	1,1	1,8
1996	2,9	1,8	1,8	1,6	1,0	1,1	1,4	2,1	1,2	1,5	1,3	1,7	1,5	1,3	1,6	1,4	1,3	1,4	1,6	1,3	1,2	1,8
1997	2,9	2,0	1,9	1,6	1,0	1,2	1,5	2,3	1,2	1,4	1,4	1,8	1,6	1,4	1,7	1,5	1,4	1,5	1,8	1,4	1,3	1,8
1998	2,9	1,9	1,9	1,6	1,0	1,1	1,4	2,2	1,1	1,4	1,4	1,6	1,6	1,3	1,6	1,5	1,3	1,5	1,7	1,3	1,2	1,8
1999	3,1	2,1	2,1	1,8	1,1	1,2	1,6	2,5	1,4	1,5	1,5	1,8	1,9	1,5	1,8	1,7	1,6	1,7	2,1	1,6	1,4	1,9
2000	3,1	2,1	2,0	1,8	1,1	1,2	1,5	2,5	1,3	1,5	1,5	1,8	2,0	1,5	1,8	1,7	1,6	1,7	2,1	1,6	1,4	2,0
2001	3,3	2,3	2,3	2,0	1,2	1,4	1,8	2,9	1,4	1,6	1,7	2,1	2,4	1,7	2,1	2,0	1,9	2,0	2,5	1,9	1,7	2,2

Källa: Systembolaget.

a) Sedan 1991 inkluderar cider och sedan 1996 blanddrycker.

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

Tabell 7. Systembolagets försäljning länsvis av starköl a) i liter 100% alkohol per invånare 15 år och däröver. 1980–2001. b)

År	Stockholm	Uppsala	Söder- manland	Oster- götland	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Götland	Blekinge	Skåne	Häland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Väst- manland	Dalarna	Gävleborg	Väster- norrland	Jämtland	Väster- botten	Norbotten	Hela landet
1980	0,9	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,8	0,4	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
1981	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,4	0,4	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
1982	0,9	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,9	0,4	0,4	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,8	0,6
1983	0,9	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,9	0,4	0,4	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,8	0,6
1984	0,9	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,9	0,4	0,4	0,6	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,8	0,6
1985	0,9	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,9	0,4	0,4	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5	0,8	0,6
1986	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	1,0	0,4	0,4	0,6	0,8	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,8	0,6	0,9	0,7
1987	1,0	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	1,1	0,5	0,5	0,6	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,6	0,9	0,7
1988	1,0	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7	1,1	0,5	0,5	0,7	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,7	1,0	0,8
1989	1,1	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	1,2	0,6	0,5	0,8	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	1,0	0,8	1,1	0,8
1990	1,1	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	1,1	0,6	0,5	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	1,0	0,8	1,1	0,8
1991	1,0	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	1,0	0,5	0,5	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,7	1,0	0,7
1992	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	1,0	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,9	0,7	0,9	0,7
1993	0,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,7	1,0	0,5	0,5	0,6	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,9	0,7
1994	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,8	1,1	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,9	0,7
1995	1,0	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	1,2	0,6	0,5	0,6	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	1,0	0,8
1996	1,0	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,8	1,1	0,6	0,4	0,5	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	1,1	0,9	1,0	0,8
1997	1,1	0,8	1,0	0,8	0,7	0,6	0,9	1,2	0,6	0,4	0,6	0,8	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,2	1,0	1,1	0,8
1998	1,1	0,8	1,0	0,8	0,7	0,6	0,9	1,2	0,6	0,4	0,6	0,8	1,1	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	1,2	1,0	1,1	0,9
1999	1,2	1,0	1,1	1,0	0,8	0,7	1,1	1,5	0,7	0,5	0,7	1,0	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,4	1,2	1,3	1,0
2000	1,4	1,0	1,2	1,0	0,9	0,8	1,1	1,6	0,8	0,6	0,7	1,0	1,5	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,6	1,4	1,4	1,1
2001	1,5	1,1	1,3	1,2	1,0	0,9	1,3	1,8	0,9	0,6	0,8	1,1	1,7	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,8	1,5	1,6	1,2

Källa: Systembolaget.

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

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

Tabell 8. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen av liter spritdrycker, vin och starköl. 1977–2001.

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

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 9. Antal serveringstillstånd vid slutet av respektive år med tillstånd att servera sprit, vin och starköl till allmänheten samt antal serveringstillstånd för klubbar och slutna sällskap. 1977–2001.^{a)} (Diagram 3)

År	Till allmänheten					Till klubbar och slutna sällskap	Summa totalt
	Sprit-drycker	Vin	Starköl	Övriga	Summa till allmänheten		
1977	1 527	863	64	69	2 523	486	3 009
1978	1 614	938	63	86	2 701	827	3 528
1979	1 684	983	56	89	2 812	917	3 729
1980	1 739	991	56	100	2 886	968	3 854
1981	1 768	1 013	56	109	2 946	995	3 941
1982	1 850	1 064	49	117	3 080	1 007	4 087
1983	1 966	1 103	51	135	3 255	1 030	4 285
1984	2 161	1 191	57	116	3 525	1 123	4 648
1985	2 460	1 215	57	142	3 874	1 204	5 078
1986	2 712	1 225	53	154	4 144	1 265	5 409
1987	2 943	1 292	58	166	4 459	1 377	5 836
1988	3 124	1 328	56	184	4 692	1 477	6 169
1989	3 463	1 415	61	208	5 147	1 601	6 748
1990	3 729	1 492	63	244	5 528	1 692	7 220
1991	4 005	1 612	65	263	5 945	1 812	7 757
1992	4 347	1 735	75	282	6 439	1 845	8 284
1993	4 474	1 796	78	279	6 627	1 887	8 514
1994	5 143	1 934	87	296	7 460	1 916	9 376
1995	5 812	1 937	86	286	8 121	2 021	10 142
1996	..	..	..	..	..	..	..
1997	6 532	1 760	78	207	8 577	2 040	10 617
1998	7 077	1 615	74	263	9 029	1 904	10 933
1999	7 371	1 447	46	281	9 145	1 904	11 049
2000	7 945	1 367	42	290	9 644	1 906	11 550
2001	8 090	1 269	42	289	9 690	1 890	11 580

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Tillstånd att servera endast folköl är inte inräknade.

Tabell 10. Statens inkomster av alkoholhanteringen. Miljoner kronor. 1980–2000.

År	Dryckesskatt från			Vinstmedel från		Tull	Moms	Totalt
	Sprit	Vin	Öl	Vin & Sprit	Systembolaget			
1980	4 430	930	720	116	88	13	2 016	8 313
1981	4 477	1 053	798	115	86	9	2 230	8 768
1982	4 776	1 184	843	140	92	9	2 359	9 403
1983	5 025	1 401	952	175	107	9	2 862	10 531
1984	6 094	1 987	1 124	221	113	9	2 937	12 485
1985	5 241	1 973	1 157	279	144	7	3 242	12 043
1986	5 729	2 105	1 280	162	136	7	3 548	12 967
1987	5 780	2 304	1 467	149	142	10	3 784	13 636
1988	5 875	2 432	1 804	138	131	8	4 006	14 394
1989	6 087	2 648	2 104	93	176	10	4 410	15 528
1990	6 205	2 922	2 332	98	234	10	5 390	17 191
1991	6 231	3 041	2 559	387	600	12	5 813	18 643
1992	5 985	2 987	2 685	150	279	12	5 277	17 375
1993	5 748	2 787	2 632	150	141	16	5 117	16 591
1994	6 201	2 984	3 189	880	77	16	5 413	18 760
1995	5 483	2 901	3 162	350	214	16 ^{a)}	5 658	17 768
1996	4 907	3 233	3 406	·	39	·	4 410	15 995
1997	4 682	3 092	2 069	·	90	·	·	·
1998	4 672	3 144	2 139	·	115	·	3 800	13 870
1999	4 728	3 448	2 456	·	122	·	·	·
2000	4 884	3 606	2 395	·	50	·	·	·

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

a) Från och med 1996 tillfaller inte tullavgifter svenska staten.

Tabell 11. Konsumentutgifter för inköp av sprit, vin och starköl i systembutiker (S) och på restauranger (R) räknat i miljoner kronor. 1985–2000.

År		Sprit	Vin	Öl	Summa	Totalt
1985	S	7 345	3 879	1 603	12 828	
	R	919	892	1 376	3 188	16 015
	R %	11 %	19 %	46 %	20 %	
1986	S	7 639	4 172	1 897	13 707	
	R	992	973	1 679	3 644	17 351
	R %	11 %	19 %	47 %	21 %	
1987	S	7 894	4 482	2 199	14 575	
	R	1 071	1 034	2 017	4 121	18 696
	R %	12 %	19 %	48 %	22 %	
1988	S	7 996	4 735	2 641	15 371	
	R	1 097	1 032	2 383	4 512	19 883
	R %	12 %	22 %	47 %	23 %	
1989	S	8 355	5 264	3 091	16 710	
	R	1 240	1 113	2 943	5 296	22 006
	R %	13 %	17 %	49 %	24 %	
1990	S	8 595	5 866	3 431	17 892	
	R	1 206	1 085	3 335	5 627	23 519
	R %	12 %	16 %	49 %	24 %	
1991	S	8 834	6 350	3 686	18 870	
	R	1 225	1 001	3 582	5 809	24 884
	R %	12 %	14 %	49 %	24 %	
1992	S	8 497	6 456	3 602	18 555	
	R	1 133	921	3 620	5 675	24 230
	R %	12 %	12 %	50 %	23 %	
1993	S	8 387	6 613	3 361	18 360	
	R	1 103	901	3 795	5 799	24 159
	R %	12 %	12 %	53 %	24 %	
1994	S	8 267	7 191	3 589	19 047	
	R	1 217	1 029	4 229	6 475	25 552
	R %	13 %	13 %	54 %	25 %	
1995	S	7 858	7 406	3 581	18 845	
	R	1 170	1 001	3 976	6 147	25 060
	R %	13 %	12 %	53 %	25 %	
1996	S	7 424	7 813	3 552	18 794	
	R	1 169	1 131	3 743	6 043	25 035
	R %	14 %	13 %	51 %	24 %	
1997	S	6 959	8 110	3 225	18 294	
	R	1 406	1 376	4 383	7 165	25 459
	R %	17 %	15 %	58 %	28 %	
1998	S	6 907	8 462	3 264	18 633	
	R	1 643	1 532	4 262	7 437	26 070
	R %	19 %	15 %	57 %	29 %	
1999	S	7 065	9 211	3 661	19 937	28 907
	R	2 136	1 934	4 900	8 970	
	R %	23 %	17 %	57 %	31 %	
2000	S	7 576	9 795	3 986	21 357	31 091
	R	2 533	2 194	5 007	9 734	
	R %	25 %	18 %	56 %	31 %	

Källa: Statens folkhälsoinstitut.

Tabell 12. Realprisindex i Sverige för sprit, vin och starköl. Dec 1984–dec 2001. Realprisindex, dec 1984=100.

År	Sprit	Vin	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

Källa: Systembolaget.

Tabell 13. Skattning av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige per invånare 15 år och däröver 2001, uppdelad på dryckestyp och ursprung. (Diagram 4)

Dryckestyp och ursprung	Andel av resp dryckestyp (%)	Andel av den totala konsumtionen (%)	Liter alkohol 100%
Spritdrycker			
Systembolagets försäljning	48,0	13,0	
Resandeförsel	28,5	7,7	
Hembrända	9,4	2,6	
Smugglade	7,1	1,9	
Restaurangförsäljning	7,0	1,9	
Summa	100	27,2	2,50
Vin			
Systembolagets försäljning	65,3	23,9	
Resandeförsel	19,8	7,3	
Restaurangförsäljning	8,2	3,0	
Hemtillverkat	5,9	2,2	
Smugglat	0,8	0,3	
Summa	100	36,6	3,36
Starköl			
Systembolagets försäljning	48,3	13,0	
Restaurangförsäljning	22,8	6,1	
Resandeförsel	20,7	5,6	
Smugglat	7,9	2,1	
Hemtillverkat	0,3	0,1	
Summa	100	26,9	2,47
Folköl			
Livsmedelsbutiker	99,1	9,3	
Restaurangförsäljning	0,9	0,1	
Summa	100	9,4	0,87
Totalt		100	9,2

Källa: Stockholms Universitet, SoRAD.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Konsumtionsvaneundersökningar (tabellerna 14–31)

Som tidigare påpekats ger konsumtionsvaneundersökningar betydligt lägre konsumtionsvolymen än försäljningssiffrorna. Detta gäller i varje fall för vuxenundersökningarna. Dels underskattar man sin konsumtion dels kommer bortfallet att innehålla en överrepresentation av storkonsumenter, vilket bidrar till de för låga konsumtionssiffrorna.

I tabell 14 tillkom blanddrycker, dvs alkoholisk och stark cider, 1998. I och med att inga frågor ställdes om dessa drycker de närmast föregående åren, samtidigt som dryckerna fanns att köpa då, innebär det att totalkonsumtionsvolymen före 1998 varit något underskattande under några års tid.

Med begreppet ”ickekonsumenter” i tabellerna 15–16 avses elever som svarat att de inte dricker alkohol, övriga har åtminstone någon gång konsumerat alkohol.

Istället för 18 cl sprit enligt tabell 17 så efterfrågades en ”kvartering sprit” före 2000 (dvs 35 cl). Genom att ställa båda frågevarianterna år 2000 kunde man dra slutsatsen att förändringen ledde till så liten skillnad i svarsmönstret att den var försumbar. T o m 1977 efterfrågades 5 burkar mellanöl medan starkölsalternativet infördes 1988 och cideralternativet tillkom 1999.

I tabell 18 motsvaras ”Sthlm/Gbg/Mmö” av H-region 1, 8 och 9. ”Städer” motsvaras av H-region 3, ”Tätorter” av H-region 4 och ”Landsbygd” av H-region 5 och 6.

I tabellerna 19–21 beskrivs de mönstrandes konsumtionsvanor. På grund av ändrad frågekontext är inte svaren på berusningsfrågan i tabell 19 jämförbara med åren före 2000. År 1997 ändrades vinalternativen i tabell 20. Från att tidigare fråga om lätt- respektive starkvin ändrades formuleringen till vanligt vin respektive starkvin. Den kraftiga uppgången mellan åren 1996 och 1997 av andelen som i berusningssyfte uppger att de brukar dricka lättvin förklaras av detta. Gotland har uteslutits ur redovisningen i tabell 21 på grund av högt och snedfördelat bortfall.

I tabellerna 22–25 presenteras utvecklingen bland ungdomar 16–24 år (snedstreck mellan åren 1979/80–1989/90 innebär att undersökningen är genomförd över ett årsskifte). På grund av vissa metodologiska förändringar, bl a en övergång från besöks- till telefonintervjuer i 1996 års undersökning är det vanskligt att göra jämförelser över tid, i synnerhet som frågor om cider och alkoholisk inte började ställas förrän 1998. Vid undersökningen 2000 anlätades ett nytt opinionsinstitut (Intervjubolaget) vilket lett till ytterligare jämförelsesvårigheter (se kapitlet Metodproblem och tillförlitlighet).

Tabell 14. Beräknad årskonsumtion mätt i liter alkohol 100% bland elever i årskurs 9 efter dryckestyp och kön. 1977–2001. (Diagram 5)

År	Antal	Folköl		Starköl		Vin		Blanddrycker ^{a)}		Sprit		Totalt ^{b)}			
		Po	Fi	Po	Fi	Po	Fi	Po	Fi	Po	Fi	Po	Fi		
1977	6 034	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4,0	3,5
1978	9 543	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,7	2,9
1979	9 359	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3,3	2,7
1980	9 941	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,7	2,1
1981	9 496	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,6
1982	5 146	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,5	1,6
1983	1 641	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1984	32 819	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1985	1 502	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1986	5 820	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,3
1987	5 778	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,3	1,4
1988	5 430	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2,2	1,4
1989	5 714	0,9	0,4	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	0,9	0,6	2,3	2,7	1,4	1,5
1990	5 977	1,0	0,4	1,0	0,5	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,0	1,8		
1991	5 883	1,0	0,4	0,9	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,6		
1992	5 851	1,1	0,3	0,9	0,4	0,2	0,1	.	.	1,2	0,7	3,3	1,6		
1993	5 913	1,1	0,5	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,1	0,7	3,2	1,7		
1994	5 868	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2	0,2	.	.	1,2	0,7	3,3	1,8		
1995	5 577	1,2	0,7	0,6	0,3	0,2	0,2	.	.	1,0	0,7	3,0	1,9		
1996	6 027	1,2	0,6	0,7	0,4	0,1	0,2	.	.	0,9	0,6	3,0	1,7		
1997	5 683	1,2	0,6	0,8	0,4	0,1	0,2	.	.	1,0	0,8	3,2	2,0		
1998	5 455	1,2	0,6	0,9	0,4	0,1	0,2	0,4	0,4	1,2	0,9	3,9	2,4		
1999	5 198	1,1	0,4	1,0	0,4	0,1	0,2	0,4	0,4	1,4	1,0	3,9	2,3		
2000	5 290	1,2	0,4	1,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0,4	1,7	1,2	4,9	2,7		
2001	5 569	0,9	0,3	1,3	0,5	0,1	0,2	0,5	0,4	1,7	1,5	4,6	2,9		

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 15. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **pojkar** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2001.

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

Källa: CAN.

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

Tabell 16. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland **flickor** i årskurs 9 fördelad på olika mängdintervall. Procent. 1971–2001.

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

Källa: CAN.

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

Tabell 17. Berusningsbenägenhet. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2001. (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

Källa: CAN.

a) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl eller 6 burkar öl klass II (5 burkar mellanöl) vid samma tillfälle.

Tabell 18. Alkohol, rökning, sniffning, narkotika och anabola steroider efter befolkningstäthet och kön. Årskurs 9. Procent. 1999 och 2000.

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

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

Källa: CAN.

a) Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit eller en helflaska vin eller 4 burkar starköl eller 6 burkar öl klass II (5 burkar mellanöl) vid samma tillfälle.

Tabell 19. "Hur ofta dricker Du alkohol så att Du känner Dig berusad?"
Procentuell fördelning bland mönstrande. 1973–2001 ^{a)}. (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 ^{b)}	38 106	0,7	13,7	45,7	25,7	14,3
2001	39 842	0,9	13,9	46,7	24,3	14,2

Källa: CAN.

a) Pga snedfördelat bortfall har vägning tillgripits åren 1992–2001.

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

Tabell 20. "Brukar Du i berusningssyfte dricka någon eller några av följande drycker?" Procentuell fördelning bland mänstrande. 1981–2001.

År	Sprit (ej hem- bränt)	Hem- bränt	Smug- gel- sprit	Stark- vin ^{a)}	Lätt- 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	54,0	24,4	13,4	8,4	16,7	6,4	15,1	39,2	69,0	38,6
2001	53,6	21,4	13,2	7,9	16,2	6,2	12,4	36,8	68,5	34,9

Källa: CAN.

a) "Lättvin" ändrades 1997 till "Vanligt vin" varför svarsfrekvenserna för såväl "Lättvin" som "Starkvin" inte är jämförbara med tidigare år. Av frågan framgår att hemgjort vin ej skall uppges här.

Tabell 21. Mönstrandens alkohol-, narkotika-, sniffnings-, dopnings- respektive rökvanor fördelade på län. Procent. 2001.

Län	Antal	Dricker ej alko- hol	Intensiv- konsum- erar minst 1 gång/ vecka ^{a)}	An- vänt nar- kotika	Använt GHB	Sniffat någon gång	Använt anabola steroider	Röker
Stockholm	5 896	9,4	10,8	24,8	0,9	6,2	0,9	29,9
Uppsala	1 311	12,7	6,3	17,4	0,9	5,6	0,7	25,9
Södermanland	1 326	12,0	6,8	15,8	0,8	5,7	0,5	27,5
Östergötland	1 833	11,5	7,3	14,7	0,3	4,8	0,6	25,8
Jönköping	1 824	12,7	8,2	12,4	0,9	3,9	1,6	24,9
Kronoberg	791	9,5	7,7	14,2	0,5	2,4	0,8	26,7
Kalmar	1 124	8,3	5,9	11,7	0,6	3,6	0,6	23,9
Gotland	141	..	..	..	..	..	..	..
Blekinge	801	7,2	8,9	13,5	1,2	3,0	0,6	27,1
Skåne	4 827	8,9	7,3	18,2	0,8	4,5	0,7	28,0
Halland	1 540	7,3	11,0	16,6	1,6	4,6	0,5	27,9
Västra Götaland	7 936	9,6	11,8	18,7	2,9	6,5	1,3	29,9
Värmland	1 230	9,3	8,4	12,7	1,5	3,7	0,7	22,1
Örebro	1 090	11,5	8,8	11,8	0,6	4,4	0,6	25,1
Västmanland	1 159	9,7	5,3	12,4	0,9	4,8	1,1	25,3
Dalarna	1 227	9,0	9,9	17,7	0,5	6,4	0,5	24,7
Gävleborg	1 312	10,4	9,3	16,8	1,1	6,1	1,5	29,2
Västernorrland	1 077	11,4	7,1	15,8	4,2	7,1	1,0	23,9
Jämtland	574	7,5	9,1	19,9	2,4	9,4	1,2	34,0
Västerbotten	1 240	14,8	8,1	14,2	1,5	5,7	1,2	28,0
Norrbottnen	1 244	12,5	8,2	13,6	1,1	6,2	0,9	30,5
Hela riket	39 503	10,0	9,1	17,6	1,4	5,5	1,0	27,9

Källa: CAN.

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

Tabell 22. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **öl klass II** och **starköl** i liter alkohol 100%. 1979/80-2000. (Diagram 8)

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

1994	1,3	1,8	1,0	3,3	0,5	0,8	0,6	1,1
1996	1,8	1,7	1,4	3,4	0,5	0,7	0,3	1,1
1998	1,5	1,6	1,3	3,7	0,4	0,6	0,3	1,2
2000	1,2	1,8	0,9	3,6	0,3	0,5	0,2	1,0

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

Tabell 23. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **vin** (inklusive starkvin) och **cider** i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. (Diagram 8)

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

1994	0,5	·	0,7	·	0,5	·	0,9	·
1996	0,4	·	0,8	·	0,7	·	1,2	·
1998 ^{a)}	0,3	0,6	0,8	0,6	0,5	0,7	1,2	0,8
2000	0,3	0,8	1,0	0,6	0,5	0,7	1,4	0,8

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

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

Tabell 24. Beräknad årskonsumtion bland ungdomar av **starksprit** respektive den **totala årskonsumtionen** i liter alkohol 100%. 1979/80–2000. (Diagram 6 och 8)

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

1994	0,9	4,5	1,5	6,6	0,3	2,2	0,4	3,0
1996	1,1	5,0	1,9	7,5	0,4	2,3	0,4	3,0
1998 ^{a)}	0,8	4,8	1,7	8,2	0,4	2,7	0,5	4,0
2000	1,1	5,4	1,8	7,9	0,5	2,5	0,9	4,3

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

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

Tabell 25. Inställningen till alkohol bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. Procent.

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

Källa: Ungdomsundersökningen TEMO och Intervjubilaget.

Tabell 26. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,4	1,0	2,8	·	1,6	1,4	10,2
1983	3,4	0,8	2,7	·	1,8	1,4	9,9
1984	3,3	0,8	2,6	·	1,2	1,1	8,8
1985	3,1	1,0	2,8	·	1,9	1,5	10,2
1986	3,1	1,0	3,3	·	2,1	1,6	10,8
1987	3,0	0,8	2,7	·	1,9	1,4	9,7
1988	2,9	0,8	2,8	·	2,7	1,7	10,8
1989	3,2	0,7	3,0	·	2,6	1,9	11,2
1990	2,8	0,4	2,8	·	2,4	1,2	9,4
1991	·	·	·	·	·	·	·
1992	3,2	0,8	2,7	·	2,4	1,6	10,7
1993	2,5	0,6	2,5	·	3,0	1,9	10,5
1994	2,3	0,6	2,1	·	3,1	2,0	10,0
1996	2,3	0,6	2,4	·	3,1	1,8	10,1
1998	2,3	0,5	2,9	0,4	2,8	1,6	10,5
2000	2,1	0,5	2,8	0,4	2,7	1,5	9,9

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 27. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Kvinnor 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	1,3	0,8	2,6	·	0,6	0,7	6,0
1983	1,6	0,8	2,8	·	0,5	0,7	6,2
1984	1,5	0,6	2,4	·	0,4	0,6	5,4
1985	1,4	0,8	2,6	·	0,6	0,7	6,0
1986	1,4	0,6	2,9	·	0,8	0,8	6,4
1987	1,2	0,6	2,3	·	0,6	0,6	5,3
1988	1,2	0,8	2,8	·	0,5	1,0	6,2
1989	1,4	0,5	2,6	·	1,0	0,9	6,4
1990	1,2	0,4	2,1	·	0,6	0,6	4,8
1991	·	·	·	·	·	·	·
1992	1,7	0,8	2,7	·	1,1	0,8	7,2
1993	0,9	0,5	2,5	·	1,0	1,0	5,9
1994	1,1	0,4	1,9	·	1,2	1,0	5,6
1996	1,1	0,4	2,3	·	1,5	0,9	6,2
1998	0,9	0,4	3,0	0,4	0,9	0,6	6,3
2000	1,0	0,4	2,6	0,4	0,9	0,6	5,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 28. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Män 18–70 år.** 1982–2000. (Diagram 9)

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	5,5	1,3	3,3	·	2,7	2,1	14,6
1983	5,1	0,8	2,7	·	3,1	1,9	13,4
1984	5,0	1,0	3,0	·	2,0	1,5	12,0
1985	4,8	1,4	3,0	·	3,1	2,4	14,3
1986	4,7	1,3	3,7	·	3,3	2,3	15,0
1987	4,8	1,1	3,2	·	3,2	2,2	14,2
1988	4,7	0,8	2,7	·	4,9	2,5	15,4
1989	4,9	0,9	3,3	·	4,1	2,8	15,8
1990	4,3	0,4	3,4	·	4,0	1,8	13,7
1991	·	·	·	·	·	·	·
1992	4,8	0,9	2,6	·	3,7	2,2	14,3
1993	4,1	0,8	2,5	·	4,8	2,7	14,9
1994	3,5	0,6	2,2	·	4,9	3,0	14,3
1996	3,5	0,7	2,4	·	4,6	2,7	13,9
1998	3,5	0,7	2,8	0,4	4,6	2,4	14,5
2000	3,2	0,5	3,0	0,3	4,4	2,3	13,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 29. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 18–29 år.** 1982–2000. (Diagram10)

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

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,3	1,0	3,3	·	1,1	1,3	9,8
1983	3,5	0,8	2,7	·	1,2	1,3	9,2
1984	2,7	0,8	3,4	·	0,8	1,2	8,8
1985	3,0	0,9	3,5	·	1,2	1,5	10,0
1986	3,0	0,9	4,2	·	1,2	1,7	10,9
1987	2,7	0,8	3,5	·	1,6	1,4	9,8
1988	2,7	0,7	3,6	·	2,0	1,8	10,6
1989	2,8	0,8	3,6	·	1,7	2,0	10,6
1990	3,0	0,6	3,7	·	2,2	1,5	10,8
1991	·	·	·	·	·	·	·
1992	3,3	0,8	3,3	·	2,4	1,8	11,6
1993	2,0	0,6	2,9	·	2,7	2,2	10,4
1994	2,0	0,4	2,4	·	2,4	2,2	9,5
1996	2,4	0,6	2,4	·	3,0	2,1	10,5
1998	2,2	0,5	3,0	0,2	2,8	1,6	10,3
2000	1,5	0,5	3,0	0,2	2,9	1,5	9,6

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabell 31. Den beräknade genomsnittskonsumtionen per vecka, mätt i centiliter alkohol 100%. **Åldersgruppen 50–70 år.** 1982–2000. (Diagram 10)

År	Sprit	Starkvin	Lättvin	Cider	Starköl	Folköl	Totalt ^{a)}
1982	3,5	0,8	1,9	·	0,6	1,0	7,7
1983	3,3	0,7	2,2	·	0,7	1,0	7,9
1984	3,7	0,6	1,8	·	0,6	0,8	7,1
1985	2,8	1,0	1,7	·	0,4	1,3	7,2
1986	2,5	0,7	2,0	·	0,6	1,2	6,7
1987	3,2	0,8	1,6	·	0,4	0,9	6,6
1988	2,8	0,4	2,3	·	0,7	1,6	7,7
1989	3,0	0,6	2,2	·	1,0	1,7	8,2
1990	2,2	0,3	2,1	·	0,4	1,2	6,1
1991	·	·	·	·	·	·	·
1992	3,1	0,9	2,2	·	0,6	1,3	8,1
1993	2,8	0,5	2,9	·	0,9	1,4	8,5
1994	2,1	0,4	2,1	·	0,7	1,6	7,0
1996	1,8	0,6	3,0	·	1,0	1,2	7,7
1998	2,4	0,6	3,3	0,1	1,5	1,3	9,1
2000	2,3	0,4	3,3	0,1	1,5	1,2	8,8

Källor: SIFO och TEMO.

a) Av SIFO/TEMO redovisade totalsiffror.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Skadeutvecklingen (tabellerna 32–50)

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

Tabellerna 32–33 beskriver antalet intagna i hem för vård eller boende enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Socialtjänstlagen (SoL). Tabellerna redovisar situationen 1 november från och med 1998. Tidigare år gjordes dessa tvärsnittundersökningar den 31 december vilket kan ha haft en viss inverkan på uppgifterna. 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).

I tabellerna 34–41 redovisas uppgifter rörande sjukhusvård och dödlighet och det bör påpekas att man 1997 införde det senaste klassifikationssystemet för sjukdomar och dödsorsaker, ICD 10. Detta leder till att jämförbarheten med tidigare år minskar, även om klassifikationen är detaljrikare än tidigare (se bilaga 2 för en närmare beskrivning av sjuk- och dödsorsaksklassifikationerna). Som framgår av tabellerna har klassifikationssystemet ändrats även vid tidigare tillfällen.

I tabellerna 35 och 36 redovisas åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden för att eliminera de skillnader som beror på variationer i åldersstrukturen.

Tabell 50 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 32. Antal intagna på grund av missbruk i hem för vård eller boende den 1 november ^{a)} enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och Socialtjänstlagen (SoL). 1983–2000.

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	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

Källa: Missbrukare och övriga vuxna – Insatser år 2000, Socialstyrelsen.

a) Den 31 december t o m 1997.

b) Fr o m 1998 inräknas ej längre 18–20-åringar vårdade enl SoL.

Tabell 33. Antal personer i institutionsvård enligt LVM den 1 november ^{a)} efter kön och missbrukets art. 1983–2000.

År	Antal					Missbrukets art					
	Totalt	Män		Kvinnor		Alkohol		Narkotika		Alkohol o narkotika	
		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

Källa: Missbrukare och övriga vuxna – Insatser år 2000, Socialstyrelsen.

a) Den 31 december t o m 1997.

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

Tabell 34. Antal utskrivningar med alkoholrelaterade huvuddiagnoser (se bilaga 2) inom den totala slutenvården samt deras andel av totala antalet utskrivningar. 1987–2000. ^{a)}

År	Antal utskrivningar			Andel alkoholrelaterade utskrivningar					
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
1987	763 164	909 133	1 672 297	40 917	5,4	10 461	1,2	51 378	3,1
1988	745 701	887 610	1 633 311	38 919	5,2	10 001	1,1	48 920	3,0
1989	727 536	792 996	1 520 532	35 000	4,8	9 664	1,2	44 664	2,9
1990	739 953	906 499	1 646 452	34 019	4,6	9 583	1,1	43 602	2,6
1991	770 175	940 209	1 710 384	32 589	4,2	9 510	1,0	42 099	2,5
1992	762 814	942 309	1 705 123	32 885	4,3	9 764	1,0	42 649	2,5
1993	770 038	947 744	1 717 782	32 919	4,3	9 570	1,0	42 489	2,5
1994	753 971	919 048	1 673 019	33 180	4,4	10 047	1,1	43 227	2,6
1995	732 985	889 917	1 622 902	31 340	4,3	9 579	1,1	40 919	2,5
1996	723 863	869 048	1 592 911	29 103	4,0	9 459	1,1	38 562	2,4
1997	702 689	844 408	1 547 097	27 493	3,9	9 325	1,1	36 818	2,4
1998	701 372	847 655	1 549 027	25 838	3,7	9 033	1,1	34 871	2,3
1999	689 214	825 768	1 514 982	26 532	3,8	9 525	1,2	36 057	2,4
2000	670 460	806 187	1 476 647	27 091	4,0	9 924	1,2	37 015	2,5

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) År 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 detta årtal.

Tabell 35. Antal dödsfall med alkoholdiagnos (se bilaga 2) som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Antal och standardiserade dödstal. 1969–1999. a)

År	Män		Kvinnor		Totalt Antal
	Antal	Standardiserade dödstal	Antal	Standardiserade dödstal	
1969	598	15,7	73	1,9	671
1970	651	17,1	86	2,1	737
1971	760	19,7	96	2,4	856
1972	893	23,2	111	2,7	1 004
1973	1 006	25,9	121	2,9	1 127
1974	1 154	29,8	151	3,8	1 305
1975	1 139	29,3	183	4,7	1 322
1976	1 274	32,8	240	5,9	1 514
1977	1 428	36,4	238	6,0	1 666
1978	1 508	38,0	258	6,3	1 766
1979	1 777	44,8	327	7,9	2 104
1980	1 712	43,8	319	7,8	2 031
1981	1 510	37,9	264	6,2	1 774
1982	1 643	41,3	277	6,5	1 920
1983	1 517	38,2	270	6,5	1 787
1984	1 498	37,7	270	6,4	1 768
1985	1 433	35,7	283	6,5	1 716
1986	1 492	37,1	295	7,0	1 787
1987	1 535	37,8	313	7,3	1 848
1988	1 522	37,5	314	7,4	1 836
1989	1 532	37,6	289	6,7	1 821
1990	1 556	37,9	315	7,3	1 871
1991	1 612	39,1	351	7,9	1 963
1992	1 640	39,7	346	7,8	1 986
1993	1 602	38,7	299	6,7	1 901
1994	1 542	36,7	341	7,6	1 883
1995	1 565	36,9	365	8,1	1 930
1996	1 514	35,6	332	7,3	1 846
1997	1 386	32,4	318	6,9	1 704
1998	1 388	31,9	365	7,9	1 753
1999	1 381	31,7	357	7,7	1 738

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 7, ICD 8, ICD 9 och ICD 10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 36. Dödlighet i alkoholdiagnos (se bilaga 2) länsvis som underliggande eller bidragande dödsorsaker. Standardiserade dödstal. 1987–1999.

Län	År	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97 ^{a)}	98	99
Stockholm		32	29	28	31	32	33	31	29	30	31	22	26	26
Uppsala		14	16	17	18	19	19	20	16	18	16	15	16	13
Södermanland		21	17	18	13	28	23	18	18	22	15	11	14	13
Östergötland		17	14	18	14	19	16	21	18	17	15	17	16	10
Jönköping		13	14	15	19	18	18	14	13	15	13	10	13	13
Kronoberg		14	13	15	15	12	14	12	10	15	13	17	19	19
Kalmar		18	15	19	15	14	16	19	14	13	15	12	15	11
Gotland		21	12	13	6	12	30	18	15	33	28	14	14	13
Blekinge		18	9	16	17	21	18	18	14	18	19	15	19	20
Skåne		18	18	17	19	22	19	19	22	23	20	24	19	21
Halland		15	19	14	15	16	15	19	13	17	17	15	18	18
Västra Götaland		36	38	34	39	33	35	32	31	33	31	29	21	22
Värmland		23	19	26	18	19	23	19	19	20	16	21	14	16
Örebro		21	24	15	15	19	20	22	18	15	16	17	13	13
Västmanland		14	18	18	19	20	21	23	23	20	19	13	18	17
Dalarna		16	16	21	19	18	16	20	22	16	21	17	14	17
Gävleborg		13	23	27	17	23	23	25	24	28	17	22	16	18
Västernorrland		26	24	23	24	26	23	23	24	23	21	19	22	20
Jämtland		30	34	24	31	29	31	18	20	23	15	16	22	15
Västerbotten		14	15	17	19	14	17	17	15	15	18	15	12	13
Norrbottn		24	26	28	22	24	18	19	24	20	20	17	23	22
Hela landet		22	22	22	22	23	23	22	22	22	21	19	19	19

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 10). En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser med tidigare år.

Tabell 37. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholpsykos (F10.3–F10.9).** 1956–1999. ^{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

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

^{a)} Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 7, ICD 8, ICD 9 och ICD 10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 38. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholberoende** (F10.2). 1956–1999. ^{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

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 7, ICD 8, ICD 9 och ICD 10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 39. Alkoholrelaterad dödlighet: **Levercirrhos m fl kroniska leversjukdomar** (K70.0–K70.4, K74.0–K74.6, K76–K76.1, K76.6). 1956–1999. ^{a)}

År	Underliggande dödsorsak	Bidragande dödsorsak	Män	Kvinnor	Totalt
1956	380	·	246	134	·
1957	391	·	232	159	·
1958	386	·	233	153	·
1959	358	·	202	156	·
1960	378	·	218	160	·
1961	449	·	281	168	·
1962	456	·	291	165	·
1963	430	·	265	165	·
1964	436	·	282	154	·
1965	487	432	556	363	919
1966	534	492	651	375	1 026
1967	582	462	649	395	1 044
1968	576	582	753	405	1 158
1969	637	592	781	448	1 229
1970	653	597	793	457	1 250
1971	751	575	870	456	1 326
1972	825	556	949	432	1 381
1973	843	613	975	481	1 456
1974	859	611	1 022	448	1 470
1975	998	579	1 095	482	1 577
1976	1 062	566	1 093	535	1 628
1977	1 022	560	1 103	479	1 582
1978	1 031	572	1 122	481	1 603
1979	1 013	569	1 102	480	1 582
1980	1 013	557	1 053	517	1 570
1981	873	550	942	481	1 423
1982	726	623	945	404	1 349
1983	687	594	860	421	1 281
1984	680	568	826	422	1 248
1985	621	539	756	404	1 160
1986	665	568	843	390	1 233
1987	599	534	718	415	1 133
1988	604	530	720	414	1 134
1989	643	520	769	394	1 163
1990	649	513	775	387	1 162
1991	593	545	759	379	1 138
1992	632	487	734	385	1 119
1993	569	586	771	384	1 155
1994	550	587	751	386	1 137
1995	589	576	727	438	1 165
1996	501	588	731	358	1 089
1997	442	459	614	287	901
1998	542	463	669	336	1 005
1999	531	400	623	308	931

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

^{a)} Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 infördes nya principer för klassificering av dödsorsaker (ICD 7, ICD 8, ICD 9 och ICD 10). En viss försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa årtal.

Tabell 40. Alkoholrelaterad dödlighet: **Alkoholförgiftning** (T51.0–T51.9), 1956–1999. ^{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	338
1998	72	272	238	106	344
1999	63	249	209	103	312

Källor: 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 41. Antal dödsfall i alkoholpsykos, alkoholism, levercirrhos och alkoholförgiftning per 100 000 invånare (underliggande dödsorsaker). 1956–1999. a) (Diagram 11, 12 och 14)

År	Alkoholpsykos (F10.1, F10.3– F10.9)	Alkoholism (F10.2, G31.2)	Lever- cirrhos ^{b)}	Alkohol- förgiftning (T51)	Totalt per 100 000 invånare	Index 1975= 100
1956	0,4	1,0	5,2	0,3	6,9	39
1957	0,2	1,1	5,3	0,1	6,8	38
1958	0,2	0,8	5,2	0,2	6,5	36
1959	0,3	0,6	4,8	0,1	5,8	33
1960	0,1	0,6	5,1	0,2	6,0	34
1961	0,3	0,5	6,0	0,3	6,9	39
1962	0,2	0,5	6,0	0,2	6,8	38
1963	0,2	0,7	5,7	0,4	7,0	39
1964	0,2	0,7	5,7	0,4	7,0	39
1965	0,1	0,9	6,3	0,7	8,0	45
1966	0,2	1,2	6,8	0,7	8,9	50
1967	0,2	1,9	7,4	1,1	10,6	60
1968	0,1	1,8	7,3	1,4	10,6	60
1969	0,2	2,4	8,0	0,2	10,8	61
1970	0,1	2,8	8,1	0,3	11,3	64
1971	0,2	2,0	9,3	1,9	13,3	75
1972	0,2	2,0	10,2	1,9	14,2	80
1973	0,1	2,5	10,4	2,5	15,5	87
1974	0,2	2,6	10,5	3,4	16,7	94
1975	0,1	2,2	12,2	3,3	17,8	100
1976	0,4	2,9	12,9	3,1	19,3	108
1977	0,1	3,1	12,4	3,9	19,5	109
1978	0,1	3,6	12,5	4,1	20,2	114
1979	0,1	4,6	12,2	4,0	21,0	118
1980	0,2	5,2	12,2	2,6	20,1	113
1981	0,1	4,9	10,5	2,5	18,0	101
1982	0,1	5,7	8,7	2,9	17,4	98
1983	0,1	4,6	8,3	3,2	16,2	91
1984	0,1	5,4	8,2	3,7	17,3	97
1985	0,2	5,3	7,4	2,9	15,8	89
1986	0,1	6,2	8,0	2,4	16,7	94
1987	0,1	4,1	7,1	1,9	13,2	74
1988	0,2	4,0	7,1	2,1	13,5	76
1989	0,2	4,1	7,6	1,7	13,6	77
1990	0,3	4,5	7,6	1,9	14,3	80
1991	0,2	4,4	6,9	2,0	13,5	76
1992	0,3	3,5	7,3	1,6	12,7	71
1993	0,3	3,7	6,5	1,6	12,1	68
1994	0,3	3,6	6,3	1,5	11,6	65
1995	0,2	3,3	6,7	1,4	11,5	65
1996	0,3	2,9	5,7	1,6	10,5	59
1997	0,2	4,4	5,0	0,7	10,4	58
1998	0,3	4,6	6,1	0,8	11,8	66
1999	0,8	4,4	6,2	0,7	12,0	67

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.

b) Fr om 1997 ICD-10 koder: K70.0–K70.4, K74.0–K74.6, K76.0–K76.1, K76.6

Tabell 42. Antal ingripanden enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter kön. 1963–2001 ^{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

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

^{a)} Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år ej medtagits. Dessa uppgick 2001 till 255 personer.

Tabell 43. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter ålder och kön. 1963–2001.^{a)} (Diagram 14)

År	15–17 år	18–19 år ^{b)}	20 år och däröver ^{b)}	15 år och däröver			Index 1975=100
	Totalt	Totalt	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt	
1963	9	21	18	34	1	17	89
1964	10	22	19	37	1	19	100
1965	11	26	19	38	1	20	105
1966	11	25	19	38	1	19	100
1967	13	25	20	40	1	20	105
1968	12	22	18	35	1	18	95
1969	11	24	17	34	1	17	89
1970	11	25	16	32	1	16	84
1971	12	23	16	32	1	16	84
1972	12	23	17	34	1	17	89
1973	12	23	17	34	2	17	89
1974	14	26	18	36	2	19	100
1975	14	27	18	36	2	19	100
1976	12	24	17	33	2	17	89
1977	9	15	13	24	1	13	68
1978	11	22	16	33	2	17	89
1979	11	25	18	36	2	19	100
1980	10	25	19	36	2	19	100
1981	9	22	18	34	2	18	95
1982	10	22	18	36	2	19	100
1983	9	19	18	33	2	17	89
1984	8	18	15	31	2	16	84
1985	7	15	13	27	2	14	74
1986	9	17	13	27	2	14	74
1987	9	15	12	26	2	14	74
1988	9	16	11	24	2	13	68
1989	8	16	10	22	2	12	63
1990	9	14	9	20	2	11	58
1991	8	13	8	19	2	10	53
1992	7	13	8	15	1	9	47
1993	8	14	8	15	1	8	42
1994	9	16	9	17	2	9	47
1995	8	14	7	14	1	7	37
1996	6	11	7	12	1	7	37
1997	7	13	7	13	1	7	37
1998	8	15	7	14	1	7	37
1999	7	12	5	11	1	6	32
2000	6	12	5	10	1	5	26
2001	6	12	5	9	1	5	26

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) I denna tabell ingår ej oidentifierade personer. 2000 var dessa 8 731.

b) 18–20 år före 1970.

Tabell 44. Antal ingripanden per 1 000 invånare enligt brottsbalken för fylleri eller (från 1977) enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), efter län. 1986–2001 ^{a)}.

Län	År	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Stockholm		14	12	11	10	8	8	8	8	10	8	7	6	7	4	3	3
Uppsala		7	6	6	6	6	6	6	6	7	6	6	6	7	5	4	5
Södermanland		13	12	13	13	13	15	13	13	15	12	12	12	13	11	9	8
Östergötland		14	12	12	11	10	9	9	10	11	9	8	8	9	8	9	8
Jönköping		11	11	11	10	9	8	7	7	7	5	5	6	6	5	5	5
Kronoberg		7	7	7	7	7	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	3
Kalmar		10	9	9	9	7	6	5	5	6	4	4	4	4	4	5	4
Gotland		12	11	10	10	9	9	7	8	7	6	5	6	5	5	5	5
Blekinge		12	12	12	11	10	8	7	8	10	6	6	6	10	9	8	6
Skåne		8	7	8	7	6	6	6	5	7	5	5	6	6	5	4	4
Halland		6	6	7	7	7	6	6	6	7	5	5	6	7	6	7	6
Västra Götaland		16	17	14	13	12	11	10	10	11	10	9	9	11	8	8	7
Värmland		12	10	10	8	8	7	6	7	8	6	6	6	8	5	5	4
Örebro		10	10	11	10	11	12	10	10	11	9	8	8	10	7	7	7
Västmanland		15	15	14	14	13	13	13	13	16	12	9	10	11	10	9	9
Dalarna		11	11	11	9	7	7	6	6	7	5	5	4	4	4	3	5
Gävleborg		9	8	8	7	6	6	5	5	6	4	4	4	4	2	3	3
Västernorrland		10	10	9	9	9	10	9	9	9	7	6	7	6	6	6	6
Jämtland		8	8	8	6	6	5	5	4	7	6	6	6	8	6	6	6
Västerbotten		8	7	7	7	7	6	5	6	6	5	5	6	6	4	4	4
Norrbotten		11	10	10	9	9	8	8	9	10	8	7	7	8	7	7	6
Hela landet		12	11	10	10	9	8	8	8	9	7	7	7	7	6	5	5

Källa: Trafikregistret, Vägverket.

a) Sedan 1991 har omhändertaganden av personer under 15 år inte medtagits. För åren 1973-1985, se Rapport 98.

Tabell 45. Anmälda trafiknykterhetsbrott. 1950–2001.

Anmälda brott			Anmälda brott			Anmälda brott		
År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare	År	Antal	Per 100 000 invånare
1950	3 460	49	1970	17 036	212	1990	25 508	297
1951	4 658	66	1971	18 672	231	1991	26 100	302
1952	5 530	78	1972	18 108	223	1992	24 563	284
1953	6 508	91	1973	19 680	242	1993	24 298	278
1954	7 442	103	1974	20 931	256	1994	21 011	239
1955	9 071	125	1975	21 685	265	1995	17 078	193
1956	11 694	160	1976	20 766	253	1996	15 023	170
1957	12 026	163	1977	22 187	269	1997	13 551	153
1958	12 286	166	1978	22 671	274	1998	12 127	137
1959	13 490	181	1979	21 701	262	1999	13 941	157
1960	12 702	170	1980	21 681	261	2000 ^{a)}	17 403	196
1961	13 329	177	1981	21 065	253	2001	17 886	201
1962	12 678	168	1982	21 217	255			
1963	12 592	166	1983	22 493	270			
1964	14 822	193	1984	21 925	263			
1965	16 494	213	1985	19 769	237			
1966	17 031	218	1986	23 152	277			
1967	18 001	229	1987	22 923	273			
1968	15 923	201	1988	24 351	298			
1969	18 442	231	1989	26 167	308			

Källa: Brå.

^{a)} År 2000 ändrades rutinerna för brottsanmälan vilket påverkade redovisningen av trafikbrotten.

Tabell 46. Personer i olika åldrar som misstänkts för trafiknykterhetsbrott. 1975–2000 ^{a)}.

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

Källa: Brå.

a) Åren 1987–1994 redovisas 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) Åldersuppgifter saknas för 14 personer.

Tabell 47. Delaktiga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada, efter olyckans allvarlighetsgrad och misstanke om alkoholpåverkan, 1966–2000. a) (Diagram 13)

År	Olyckor med dödlig utgång				Olyckor med annan svår personskada				Olyckor med lindrig personskada				Delaktiga förare totalt			
	Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkan		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkan		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkan		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkan	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1966	1 657	9	5 095	6	17 073	731	4	23 825	1 197	5	100					
1967	1 345	10	5 727	7	15 665	683	4	22 737	1 199	5	100					
1968	1 583	119	6 586	428	16 806	694	4	24 975	1 241	5	104					
1969	1 617	145	7 289	439	16 787	693	4	25 693	1 277	5	107					
1970	1 629	122	7 271	482	15 668	711	5	24 568	1 315	5	110					
1971	1 541	134	7 641	565	14 746	754	5	23 928	1 453	6	121					
1972	1 475	121	7 145	576	14 772	745	5	23 392	1 442	6	120					
1973	1 575	112	7 957	573	15 219	822	5	24 751	1 507	6	126					
1974	1 450	130	7 549	637	13 930	754	5	22 929	1 521	7	127					
1975	1 446	131	7 155	616	14 384	809	6	22 985	1 556	7	130					
1976	1 447	124	7 269	594	16 363	801	5	25 079	1 519	6	127					
1977	1 311	127	7 111	513	15 448	808	5	23 870	1 448	6	121					
1978	1 334	106	6 861	523	15 060	817	5	23 255	1 446	6	121					
1979	1 161	100	6 381	472	14 658	689	5	22 200	1 261	6	105					
1980	1 053	87	6 254	476	13 857	670	5	21 164	1 233	6	103					
1981	989	88	6 353	422	13 227	584	4	20 569	1 094	5	91					
1982	936	85	6 299	465	13 376	619	5	20 061	1 169	6	98					
1983	974	88	6 270	507	14 581	696	5	21 825	1 291	6	108					
1984	989	88	6 397	449	15 677	693	4	23 063	1 230	5	103					

Tabell 47. (forts)

År	Olyckor med dödlig utgång				Olyckor med annan svår personskada				Olyckor med lindrig personskada				Delaktiga förare totalt			
	Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkade		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkade		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkade		Delaktiga förare		Därav misst. alkoholpåverkade	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1985	981	9	89	6	386	6	6 013	15 511	572	4	22 505	1 047	5	87		
1986	1 063	8	87	411	7	6 005	16 500	754	5	23 568	1 252	5	105			
1987	1 035	11	119	441	8	5 679	15 827	691	4	22 541	1 251	6	105			
1988	1 069	7	73	477	7	6 200	17 353	746	4	24 622	1 296	5	108			
1989	1 085	9	108	519	8	5 496	18 257	949	5	25 332	1 576	6	132			
1990	999	8	82	480	8	5 879	17 437	756	4	24 315	1 318	5	110			
1991	956	9	87	384	7	5 018	16 875	702	4	22 849	1 173	5	98			
1992	936	9	86	343	7	5 032	16 409	615	4	22 377	1 044	4	87			
1993	823	8	73	334	7	4 600	15 835	571	3	21 258	978	4	82			
1994	738	7	52	308	7	4 437	17 565	503	3	22 740	863	4	72			
1995	764	5	40	269	6	4 218	17 978	468	3	22 960	777	3	65			
1996	686	5	35	249	6	3 891	17 027	453	3	21 612	737	3	62			
1997	732	7	50	231	6	4 097	18 308	472	3	23 137	753	3	63			
1998	715	6	40	244	6	4 237	18 787	497	3	23 739	781	3	65			
1999	713	6	40	258	6	4 324	18 759	493	3	23 952	791	3	66			
2000	786	6	51	306	7	4 363	18 952	498	3	24 215	855	4	71			

Källa: Vägverket.

a) I tabellen ingår ej sådana olyckor för vilka uppgifter om ev alkoholpåverkan hos föraren saknas.

Tabell 48. Andelen alkoholpåverkade förare av samtliga förare av motorfordon (inkl moped) i polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada efter förarens ålder. År 2000.

Förarens ålder	Samtliga förare	%	Misstänkt påverkad förare	%	Andel misstänkta förare i resp ålderskategori (%)
-15	79	0	1	0	1
15	400	2	10	1	3
16-17	235	1	30	4	13
18-19	1 111	5	56	7	5
20-24	2 799	12	128	15	5
25-34	4 856	20	198	23	4
35-44	4 472	18	193	23	4
45-54	3 597	15	129	15	4
55-64	2 404	10	71	8	3
65-74	1 203	5	12	1	1
75-	946	4	7	1	1
Okänd	2 113	9	20	2	1
Totalt	24 215	100	855	100	4

Källa: Vägverket.

Tabell 49. Antal lagföringar för sjöfylleri under tidsperioden 1974-2000.

År	Antal	År	Antal	År	Antal
1974	58	1983	125	1992	74
1975	58	1984	111	1993	67
1976	64	1985	98	1994	62
1977	61	1986	95	1995	70
1978	72	1987	80	1996	75
1979	86	1988	94	1997	64
1980	123	1989	84	1998	69
1981	128	1990	84	1999	48
1982	106	1991	77	2000	77

Källa: Brå.

Tabell 50. Alkohol förekomst hos samtliga drunknade som undersökts rättsmedicinskt. 1992–2001.

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

Källa: Rättsmedicinalverket.

Tabellkommentarer: Alkoholutvecklingen; Internationella aspekter (tabellerna 51–56)

I tabell 51 beskrivs alkoholpolitikens strikthet inom EU. Beräkningsgrunderna för detta beskrivs närmare i kapitel 2 och detta är hämtat ur den s k ECAS-studien.

I tabell 52 och 53 beskrivs utvecklingen av försäljningen av alkoholdrycker i ett antal olika länder. Försiktighet vid jämförelse av de absoluta konsumtionsnivåerna länderna emellan rekommenderas. Försäljningssiffror är inte alltid insamlade på likartat sätt och under exakt samma tidsperiod. T ex ingår lättdrycker för vissa länder men inte för andra, ibland baseras data på produktion istället för försäljning osv. Däremot kan utvecklingen i olika länder jämföras, även om det även i dessa fall är viktigt att beakta att det kan förekomma förändringar som förrycker statistiken, kvalitetsbrister etc. T ex kan man ställa sig frågande till den stora ökningen av alkoholkonsumtionen i Luxemburg mellan 1997 och 1998. Vidare kan andelen oregistrerad konsumtion variera, såväl mellan länder som över tid inom ett och samma land.

I tabell 54 redovisas försäljningsdata från den s k ECAS-studien. Länderna är indelade i tre kluster, ett med vinländer (Frankrike, Grekland, Italien, Portugal, Spanien) ett med ölländer (Belgien, Danmark, Irland, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Österrike) och ett med spritländer (Finland, Norge, Sverige). I tabell 55 redovisas utvecklingen av levercirrhosdödligheten (räknat som underliggande dödsorsaker) under tre tidsperioder respektive 1995, både länderspecifikt men även som medelvärden för grupperna. I tabell 56 beskrivs den årliga levercirrhosdödligheten under en 40-årsperiod enligt indelningen ovan och även i detta fall är det underliggande dödsorsaker som redovisas.

Tabell 51. 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
<i>Medelvärde</i>	6,8	7,7	8,7	10,2	11,4	11,4

Källa: ECAS.

Tabell 52. Försäljning av alkoholhaltiga drycker i olika länder i liter (vin och öl) och i alkohol 100% (sprit och totalt) per invånare. 2000. (Diagram 16)

Land	Sprit liter 100%	Öl liter	Vin liter	Totalt liter 100%
1. Luxemburg	1,6	107,9	60,8	12,1
2. Rumänien	5,4	37,1	36,7	11,7
3. Portugal	1,4	65,3	50,0	10,8
4. Irland	2,4	152,9	33,2	10,7
5. Tjeckien	3,4	160,0	16,4	10,6
6. Frankrike	2,4	38,1	56,0	10,5
7. Tyskland	1,9	125,5	23,6	10,5
8. Spanien	2,4	71,8	33,0	10,0
9. Danmark	1,2	99,7	30,9	9,5
10. Österrike	1,4	108,1	31,8	9,4
11. Ungern	2,8	61,6	29,0	9,2
12. Schweiz	1,5	57,8	43,5	9,2
13. Slovakien	4,6	87,5	11,3	8,5
14. Belgien	1,2	98,2	20,0	8,4
15. Storbritannien	1,6	95,4	16,9	8,4
16. Nederländerna	1,7	82,5	18,8	8,2
17. Ryssland	5,5	36,0	7,9	8,1
18. Grekland	1,9	39,5	34,0	8,0
19. Australien	1,3	95,0	19,7	7,8
20. Cypern	2,7	59,4	16,6	7,7
21. Italien	0,5	28,1	51,0	7,5
22. Nya Zeeland	1,4	80,0	17,0	7,4
23. Finland	2,2	78,4	19,2	7,1
24. Polen	3,2	59,6	5,6	6,9
25. USA	2,0	84,1	7,6	6,7
26. Kanada	2,0	69,9	9,7	6,6
27. Japan	2,6	45,8	2,9	6,5
28. Argentina	0,3	36,7	34,9	6,3
29. Bulgarien	2,3	27,4	21,4	6,2
30. Uruguay	0,9	22,7	32,6	5,9
31. Chile	1,6	28,0	18,8	5,3
32. Sverige	1,0	56,4	15,3	4,9
33. Sydafrika	1,0	58,7	6,7	4,7
34. Brasilien	1,6	53,0	2,0	4,5
35. Island	1,1	48,9	7,9	4,4
36. Norge	0,7	51,7	9,7	4,3
37. Mexico	0,6	49,7	0,2	3,1
38. Estland	1,8	7,0	2,7	2,8
39. Turkiet	0,4	16,0	0,7	1,3

Källa: World Drink Trends 2002.

Tabell 53. Försäljningen av alkoholhaltiga drycker i Norden, EU och USA, i liter 100% alkohol per invånare, 1965–2000. (Diagram 17)

År	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Belgien	Frankrike	Grekland	Irland	Italien	Luxemburg	Nederländerna	Portugal	Spanien	Storbritannien	Tyskland	Österrike	USA
1965	4,6	5,0	2,4	2,6	2,8	7,4	17,3	5,0	4,5	12,8	8,7	4,2	13,9	11,2	4,7	9,3	10,4	5,6
1966	4,9	5,5	2,5	2,8	2,9	7,3	17,3	5,1	4,6	13,1	9,5	3,9	13,9	12,3	4,8	8,9	10,6	5,8
1967	5,1	5,7	2,6	3,0	3,1	7,5	17,1	4,9	4,7	13,3	8,8	4,5	12,0	11,1	4,9	8,9	10,8	5,9
1968	5,3	5,8	2,9	2,7	3,3	7,9	16,7	4,9	5,1	13,7	9,6	4,7	12,0	11,4	5,0	9,3	10,9	6,2
1969	5,7	6,4	4,2	2,7	3,4	8,0	16,5	5,2	5,4	13,7	8,7	5,2	12,7	11,6	5,1	9,9	10,2	6,5
1970	5,8	6,8	4,3	3,2	3,6	8,9	16,2	5,3	5,9	13,7	10,0	5,7	9,9	11,6	5,3	10,3	10,5	6,7
1971	5,7	7,2	4,7	3,4	3,7	9,2	16,1	5,3	6,2	13,6	10,5	6,2	14,3	11,5	5,6	10,9	11,7	6,9
1972	5,9	7,7	5,1	3,5	3,9	9,3	16,0	5,4	6,7	13,6	10,4	6,8	11,7	12,4	5,8	10,7	11,8	7,1
1973	5,7	8,4	5,6	3,7	4,0	9,9	16,2	5,1	7,3	13,9	10,5	7,6	12,0	13,7	6,5	11,0	12,2	7,3
1974	6,1	8,3	6,5	3,8	4,2	9,8	15,9	5,2	7,6	13,8	11,4	8,0	14,0	14,1	6,8	10,5	11,5	7,5
1975	6,3	9,1	6,2	3,5	4,3	10,1	16,1	5,3	7,7	12,8	10,5	8,9	13,3	14,2	6,8	11,3	11,1	7,6
1976	6,4	9,2	6,3	3,5	4,3	10,2	16,2	8,3	7,5	12,4	11,2	8,4	14,1	13,7	7,1	11,7	11,2	7,7
1977	6,1	8,9	6,4	3,8	4,4	10,3	15,8	8,7	7,6	12,0	11,3	8,9	12,3	13,0	6,8	11,2	11,2	7,9
1978	5,8	8,5	6,2	3,6	4,0	10,3	15,4	8,8	7,7	12,7	10,4	9,1	10,4	14,0	7,3	11,2	10,6	8,1
1979	5,9	9,0	6,2	4,0	4,4	10,5	15,1	9,2	7,7	12,7	10,0	9,4	10,8	13,6	7,6	11,6	11,1	8,2
1980	5,7	9,1	6,3	3,9	4,6	10,8	14,9	10,2	7,3	13,0	10,9	8,9	11,0	13,6	7,3	11,4	11,0	8,2
1981	5,4	9,6	6,4	4,0	4,2	10,5	14,4	9,8	7,0	11,7	10,3	8,8	11,6	13,0	7,1	11,1	11,0	8,3
1982	5,5	10,0	6,4	3,9	3,8	10,8	14,4	8,9	6,7	11,4	11,1	8,7	12,1	12,7	6,9	10,9	9,9	8,2
1983	5,2	10,4	6,4	4,1	3,8	10,8	14,0	9,6	6,1	11,5	11,9	8,9	13,4	12,8	7,2	11,0	10,2	8,1
1984	5,2	9,9	6,5	4,1	4,0	10,6	13,5	9,5	6,5	11,2	12,7	8,6	12,7	11,5	7,2	10,7	10,0	8,0

Tabell 53. (forts.)

År	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Belgien	Frankrike	Grekland	Irland	Italien	Luxemburg	Nederländerna	Portugal	Spanien	Storbritannien	Tyskland	Osterrike	USA
1985	5,2	9,9	6,5	4,1	4,2	10,5	13,3	8,9	6,8	10,6	12,1	8,5	13,1	11,6	7,3	10,8	9,9	8,0
1986	5,5	10,0	6,9	4,1	4,2	10,3	13,2	7,3	6,7	10,0	11,9	8,6	11,5	11,6	7,4	10,5	10,0	7,7
1987	5,4	9,6	7,1	4,3	4,4	10,7	13,0	8,1	6,7	9,6	12,1	8,3	11,4	11,8	7,5	10,6	10,1	7,6
1988	5,5	9,7	7,3	4,3	4,2	10,0	12,6	8,3	6,9	9,4	12,0	8,3	10,7	11,1	7,8	10,4	10,1	7,5
1989	5,6	9,6	7,6	4,1	4,1	9,5	12,8	8,4	7,3	9,1	12,5	8,2	11,4	11,0	7,8	10,4	10,3	7,3
1990	5,5	9,9	7,7	3,9	4,1	9,9	12,6	8,6	7,6	9,1	12,2	8,1	12,9	10,8	7,7	10,6	10,4	7,4
1991	5,5	9,9	7,5	3,9	4,0	9,4	11,9	8,6	7,8	9,0	12,4	8,2	12,7	10,7	7,6	10,8	10,6	6,9
1992	5,4	9,8	7,2	3,6	3,8	9,6	11,8	8,5	8,2	9,0	12,4	8,2	12,4	10,2	7,4	10,8	10,0	6,9
1993	5,3	9,7	6,8	3,3	3,7	9,6	11,5	9,1	8,5	8,8	12,5	7,9	12,2	9,9	7,5	11,3	10,1	6,7
1994	5,4	9,9	6,6	3,5	3,8	9,2	11,4	9,0	8,7	8,6	12,3	7,9	12,1	9,7	7,8	11,3	9,8	6,7
1995	5,2	10,0	6,8	3,6	3,9	9,1	11,4	8,8	9,3	8,5	12,1	8,0	12,0	9,5	7,6	10,9	9,8	6,5
1996	4,9	10,0	6,7	3,7	4,1	9,1	11,2	8,7	9,9	8,0	11,6	8,1	11,6	9,3	7,9	10,6	9,7	6,6
1997	5,1	9,9	7,0	3,9	4,4	9,1	10,9	8,8	9,7	8,0	11,4	8,2	11,3	10,2	8,1	10,8	9,5	6,6
1998	4,9	9,5	7,1	4,3	4,3	8,9	10,8	8,6	9,7	7,8	13,3	8,1	11,3	10,1	7,9	10,6	9,3	6,6
1999	4,9	9,5	7,3	4,0	4,4	8,7	10,7	8,9	9,6	7,7	12,2	8,2	11,0	9,9	8,1	10,6	9,3	6,7
2000	4,9	9,5	7,1	4,4	4,3	8,4	10,5	8,0	10,7	7,5	12,1	8,2	10,8	10,0	8,4	10,5	9,4	6,7

Källa: World Drink Trends 2002.

Tabell 54. Alkoholkonsumtionen i 15 europeiska länder indelade i tre grupper (vin-, öl- och f d spritländer) i liter alkohol 100% per invånare 15 år och äldre 1955–1995. (Diagram 18)

År	Vinländer	Ölländer, inkl Neder- länderna	F d spritländer (Finland, Norge, Sverige)
1955	17,0	5,8	4,2
1956	18,0	6,0	4,2
1957	17,4	6,2	4,0
1958	16,5	6,3	3,8
1959	16,4	6,5	3,9
1960	16,4	6,9	4,0
1961	15,2	7,1	4,1
1962	15,2	7,4	4,1
1963	16,4	7,7	4,2
1964	16,4	8,2	4,3
1965	16,8	8,5	4,4
1966	17,1	8,5	4,7
1967	16,2	8,7	4,9
1968	16,3	9,0	5,2
1969	16,5	9,3	5,9
1970	15,6	9,9	6,0
1971	16,7	10,6	6,2
1972	16,2	10,9	6,5
1973	16,6	11,6	6,7
1974	17,1	11,6	7,3
1975	16,7	11,9	7,2
1976	17,4	11,9	7,3
1977	16,7	11,8	7,2
1978	16,3	11,8	6,8
1979	16,3	12,1	7,0
1980	16,3	11,9	7,0
1981	16,1	11,7	6,7
1982	15,8	11,6	6,5
1983	15,9	11,7	6,4
1984	15,2	11,6	6,5
1985	14,9	11,6	6,6
1986	13,6	11,5	6,9
1987	13,7	11,5	6,9
1988	13,0	11,4	7,0
1989	13,0	11,4	7,1
1990	12,7	11,6	7,1
1991	12,7	11,6	7,0
1992	12,2	11,6	6,8
1993	12,1	11,5	6,6
1994	11,9	11,4	6,6
1995	11,9	11,4	6,7

Källa: ECAS.

Tabell 55. Leverchirrosdödlighet (per 100 000 15 år och äldre) i 15 europeiska länder, fördelat på kön. 1950–1995.

År	1950–1965		1966–1980		1981–1995		1995	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Land								
Nordeuropa								
Finland	8,4	4,5	11,1	3,9	16,9	5,8	19,7	5,8
Norge	5,9	4,1	7,6	3,9	9,5	4,2	7,6	3,6
Sverige	7,7	4,1	17,1	6,8	11,7	4,9	9,3	4,9
<i>Medelvärde</i>	7,3	4,2	11,9	4,9	12,7	5,0	12,2	4,8
Centraleuropa								
Österrike	44,1	12,2	65,8	17,0	54,3	16,2	47,1	15,1
Belgien	15,9	7,4	21,7	10,4	19,6	9,9	18,6	9,5
Danmark	9,8	11,0	15,3	9,3	22,2	9,7	27,7	13,3
Irland	4,7	2,5	6,8	4,1	5,8	3,7	4,3	4,0
Nederländerna	7,3	4,8	9,0	4,7	8,9	4,4	7,7	4,4
Storbritannien	4,4	2,8	5,6	3,8	8,2	5,4	11,1	6,4
<i>Medelvärde</i>	16,8	7,6	24,9	12,5	19,1	7,5	21,9	9,6
Sydeuropa								
Frankrike	57,4	23,5	69,7	24,7	38,8	14,3	28,0	11,0
Italien	40,8	13,5	67,2	21,1	49,4	18,6	35,0	15,8
Spanien	34,9	17,1	53,3	19,4	40,2	12,8	29,3	9,4
Portugal	67,1	27,6	82,2	29,2	58,5	18,2	42,5	12,1
Grekland	36,7	13,3	31,0	11,0	16,6	5,5	9,5	3,3
<i>Medelvärde</i>	47,4	20,4	68,1	23,6	46,7	16,0	33,7	12,1
Medelvärde totalt	25,1	10,7	34,2	13,9	25,0	9,1	22,3	8,9

Källa: ECAS.

Tabell 56. Leverchirrosdödlighet (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	35,3	10,3	6,1
1956	39,2	11,0	5,8
1957	36,1	11,6	6,5
1958	32,2	11,6	6,6
1959	32,5	12,9	5,6
1960	34,5	13,2	6,3
1961	33,4	13,2	6,5
1962	35,1	13,3	6,4
1963	36,7	13,3	6,0
1964	38,4	14,0	5,8
1965	40,3	14,8	6,3
1966	42,1	14,8	6,2
1967	42,7	14,8	6,5
1968	42,0	16,0	6,7
1969	43,3	16,7	7,4
1970	40,1	16,7	7,2
1971	42,8	16,8	7,6
1972	41,3	17,3	8,2
1973	41,5	17,6	8,0
1974	39,9	18,6	8,8
1975	41,5	18,4	10,0
1976	42,7	18,5	10,0
1977	41,0	17,8	9,3
1978	38,9	18,0	9,6
1979	37,0	17,7	9,6
1980	36,2	17,7	10,3
1981	35,3	16,9	8,8
1982	33,6	16,4	7,7
1983	33,5	16,6	8,6
1984	32,0	16,5	8,4
1985	31,2	16,3	8,8
1986	29,6	15,7	9,0
1987	27,8	15,3	9,5
1988	26,5	15,0	9,4
1989	24,7	15,6	9,3
1990	23,6	15,0	9,4
1991	23,4	15,7	8,8
1992	22,7	15,8	9,3
1993	22,3	15,4	8,5
1994	18,9	15,5	8,3
1995	18,1	16,0	8,5

Källa: ECAS.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Narkotikaerfarenhet i frågeundersökningar (tabellerna 57–63)

I tabell 57 redovisas narkotikaerfarenheten hos elever i årskurs 9. Det avsevärt större antalet deltagande elever 1984 motiveras av att resultaten detta år skulle redovisas på länsnivå. Frågan om livstidsprevalensen har ändrats genom åren men inte så att detta bedömts ha haft någon avgörande betydelse för resultatens utseende. Mellan 1986–1997 avsåg frågan om månadsaktuell narkotikaanvändning endast cannabis och till följd av vissa förändringar i frågeformuläret saknas data 1984–1985. I samma tabell redovisas även andelen som vet någon som kan sälja narkotika respektive benägenhet att prova narkotika. Det får observeras att dessa andelar är beräknade utifrån de elever som inte använt narkotika.

Det stora externbortfallet i mönstringsundersökningen 1985 och 1987 berodde på tekniska svårigheter att läsa de optiska blanketterna (tabellerna 58 och 59). 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. Frågorna om narkotikaerfarenheten har enligt fotnoterna i tabellerna ändrats något med åren. Detta bedöms dock inte ha påverkat resultaten i någon avgörande omfattning.

I tabellerna 61 och 62 redovisas glidande treårsmedelvärden. Värdet för exempelvis 1990 utgörs av medelvärdet för åren 1989, 1990 och 1991. Värdena för de första och sista redovisade åren utgörs endast av två års medelvärden. Skälet till att treårsmedelvärdet använts är att kombinationen med små populationsurval och ett relativt sällsynt beteende gjort att svarsandelarna varierat orimligt mycket mellan olika år. Medelvärdena utjämnar dessa variationer och ger en ”sannare” bild av utvecklingen. 1990 var åldersgrupperna 16–24, 25–49 och 50–74 år. 1992 övertog TEMO undersökningarna. Åldersintervallen ändrades något men studierna har utförts på i stort sett samma sätt som tidigare. Vad gäller att ha använt narkotika senaste 12 månaderna så efterfrågas sedan 1998 cannabis, amfetamin, kokain, heroin, LSD, ecstasy, tidigare narkotika i allmänhet.

Tabell 57. Erfarenhet av narkotika bland elever i årskurs 9 och kännedom om någon som kan sälja narkotika samt benägenhet att prova narkotika bland dem som aldrig använt narkotika. Procentuell fördelning efter kön. 1971–2001. (Diagram 21, 22 och 23)

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

Källa: CAN.

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

Tabell 58. Andelen mönstrande som använt narkotika någon gång respektive senaste månaden. Procent. 1970/71–2001. (Diagram 21 och 22)

År	Antal tillfrågade	Använt någon gång ^{a)}	Använt senaste 30 dagarna ^{b)}		
			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	15,9	1,0	2,0	3,0
1977	52 129	16,7	1,0	2,0	3,1
1978	47 659	18,4	1,0	2,5	3,5
1979	49 658	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	16,3	1,0	1,4	2,4
1983	52 011	11,3	0,7	0,8	1,5
1984	49 358	8,8	0,5	0,5	1,0
1985	35 278	7,2	0,4	0,4	0,8
1986	46 646	7,0	0,4	0,3	0,7
1987	34 437	6,1	0,4	0,3	0,7
1988	41 125	5,8	0,4	0,3	0,7
1992	27 839	5,8	0,4	0,3	0,7
1993	33 956	7,3	0,6	0,5	1,0
1994	39 519	8,9	0,7	0,6	1,3
1995	44 878	12,0	1,1	0,7	1,9
1996	47 544	14,3	1,3	1,1	2,5
1997	38 878	15,0	1,5	1,1	2,6
1998	44 437	16,4	1,4	1,3	2,7
1999	42 751	16,9	1,6	1,4	3,1
2000	38 106	17,1	1,5	1,6	3,1
2001	39 842	17,6	1,5	1,5	3,0

Källa: CAN.

a) 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.

b) 1976–1999 löd frågan "Hur många gånger har du använt narkotika den senaste månaden?"

Tabell 59. "Har Du använt något eller några av följande narkotika utan läkares ordination?" Procentuell fördelning bland mönstrande. 1976–2001.

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		15,8		3,5	1,5	0,8	3,2	2,0	2,5	1,5	3,7	1,0
2001		16,3		3,2	1,4	0,5	3,3	1,6	2,2	1,4	3,6	0,9

Källa: CAN. Bastalen framgår av föreg tabell.

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

b) b) Fr o m 1994 ingår även sömnmedel.

Tabell 60. Inställning till narkotika bland ungdomar 16–24 år. 1996–2000. Procent.

		1996	1998	2000		
				Totalt	Pojkar	Flickor
Narkotikan är ett av våra största samhällsproblem	Instämmer	70	64	71	66	76
	Varken för el. emot	21	24	12	13	11
	Tar avstånd	9	12	17	21	13
Det borde vara tillåtet att få röka hasch	Instämmer	3	4	.	.	.
	Varken för el. emot	6	5	.	.	.
	Tar avstånd	91	91	.	.	.
Om man avkriminaliserade narkotikan skulle narkotik användningen öka kraftigt	Instämmer	66	65	.	.	.
	Varken för el. emot	24	26	.	.	.
	Tar avstånd	9	9	.	.	.
Straffen för olaglig försäljning av narkotika borde vara ännu hårdare	Instämmer	81	75	.	.	.
	Varken för el. emot	10	14	.	.	.
	Tar avstånd	9	11	.	.	.
Man skulle själv få bestämma om man vill knarka eller ej	Instämmer	13	13	.	.	.
	Varken för el. emot	20	19	.	.	.
	Tar avstånd	67	68	.	.	.
Att testa droger är ett led i en normal tonårsutveckling	Instämmer	10	8	.	.	.
	Varken för el. emot	18	14	.	.	.
	Tar avstånd	71	78	.	.	.
Det är bra med den liberalisering av narkotikalagstiftningen som äger rum på olika håll i Europa	Instämmer	8	8	.	.	.
	Varken för el. emot	27	28	.	.	.
	Tar avstånd	65	63	.	.	.

Källor: TEMO och Intervjubolaget.

Tabell 61. Andel personer som någon gång provat narkotika, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

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

Källor: SIFO och TEMO.

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

Tabell 62. Andel personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, efter kön och ålder. Glidande treårsmedelvärden (se tabellkommentarerna). 1988–2000.

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

Källor: SIFO och TEMO.

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

Tabell 63. Beräknad åldersfördelning bland tunga narkotikamissbrukare ^{a)} 1979, 1992 och 1998. (Diagram 24)

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

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

a) Med tunga narkotikamissbrukare avses de som injicerat den senaste 12-månadersperioden (oavsett frekvens) eller de som har använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (UNOs definition).

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Beslagsstatistik (tabellerna 64–68)

Beslagsstatistiken i tabellerna 64–68 har hämtats från Rikspolisstyrelsens s k BAR-register (beslags- och analysregistret). Detta innehåller bl a uppgifter från polisen respektive tullen om antalet narkotikabeslag och omfattningen av dessa. Generellt gäller att antalet beslag är en bättre indikator på utvecklingen än de beslagtagna mängderna. Anledningen till detta är att enstaka större beslag ibland får stort genomslag i statistiken. I vissa fall kan detta dessutom handla om narkotika som egentligen inte varit avsett för den svenska marknaden. Det kan vara värt att notera att inträdet i den Europeiska unionen bidragit till att tullens arbetssätt delvis har ändrats och att det internationella underrättelsearbetet utvecklats.

Kategorin ”läkemedel” i tabell 64 innehåller till den allra största delen olika bensodiazepinpreparat, även om vissa narkotikaklassade smärtstillande läkemedel också kan ingå.

I totalsiffran i tabell 64 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 tabell 64.

Tabell 64. Antal beslag av tull och polis av olika narkotiska medel. 1965–2001. (Diagram 25 och 31)

År	Medel					Antal beslag ^{b)}			
	Cannabis (hasch, marijuana, olja och plantor	Heroin	Am- feta- min	Kokain	Läke- me- del ^{a)}	Av tull	Av polis	Totalt	In- dex= 100 1985
1965	.	.	.	.	.	32	300	332	5
1966	.	.	.	.	.	22	337	359	6
1967	.	.	.	.	.	41	935	976	16
1968	.	.	.	.	.	145	1 958	2 103	34
1969	.	.	.	.	.	277	2 033	2 310	37
1970	.	.	.	.	.	638	2 282	2 920	47
1971	1 708	1	169	0	0	457	2 326	2 783	45
1972	1 663	0	115	0	3	354	2 388	2 742	44
1973	2 088	4	414	0	40	350	2 643	2 993	48
1974	2 465	12	701	3	69	612	2 838	3 450	56
1975	1 779	12	1 021	1	138	471	2 645	3 116	50
1976	2 082	81	1 453	6	124	676	3 250	3 926	63
1977	2 637	90	1 457	10	152	929	3 504	4 433	71
1978	2 944	210	836	18	218	1 028	3 359	4 387	71
1979	3 310	297	852	21	187	1 170	3 569	4 739	76
1980	5 073	483	1 262	23	293	1 508	5 772	7 280	117
1981	5 394	524	1 686	28	475	1 282	6 992	8 274	133
1982	4 928	277	2 142	32	531	1 331	6 726	8 057	130
1983	4 599	211	1 705	40	567	1 288	5 842	7 130	115
1984	3 897	164	1 906	29	501	1 162	5 343	6 505	105
1985	3 746	162	1 684	25	490	1 062	5 153	6 215	100
1986	3 653	160	1 509	30	306	1 187	4 545	5 732	92
1987	3 612	210	1 900	48	430	1 342	4 897	6 239	100
1988	4 406	294	1 965	78	501	1 587	5 880	7 467	120
1989	4 896	319	2 572	101	701	1 567	7 100	8 667	139
1990	5 321	445	2 889	80	869	1 712	7 996	9 708	156
1991	5 328	608	2 851	84	1 137	1 561	8 594	10 155	163
1992	4 964	645	3 538	128	1 472	1 501	9 482	10 983	177
1993	3 948	723	4 288	117	1 807	1 211	10 004	11 215	180
1994	3 838	663	4 359	114	1 794	1 301	9 726	11 027	177
1995	3 852	805	4 386	64	1 778	828	10 265	11 093	178
1996	3 557	780	4 199	107	1 645	762	10 061	10 823	174
1997	4 545	833	4 639	116	2 090	1 952	10 861	12 813	206
1998	5 061	1 285	4 859	172	2 512	1 828	12 908	14 736	237
1999	5 989	1 244	5 073	346	2 643	2 280	13 995	16 275	262
2000	6 050	1 264	4 978	405	2 725	2 520	14 261	16 781	270
2001	6 935	1 271	5 837	328	3 223	2 735	16 392	19 127	308

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Företrädesvis bensodiazepiner men även smärtstillande o dyl.

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

Tabell 65. Polisens och tullens beslag av **cannabis** (hasch, marijuana, olja och plantor). 1970–2001. (Diagram 32)

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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 66. Polisens och tullens beslag av **amfetamin**^{a)}. 1970–2001.
(Diagram 32)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag			
	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Antal beslag	Kilo	Liter	Antal tabl.
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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

a) Inklusive mindre mängder fenmetrazin och metamfetamin.

Tabell 67. Polisens och tullens beslag av **kokain**. 1975–2001. (Diagram 32)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal	Kilo	Antal	Kilo	Antal	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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabell 68. Polisens och tullens beslag av **heroin**. 1970–2001. (Diagram 32)

År	Polisbeslag		Tullbeslag		Samtliga beslag	
	Antal	Kilo	Antal	Kilo	Antal	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

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register.

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Kriminalstatistik (tabellerna 69–78)

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 anmalingarna enligt NF successivt och kom inte att överstiga 171 stycken något år (redovisas sammanlagt med NSL i tabell 69). I tabellen redovisas även antalet poliser sysselsatta med narkotikaärenden. Uppgifterna motsvarar antalet arbetstimmar som lagts ned på narkotikaärenden, omräknat till hela tjänster. Det bör påpekas att beräkningsgrunderna för dessa siffror, vilket också framgår av tabellen, förändrats vid några tillfällen. Sedan 1985 ingår ej rikskriminalpolisens resurser.

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 70 och 71.

I tabellerna 73–78 redovisas lagföringar med narkotikabrott som huvud- eller bibrott. I tabell 73 ingår även åtalsunderlåtelse för brott mot narkotikastrafflagen, men inte mot varusmuggningslagen (narkotika) eftersom detta inte redovisas i ursprungskällan. Dessa torde dock vara tämligen få eftersom antalet misstänkta för narkotikasmuggling är väsentligt färre jämfört med antalet misstänkta mot narkotikastrafflagen samtidigt som smugglingsbrotten i mindre omfattning torde leda till åtalsunderlåtelse.

Åldersuppgift saknades år 2000 för två personer i tabell 73, varför delsummer och total inte helt överensstämmer.

I tabell 78 överstiger ibland summan av narkotiska preparat totalen på grund av 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 69. Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden ^{a)}, antal anmälda brott enligt varusmuggningslagen gällande narkotika (VSL) och narkotikastrafflagen (NSL) ^{b)}. 1965–2001.

År	Antal poliser sysselsatta med narkotikaärenden ^{a)}	Anmälda narkotikabrott					
		VSL	Index 1985=100	VSL per 100 000 invånare	NSL	Index 1985=100	NSL per 100 000 invånare
1965	31	.	.	.	737	2	10
1966	44	.	.	.	1 051	3	13
1967	76	.	.	.	4 043	11	51
1968	117	.	.	.	7 959	22	101
1969	541	.	.	.	43 946	122	552
1970	512	.	.	.	15 803	44	196
1971	389	.	.	.	18 075	50	223
1972	272	.	.	.	19 047	53	235
1973	223	.	.	.	21 005	58	258
1974	223	1 227	77	15	18 926	53	232
1975	222	905	57	11	21 110	59	258
1976	230	967	61	12	17 879	50	217
1977	304	1 374	86	17	20 753	58	252
1978	309	1 108	69	13	20 655	57	250
1979	322	1 341	84	16	22 615	63	273
1980	335	2 564	161	31	59 447	165	715
1981	391	2 336	146	28	67 587	188	812
1982	440	2 046	128	25	68 566	191	824
1983	481	1 999	125	24	48 019	133	577
1984	523	1 892	118	23	38 238	106	459
1985	495	1 597	100	19	35 971	100	431
1986	538	1 508	94	18	38 028	106	454
1987	528	1 856	116	22	41 869	116	499
1988	482	1 644	103	19	29 003	81	344
1989	478	1 556	97	18	33 607	93	396
1990	466	1 498	94	18	26 517	74	310
1991	551	1 379	86	16	30 765	86	357
1992	560	1 500	94	17	29 229	81	337
1993	632	995	62	11	40 749	113	467
1994	670	816	51	9	30 785	86	351
1995	676	689	43	8	28 473	79	323
1996	721	635	40	7	30 874	86	349
1997	914	561	35	6	30 378	84	344
1998	901	446	28	5	31 566	88	357
1999	901	542	34	6	36 523	102	410
2000	869	353	22	4	32 423	90	365
2001	889	253	16	3	32 052	89	360

Källor: Rikspolisstyrelsen och Brå.

a) 1985, 1992 och i synnerhet 1997 genomfördes statistikomläggningar vilket begränsar jämförbarheten. Sedan 1985 ingår ej rikskriminalpolisens resurser.

b) T o m 1983-06-30 även Narkotikaförordningen (NF), se tabellkommentarema.

Tabell 70. Personer misstänka för brott mot varusmuggningslagen (narkotika) fördelat på län 1977–2000.

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

Källa: Brå.

Tabell 71. Personer misstänka för brott mot narkotikastrafflagen fördelat på län 1977–2000.

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Västra Götaland		Skåne		Övriga län		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1977	1 204	33	522	14	557	15	1 353	37	3 636	100
1978	1 360	36	568	15	643	17	1 207	32	3 778	100
1979	1 255	35	581	16	503	14	1 218	34	3 557	100
1980	2 172	37	1 009	17	812	14	1 943	33	5 936	100
1981	2 551	36	1 035	15	1 028	14	2 477	35	7 091	100
1982	2 628	35	1 197	16	914	12	2 757	37	7 496	100
1983	2 417	38	1 063	17	774	12	2 106	33	6 360	100
1984	1 961	35	971	17	739	13	1 924	34	5 595	100
1985	1 910	34	1 151	20	856	15	1 732	31	5 649	100
1986	1 597	29	1 473	27	781	14	1 679	30	5 530	100
1987	1 407	25	1 221	22	934	17	1 959	35	5 521	100
1988	1 601	28	1 204	21	1 124	20	1 749	31	5 678	100
1889	1 964	32	1 222	20	1 224	20	1 806	29	6 216	100
1990	2 100	31	1 307	20	1 233	18	2 028	30	6 668	100
1991	2 307	33	1 442	20	1 307	19	1 996	28	7 052	100
1992	2 346	33	1 220	17	1 313	19	2 198	31	7 077	100
1993	2 404	36	1 184	18	1 213	18	1 905	28	6 706	100
1994	2 532	32	1 375	17	1 486	19	2 591	32	7 984	100
1995	2 700	30	1 533	17	1 790	20	3 087	34	9 110	100
1996	2 637	30	1 483	17	1 679	19	2 983	34	8 782	100
1997	3 061	30	1 729	17	1 679	17	3 690	36	10 159	100
1998	3 358	30	1 871	17	1 838	17	3 982	36	11 049	100
1999	3 108	31	1 675	17	1 610	16	3 627	36	10 020	100
2000	3 465	29	1 870	16	1 711	14	4 920	41	11 966	100

Källa: Brå.

Tabell 72. Antal personer som misstänkts för narkotikabrott eller varusmuggling (narkotika). 1970–2000. (Diagram 25)

År	Mot narkotikastrafflagen (NSL)					Mot varusmuggningslagen som gällt narkotika (VSL)	Totalt	Index, totalt 1985=100
	Totalt	Överlåtelse, framställning m m ^{a)}		Innehav och/eller bruk ^{a)}				
		Antal	%	Antal	%			
1970	5 023	.	.	.	.	639	5 662	86
1971	4 955	.	.	.	.	523	5 478	83
1972	5 245	.	.	.	.	444	5 689	87
1973	5 080	.	.	.	.	418	5 498	84
1974	4 677	.	.	.	.	611	5 288	81
1975	3 763	1 490	40	2 842	76	514	4 277	65
1976	3 923	1 303	33	3 161	81	529	4 452	68
1977	3 636	1 283	35	2 875	79	713	4 349	66
1978	3 778	1 340	35	2 999	79	753	4 531	69
1979	3 557	1 320	37	2 772	78	700	4 257	65
1980	5 936	2 348	40	4 683	79	1 180	7 116	108
1981	7 091	2 679	38	5 747	81	1 289	8 380	128
1982	7 496	2 671	36	6 207	83	1 243	8 739	133
1983	6 360	2 122	33	5 302	83	1 154	7 514	114
1984	5 595	2 115	38	4 565	82	1 136	6 731	102
1985	5 649	2 130	38	4 641	82	918	6 567	100
1986	5 530	2 005	36	4 549	82	896	6 426	98
1987	5 521	1 981	36	4 437	80	1 012	6 533	99
1988	5 678	1 943	34	4 614	81	1 019	6 697	102
1989	6 216	1 895	30	5 253	85	947	7 163	109
1990	6 668	1 897	28	5 673	85	1 008	7 676	117
1991	7 052	1 920	27	6 130	87	1 071	8 123	124
1992	7 077	1 886	27	6 143	87	897	7 974	121
1993	6 706	1 726	26	5 790	86	688	7 394	113
1994	7 984	1 902	24	7 074	89	620	8 604	131
1995	9 110	1 760	19	8 297	91	463	9 573	146
1996	8 782	1 757	20	8 008	91	496	9 278	141
1997	10 159	2 021	20	9 319	92	466	10 625	162
1998	11 049	2 045	19	10 597	96	441	11 490	175
1999 ^{b)}	10 020	1 804	18	..	..	380	10 400	158
2000	11 966	1 757	15	..	..	579	12 545	191

Källa: Brå.

a) Eftersom både överlåtelse resp innehav kan ingå i brottsmisstanken mot en och samma person överstiger summan av dessa kategorier det totala antalet misstänkta i såväl absoluta som relativa tal.

b) På grund av ändrad brottskodning kan inte kombinationen innehav/bruk redovisas efter 1999.

Tabell 73. Personer lagförda för narkotikabrott (domar och strafförelägganden enligt narkotikastrafflagen respektive varusmuggningslagen samt åtalsunderlåtelser enligt narkotikastrafflagen) efter ålder och kön, 1975–2000. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 74. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter om ett eller flera medel ingått i lagföringen. 1975–2000.

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	2 062	10 144
1999	7 086	66	1 656	121	170	2 046	10 771
2000	7 285	64	1 724	109	172	2 036	11 326

Källa: Brå.

Tabell 75. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **cannabis** ingått, efter ålder, 1975–2000. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 76. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **centralstimulantia** ingått, efter ålder. 1975–2000. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 77. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott där **opiater** ingått, efter ålder. 1975–2000. (Diagram 26)

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

Källa: Brå.

Tabell 78. Personer som godkänt strafföreläggande eller dömts för narkotikabrott, efter medel.^{a)} 1975–2000.

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

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 79–81)

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 79 och 80). Skattningarna görs den 1 april och 1 oktober varje år och har karaktären av tvärsnittsstatistik (här redovisas endast aprilskattningen).

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 års skattningar räknas den som narkotikamissbrukare 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 medfört fysiska, psykiska eller sociala skadeverkningar för individen eller dennes omgivning.

Den andra undersökningen utgörs av tillströmningsstatistik, baserad på klienter som intagits i anstalt (tabell 81). 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 (de senaste två månaderna före 1997). Narkotikamissbrukare är den som i övrigt använt narkotika.

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 har lett 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 79. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens frivård enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april 1966–2001.^{a)}

År	Antal klienter	Narkotikamissbrukare		Alkoholmissbrukare		Därav alkohol- och narkotikamissbrukare	
		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 ^{b)}	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 ^{c)}	10 245	4 438	43	3 773	37	1 723	17

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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

b) Frivården i Nyköping ingår ej.

c) Frivården Halmstad och Nacka/Haninge ingår ej

Tabell 80. Antal alkohol- och narkotikamissbrukare inom kriminalvårdens anstalter enligt Kriminalvårdsstyrelsens årliga skattningar den 1 april 1966–2001.^{a)}

År	Antal intagna	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 ^{b)}	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 ^{c)}	3 744	1 953	52	1 244	33	743	20

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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

b) Kriminalvårdsanstalten Roxtuna ingår ej.

c) Kriminalvårdsanstalterna Beateberg, Smälteryd och Täby ingår ej.

Tabell 81. Klienter som intagits i anstalt som bedömts vara narkotikamissbrukare. 1988/89–2001. ^{a)}

År	Grava narkotikamissbrukare		Narkotikamissbrukare		Ej narkotikamissbrukare		Alla inrapporterade	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1988/89	2 697	18	1 638	11	10 678	71	15 013	100
1989/90	2 610	17	1 577	11	10 806	72	14 993	100
1990/91	2 886	20	1 539	11	9 724	69	14 149	100
1991/92	2 979	22	1 507	11	9 024	67	13 510	100
1992/93	3 038	22	1 395	10	9 293	68	13 726	100
1994	3 043	22	1 279	9	9 698	69	14 020	100
1995	3 027	22	1 312	10	9 455	69	13 794	100
1996	2 977	25	1 259	11	7 562	64	11 798	100
1997	3 056	34	1 217	13	4 839	53	9 112	100
1998	3 717	39	1 272	13	4 508	47	9 497	100
1999	3 679	40	1 239	13	4 382	47	9 300	100
2000	3 942	43	1 122	12	4 108	45	9 172	100
2001	4 209	45	1 398	15	3 710	40	9 317	100

Källa: Kriminalvårdens officiella statistik.

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

Tabellkommentarer: Narkotikautvecklingen; Sjuklighet och dödlighet (tabellerna 82–88)

Från och med 1997 klassificeras sjukdomar och dödsorsaker i Sverige enligt ICD 10 (tidigare användes ICD 9) och ICD uttyds International Classification of Diseases. Nya ICD-koder har även införts 1958, 1969 och 1987. Dessa byten kan ha lett till att jämförbarheten försämrats över tid och detta kan vid olika tillfällen vara mer eller mindre giltigt för olika diagnoser, såväl för sjukdomar som för dödsorsaker. I bilaga 2 framgår vilka ICD-koder som använts i årets rapport. Vad gäller ICD 9 hänvisas till Rapport 99 och tidigare.

Tabell 82 visar utvecklingen av utskrivningar av dem som vårdats med narkomani som huvuddiagnos, såväl vid somatiska som psykiatriska kliniker. I tabell 83 redovisas samma typ av uppgifter men fördelade på län, enligt de länsindelningar som gäller sedan 1998. Totalsummorna överensstämmer inte helt mellan tabellerna eftersom länsstillhörigheten inte alltid är känd. Av tabell 82 framgår även antalet utskrivna personer oavsett antal vårdtillfällen. Dessutom redovisas antalet personer som vårdats med narkomanidiagnos någon gång sedan 1987 och en individ räknas bara vid första vårdtillfället under perioden. Detta ger en uppfattning om antalet nytillkomna missbrukare inom sjukvården. Tidsserien över antalet förstagångsvårdade blir missvisande (för hög) i början av perioden eftersom eventuella vårdtillfällen före 1987 inte kan kontrolleras.

Tabell 84 visar antalet narkotikamissbrukare smittade av hepatit (gulsot). Av de former av hepatit som förekommer är numera hepatit-C den helt dominerande bland injektionsmissbrukarna. Det bör observeras att sådan diagnostik blev möjlig först 1990 och att den kraftiga ökningen påföljande år är ett resultat av detta. För 1991 råder viss osäkerhet hur stor andel som var intravenöst smittade av hepatit-C.

Tabellerna 85 och 86 beskriver utvecklingen av antal kliniskt anmälda HIV-positiva personer med intravenöst missbruk. Den absoluta majoriteten är intravenöst smittade men sexuell smitta kan också ha förekommit. Länsindelningen i tabell 86 utgörs egentligen av landstingens gränser. Dessa överensstämmer dock i stort med länsgränserna. De nya länsindelningarna 1997 respektive 1998 har inte tillämpats i tabellen varför de redovisade siffrorna är fullt jämförbara under hela perioden. Siffrorna baseras på i vilket län smittan ursprungligen skedde, inte den nuvarande boendeorten för den smittade.

Tabellerna 87 och 88 visar narkotikarelaterade dödsfall. I den första tabellen räknas endast dödsfall där den underliggande dödsorsaken varit narkomani, men i den senare ingår även förgiftningar liksom bidragande dödsorsaker.

Tabell 82. Antal utskrivningar, antal utskrivna personer, antal utskrivna personer för första gången sedan 1987 från slutenvård med narkomani som huvuddiagnos (se bilaga 2). 1987–2000. ^{a)} (Diagram 28)

År	Narkotikarelaterade utskrivningar						Utskrivna personer	Förstagångsvårdade sedan 1987
	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%		
1987	2 403	70	1 052	30	3 455	100	1 794	1 795
1988	2 623	69	1 188	31	3 811	100	2 067	1 454
1989	2 727	69	1 226	31	3 953	100	2 136	1 318
1990	2 904	70	1 257	30	4 161	100	2 311	1 339
1991	3 079	70	1 348	30	4 427	100	2 570	1 420
1992	3 142	70	1 339	30	4 481	100	2 544	1 283
1993	3 193	69	1 423	31	4 616	100	2 655	1 300
1994	3 498	70	1 507	30	5 005	100	2 851	1 350
1995	3 899	70	1 638	30	5 537	100	3 011	1 373
1996	4 125	72	1 644	28	5 769	100	3 245	1 493
1997	4 975	72	1 909	28	6 884	100	3 634	2 017
1998	5 015	72	1 985	28	7 000	100	4 011	1 995
1999	5 048	71	2 067	29	7 115	100	4 249	1 975
2000	5 573	71	2 248	29	7 821	100	4 499	1 992

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser mellan olika år då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10). Se bilaga 2.

Tabell 83. Antal narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvård (se bilaga 2) i Stockholm, Västra Götaland, Skåne län samt övriga landet. 1987–2000. ^{a)}

År	Län								Totalt	
	Stockholm		Skåne		Västra Götaland		Övriga län		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		
1987	1 779	52	383	11	450	13	799	23	3 411	100
1988	2 097	56	389	10	461	12	817	22	3 764	100
1989	2 094	53	378	10	501	13	963	24	3 936	100
1990	2 244	54	370	9	511	12	1 015	25	4 140	100
1991	2 336	53	428	10	584	13	1 059	24	4 407	100
1992	2 407	54	361	8	606	14	1 107	25	4 481	100
1993	2 210	48	461	10	828	18	1 115	24	4 614	100
1994	2 489	50	462	9	891	18	1 137	23	4 979	100
1995	2 918	53	477	9	874	16	1 253	23	5 522	100
1996	2 812	49	640	11	1 003	17	1 342	23	5 797	100
1997	2 783	40	908	13	1 101	16	2 083	30	6 875	100
1998	2 429	35	1 008	14	1 193	17	2 330	33	6 960	100
1999	2 473	35	951	13	1 127	16	2 518	36	7 063	100
2000	3 057	39	899	11	1 203	15	2 662	34	7 821	100

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) En viss försiktighet bör iakttagas vid jämförelser mellan olika år då nya principer för klassificering av diagnoser infördes 1997 (ICD 10). Se bilaga 2.

Tabell 84. Rapporterade fall av hepatit B, hepatit nonAnonB och hepatit C. 1969–2001.

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

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 85. Antal HIV-positiva personer kliniskt anmälda per anmälningsår. 1983–2001. (Diagram 29)

År	Intravenöst HIV-smittade			Samtliga HIV-smittade	Andel intravenöst smittade %
	Män	Kvinnor	Totalt		
1983	0	0	0	6	–
1984	0	0	0	10	–
1985	88	54	142	315	45
1986	151	53	204	964	21
1987	78	20	98	396	25
1988	30	15	45	306	15
1989	32	13	45	304	15
1990	34	9	43	335	13
1991	19	11	30	327	9
1992	16	11	27	350	8
1993	15	10	25	390	6
1994	24	6	30	258	12
1995	13	6	19	247	8
1996	15	7	22	225	10
1997	16	9	25	240	10
1998	13	3	16	252	6
1999	13	2	15	217	7
2000	14	2	16	240	7
2001	26	10	36	277	13

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 86. Geografisk fördelning av antalet HIV-positiva injektionsmissbrukare kliniskt anmälda t o m 2001.

År	Stockholms län	fd Göteborgs och Bohus län	fd 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

Källa: Smittskyddsinstitutet, Epidemiologiska enheten.

Tabell 87. Antal dödsfall med narkomani (ICD10 F11.2–F16.2 och F18.2–F19.2) som underliggande dödsorsak. 1956–1999. ^{a)} (Diagram 30)

År	Antal	År	Antal
		1975	5
1956	2	1976	5
1957	1	1977	7
1958	5	1978	14
1959	5	1979	25
1960	10	1980	16
1961	4	1981	16
1962	4	1982	26
1963	1	1983	16
1964	1	1984	20
1965	2	1985	21
1966	9	1986	13
1967	8	1987	71
1968	8	1988	56
1969	6	1989	57
1970	10	1990	64
1971	5	1991	62
1972	3	1992	67
1973	1	1993	82
1974	3	1994	85
		1995	71
		1996	124
		1997	73
		1998	65
		1999	64

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

^{a)} Åren 1958, 1969, 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iakttas vid jämförelser över dessa år.

Tabell 88. Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak (huvudsakligen beroendesyndrom och förgiftningar, se bilaga 2). Åldersfördelning och åldersstandardiserade dödstal. 1969–1999.^{a)} (Diagram 25 och 30)

År	Ålder					Män		Kvinnor		Totalt	Index totalt 1985=100
	-19	20-29	30-39	40-49	50-	Antal	Standardiserade dödstal ^{b)}	Antal	Standardiserade dödstal ^{b)}		
1969	3	5	5	11	13	21	0,5	16	0,4	37	25
1970	2	5	3	5	14	20	0,5	9	0,2	29	19
1971	1	15	10	10	8	29	0,7	15	0,3	44	29
1972	5	13	8	11	6	27	0,6	16	0,4	43	29
1973	0	8	10	9	7	27	0,6	7	0,2	34	23
1974	3	10	4	1	5	19	0,4	4	..	23	15
1975	3	17	2	4	5	19	0,4	12	0,3	31	21
1976	4	28	2	2	3	28	0,6	11	0,2	39	26
1977	2	19	8	6	8	34	0,8	9	0,2	43	29
1978	4	39	14	6	9	54	1,2	18	0,4	72	48
1979	2	40	23	7	7	62	1,4	17	0,4	79	53
1980	1	35	22	5	11	58	1,3	16	0,3	74	49
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	69
1983	2	28	34	16	23	67	1,5	36	0,8	103	69
1984	3	35	37	19	46	95	2,2	45	1,0	140	93
1985	1	26	48	24	51	104	2,3	46	1,0	150	100
1986	3	32	40	32	31	81	1,8	57	1,2	138	92
1987	0	46	61	11	23	104	2,4	37	0,9	141	94
1988	2	40	47	22	14	86	2,0	39	0,9	125	83
1989	0	28	53	17	15	87	2,0	26	0,6	113	75
1990	1	44	49	28	21	113	2,6	30	0,7	143	95
1991	2	32	61	27	25	120	2,7	27	0,6	147	98
1992	1	30	73	36	36	128	2,9	48	1,1	176	117
1993	2	30	76	44	29	138	3,1	43	1,0	181	121
1994	4	39	80	47	34	159	3,6	45	1,0	204	136
1995	1	36	64	58	35	141	3,1	53	1,2	194	129
1996	7	40	84	73	47	188	4,2	63	1,4	251	167
1997	4	38	94	77	52	214	4,8	51	1,1	265	177
1998	4	42	78	77	62	209	4,7	54	1,2	263	175
1999	1	59	97	70	53	219	4,9	61	1,4	280	187

Källa: Socialstyrelsen, EpC.

a) Åren 1987 och 1997 har nya principer för klassificering av dödsorsaker införts. Försiktighet bör iaktas vid jämförelser över dessa år.

b) Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 av medelfolkmängden anges eftersom de narkotikarelaterade dödsfallen inträffar inom ett relativt snävt åldersintervall. Därmed elimineras de skillnader som beror på variationer i åldersstruktur och siffrorna för de olika åren blir jämförbara.

Tabellkommentarer: Psykofarmakautvecklingen (tabellerna 89–93)

Tabellerna 92–93 och 96 redovisar statistik över leveranser till apoteken av vissa läkemedel i antal DDD (definierade dygnsdoser; den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen med en sjukdom som utgör medlets huvudindikation) per 1 000 invånare och dag. Vad som är en dygnsdos för ett visst preparat kan i efterhand komma att ändras. För att kunna göra exakta jämförelser med tidigare år bör därför äldre data revideras. En jämförelse av reviderade och icke-reviderade data för försäljningen av N05B och N05C gav dock bara i enstaka fall skillnader, och dessa var dessutom marginella. Detta ledde till beslutet att inte revidera tidigare försäljningsdata, i synnerhet som proceduren är tidskrävande och bara kan göras ett visst antal år tillbaka i tiden, samtidigt som syftet med tidsserierna i första hand är att belysa trender.

En del av den ökning som redovisas för 1996 beror på den kraftiga försäljningsökning som skedde inför årsskiftet 1996/1997, till följd av en ändring av högkostnadsskyddet 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 90. Åren 1994–1999 salufördes inga kombipreparat, men år 2000 återkom ett sådant på marknaden.

I tabell 91 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. 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.

Uppgifterna i tabell 92 bygger på receptstatistik som sammanställs utifrån stickprov på utlämnade recept. Sedan 1999 ingår s k dosdispenseringar i denna statistik. Med detta avses att apoteket gör uttag ur tillverkarens originalförpackning och färdigställer läkemedel för varje intagningstillfälle för minst en veckas förbrukning till enskild person. Detta gäller främst äldre personer varför i synnerhet de äldsta åldersgrupperna inte är jämförbara med redovisningar före 1999.

Tabell 89. Inleveranser av lugnande medel och sömnmedel (N05B och N05C) respektive antidepressiva medel (N06A) till apoteken. Antal DDD per 1 000 in-vånare och dag. 1972–2001. (Diagram 34)

År	Lugnande medel/sömnmedel N05B + N05C	Antidepressiva medel N06A
1972	69	8
1973	64	8
1974	63	7
1975	62	7
1976	63	6
1977	64	6
1978	65	6
1979	64	6
1980	63	7
1981	62	6
1982	64	7
1983	65	7
1984	65	8
1985	65	8
1986	66	8
1987	65	9
1988	64	9
1989	61	9
1990	58	9
1991	54	10
1992	55	11
1993	55	13
1994	56	18
1995	57	28
1996	61	34
1997	58	32
1998	60	37
1999	62	41
2000	64	49
2001	66	56

Källa: Apoteket AB.

Tabell 90. Inleveranser till apoteken av narkotikaklassificerade läkemedel enligt förteckning II och IV/V. Antal DDD per 1 000 invånare och dag, 1972–2001. (Diagram 35)

År	Narkotikaförteckning II	Narkotikaförteckning IV/V enkelpreparat	Narkotikaförteckning IV/V kombipreparat
1972	3	73	7
1973	3	68	6
1974	2	64	5
1975	2	63	4
1976	2	64	4
1977	2	65	3
1978	2	64	3
1979	2	62	2
1980	1	61	2
1981	1	58	2
1982	1	59	1
1983	1	60	1
1984	1	59	0
1985	1	57	0
1986	1	58	0
1987	1	56	0
1988	1	55	0
1989	1	52	0
1990	1	48	0
1991	1	43	0
1992	1	44	0
1993	1	42	0
1994	2	44	.
1995	2	44	.
1996	2	48	.
1997	2	46	.
1998	3	49	.
1999	3	50	.
2000	3	51	0
2001	11	45	.

Källa: Apoteket AB.

Tabell 91. 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 ^{a)}			Alla
	Män	Kvinnor	15–29	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.

^{a)} T o m 1991 16–74 år.

Tabell 92. Sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C): Försäljning mot recept i antal DDD per 1 000 invånare och dag, efter ålder och kön. 2001. (Diagram 36)

Ålder	Kön		Totalt
	Män	Kvinnor	
0-4	0	0	0
5-9	0	0	0
10-14	1	0	1
15-19	1	2	2
20-24	6	8	7
25-29	12	13	13
30-34	18	22	21
35-39	29	36	32
40-44	41	52	47
45-49	53	72	63
50-54	61	93	77
55-59	68	110	89
60-64	79	121	100
65-69	92	137	115
70-74	117	171	147
75-79	154	217	190
80-84	203	268	243
85-89	264	330	308
90-94	333	379	367
95-99	399	425	421

Källa: Apoteket AB.

Tabell 93. Inleveranser av sömnmedel och lugnande medel (N05B och N05C) till apoteken. Antal DDD per 1 000 invånare och dag 2001 i respektive län. (Diagram 37)

Län	DDD/tid	Län	DDD/tid
Stockholm	62	Värmland	67
Uppsala	68	Örebro	62
Södermanland	50	Västmanland	68
Östergötland	63	Dalarna	62
Jönköping	81	Gävleborg	61
Kronoberg	75	Västernorrland	59
Kalmar	60	Jämtland	57
Gotland	58	Västerbotten	58
Blekinge	58	Norrbottn	48
Skåne	72		
Halland	67		
Västra Götaland	73		

Källa: Apoteket AB.

Tabellkommentarer: Snifningsutvecklingen (tabellerna 94–95)

Tabell 94 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 95 redovisar andelen mänstrande som någon gång sniffat 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 mänstringsundersökningen, vilket medför svårigheter att tolka resultatet. Ökningen 1995 (från 2,7 till 5,4%) 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 framgår av tabellen sjönk emellertid andelarna till knappt 3% 1998–1999. Införandet av en livstidsprevalensfråga 1998 har troligen bidragit till detta. Det kan vara så att många som tidigare rapporterat sniffning under de senaste två åren nu ansett att ”sniffat någon gång” varit ett mer relevant svar.

Tabell 94. Erfarenhet av sniffning. Procentuell fördelning efter kön. Årskurs 9. 1971–2001. (Diagram 38)

År	Antal	Har sniffat		Sniffar fortfarande	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	27	17	.	.
1972	6 085	18	13	.	.
1973	5 594	13	12	.	.
1974	4 634	13	11	.	.
1975	4 217	11	10	.	.
1976	4 136	10	7	.	.
1977	6 034	7	6	.	.
1978	9 543	7	6	.	.
1979	9 359	5	4	.	.
1980	9 941	5	5	.	.
1981	9 496	5	4	.	.
1982	5 146	5	3	.	.
1983 a)	3 262	5	8	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	1
1997	5 683	10	7	3	2
1998	5 455	10	6	3	2
1999	5 198	13	10	3	3
2000	5 290	10	7	3	2
2001	5 569	8	7	2	2

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

Tabell 95. Mönstrande som sniffat thinner, tri, solution eller liknande någon gång respektive senaste två åren. ^{a)} Procent. 1970/71–2001. (Diagram 38)

År	Antal tillfrågade	Sniffat någon gång			Sniffat senaste två åren		
		En gång	Flera gånger	Totalt	En gång	Flera gånger	Totalt
1970/71	53 392	9,3	10,6	19,9	.	.	.
1971/72	55 469	9,3	11,5	20,8	.	.	.
1972/73	57 992	9,7	13,3	23,0	.	.	.
1974	54 328	9,4	14,2	23,6	.	.	.
1975	54 711	9,4	12,8	22,2	1,6	2,5	4,1
1976	52 361	7,6	10,3	17,9	1,3	1,7	3,0
1977	52 129	7,1	9,3	16,4	1,3	1,7	3,0
1978	47 659	.	.	15,1	1,2	1,8	3,0
1979	49 658	.	.	12,4	1,1	1,5	2,6
1980	49 902	.	.	10,5	1,0	1,2	2,2
1981	54 363	.	.	.	..	..	2,8
1982	51 932	.	.	.	1,3	1,7	3,0
1983	52 011	.	.	.	1,1	1,3	2,4
1984	49 358	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1985	35 278	.	.	.	0,9	1,1	2,0
1986	46 646	.	.	.	1,0	1,1	2,1
1987	26 954	.	.	.	1,0	1,4	2,4
1988	41 125	.	.	.	1,0	1,3	2,3
1992	27 839	.	.	.	0,8	1,0	1,8
1993	33 956	.	.	.	1,1	1,1	2,2
1994	39 519	.	.	.	1,2	1,4	2,7
1995	44 878	.	.	.	2,7	2,7	5,4
1996	47 544	.	.	.	2,6	2,8	5,4
1997	38 878	.	.	.	2,1	2,4	4,5
1998	44 437	3,9	3,7	7,7	1,4	1,2	2,6
1999	42 751	3,4	3,5	6,9	1,2	1,2	2,4
2000	38 106	3,6	3,0	6,6	.	.	.
2001	39 842	3,1	2,4	5,5	.	.	.

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 96–102)

Beslagsstatistiken i tabell 96 bör tolkas med viss försiktighet bl a då statistikföringsrutiner för dopningsmedel har utvecklats sedan 1990-talets början och för att lagstiftningen på området har skärpts 1992 respektive 1999. Statistiken kan också påverkas av stora enskilda beslag.

Det bör påpekas att polisen redovisar antal beslagstillfällen medan tullen redovisar antal beslag. Ampuller med injektionspreparat redovisas i mängd vätska. Före 1997 redovisade dock tullen antal ampuller. Ampuller innehåller normalt en milliliter vätska, men även tvåmilliliters förekommer, varför tullens data blir något underskattande 1990–1996.

När det gäller lagföringar för dopningsbrott (tabell 97) redovisas endast lagföringar där brott mot dopningslagen ingått. Det beror på att statistiken över lagföringar för brott mot varusmuggningslagen inte särskiljer dopningsmedel. I lagföringarna ingår fällande domar, godkända strafförelägganden samt åtalsunderlåtelse.

Av tabellerna 99–102 framgår att cirka 1% av de manliga ungdomarna någon gång prövat anabola steroider och att ännu färre använt tillväxthormon. Vad gäller tillväxthormon är frågorna något olika, vilket framgår av fotnoterna. I vissa undersökningar har det inte alltid klargjorts att ett injektionsförfarande är nödvändigt, och i andra efterfrågades initialt endast "Genotropin i injektionsform". I inget fall när det klargjorts att tillväxthormon måste injiceras överstiger den uppgivna erfarenheten 0,5%.

Tabell 96. Polisens och tullens beslag av dopningspreparat 1990–2001. ^{a)}

År	Polisbeslag			Tullbeslag		
	Antal beslags- tillfällen	Tabletter (antal)	Flytande (liter)	Antal beslag	Tabletter (antal)	Flytande (liter) ^{b)}
1990	.	.	.	19	79 379	0
1991	.	.	.	65	68 501	5
1992	.	.	.	47	46 879	0
1993	295	125 959	1	75	174 259	0
1994	236	144 000	3	104	232 015	14
1995	140	103 200	6	77	108 436	6
1996	170	70 000	9	122	34 054	16
1997	200	75 600	12	165	51 573	23
1998	170	12 800	3	109	83 627	14
1999	200	93 600	11	136	142 705	13
2000	293	34 040	9	142	112 827	25
2001	301	31 566	10	240	385 770	26

Källa: Rikspolisstyrelsens BAR-register och Generaltullstyrelsens Tullmålsjournal.

a) Eftersom polisens och tullens statistik är sammanställd på delvis olika sätt kan inga summeringar göras.

b) För tullens del kan den flytande mängden vara något högre än redovisat 1990–1996 på grund av annorlunda redovisningsmetod.

Tabell 97. Antal anmälda brott och antal misstänkta personer avseende brott mot dopningslagen resp varusmuggningslagen (dopningsmedel) samt antalet lagförda personer enligt dopningslagen (smuggling ingår ej). 1993–2001.

År	Anmälda brott			Misstänkta personer			Lagförda personer	
	Dopningslagen	Varusmuggningslagen	Totalt	Dopningslagen	Varusmuggningslagen	Totalt	Dopningslagen	Därav huvudbrott %
1993	564	105	669	229	29	258	230	52
1994	412	24	436	197	24	221	214	43
1995	288	46	334	178	36	214	196	52
1996	320	26	346	154	19	203	196	48
1997	340	37	377	176	17	193	183	38
1998	273	9	282	189	9	198	201	43
1999	416	29	445	172	19	191	209	37
2000	438	3	441	264	17	281	260	40
2001	460	7	467	.	.	.	.	.

Källa: Brå.

Tabell 98. Antal personer misstänkta för dopningsbrott respektive varusmuggling av dopningsmedel fördelat efter ålder och kön. 1993–2000.

År	Ålder								Därav kvinnor %
	15–19		20–29		30–		Totalt		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
1993	38	15	152	59	68	26	258	100	2
1994	35	16	121	55	65	29	221	100	2
1995	42	20	113	53	59	28	214	100	6
1996	36	18	115	57	52	26	203	100	2
1997	37	19	104	54	52	27	193	100	1
1998	33	17	114	58	51	26	198	100	1
1999	17	9	135	71	39	20	191	100	2
2000	42	15	178	63	61	22	281	100	2

Källa: Brå.

Tabell 99. Andel skolelever i årskurs 9 som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2001.

År	Antal	Anabola steroider		Tillväxthormon ^{a)}	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1993	5 913	1	0	1	0
1994	5 868	1	0	0	–
1995	5 577	0	0	0	0
1996	6 027	1	0	0	0
1997	5 683	1	0	0	0
1998	5 455	1	0	0	0
1999	5 198	1	0	0	0
2000	5 290	1	0	0	0
2001	5 569	1	0	0	0

Källa: CAN.

a) Fr o m 1995 redovisas enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 100. Andel månstrande som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1994–2001.

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	38 106	0,5	0,5	1,0	·	·	·
2001	39 842	0,5	0,5	1,0	·	·	·

Källa: CAN.

a) Fr o m 1995 redovisas enbart de som uppgett injektionsbruk.

Tabell 101. Andelen i ungdomsundersökningar som använt anabola steroider respektive tillväxthormon. 1993–2000.

År	Anabola steroider					Tillväxthormon				
	Kön		Ålder			Kön		Ålder		
	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24	Män	Kvin	16–18	19–21	22–24
1993	1	–	1	1	0	0	–	0	–	–
1994	2	1	1	1	1	–	–	–	–	–
1996	0	0	0	–	1	0	–	0	0	0
1998	0	–	–	0	0	0	–	–	–	1
2000	1	0	0	1	1	0	–	–	–	0

Källor: SKOP, TEMO och Intervjubolaget.

Tabell 102. 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 103–105)

I tabell 103 beskrivs försäljningen av tobaksvaror i Sverige sedan 1970. I synnerhet vad det gäller senare år rekommenderas en viss försiktighet vid tolkningen av försäljningsnivåerna, bland annat på grund av tilltagande smuggling och ökat resande till utlandet. Av tabellen framgår också Tullverkets beslag av cigaretter.

I tabell 104 redovisas utvecklingen av tobakskonsumtionen bland elever i årskurs 9. Försiktighet får påkallas vid tolkningen av resultaten för andelen rökare respektive snusare då ändringar av frågorna har gjorts 1983 och 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 berodde på att frågeställningen 1983–1997 i högre grad mätte dagligrökning. De separat redovisade data gällande dem som röker dagligen/så gott som dagligen har dock inte påverkats av detta.

Tabell 105 visar andelen dagligrökare i befolkningen. Uppgifterna kommer från SCBs ULF-undersökningar och specialredovisas här för åldersgruppen 18–70 år. Perioden 1978–1979 finns inga uppgifter att tillgå.

Tabell 103. Den årliga försäljningen av cigaretter (st), respektive andra tobaksvaror för rökning (cigarrer/cigariller och rökto­bak) och snus i vikt (g) per person 15 år och äldre samt Tullverkets beslag av cigaretter. 1970–2001. (Diagram 40)

År	Försäljning			Beslag, miljoner cigaretter
	Cigaretter (st)	Annan rök­to­bak (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

Källor: Swedish Match och Tullverket.

Tabell 104. Andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de röker. 1971–2001.
(Diagram 41)

År	Antal	Rökare		Daglig-/nästan dagligrökare		Snusare	
		Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
1971	3 835	41	47	.	.	.	.
1972	6 085	.	.	.	.	.	.
1973	5 594	.	.	.	.	.	.
1974	4 634	31	45	.	.	25	4
1975	4 217	32	45	.	.	26	5
1976	4 136	27	40	.	.	29	5
1977	6 034	25	40	.	.	30	8
1978	9 543	25	38	.	.	29	7
1979	9 359	21	34	.	.	29	6
1980	9 941	21	33	.	.	30	8
1981	9 496	23	35	.	.	30	7
1982	5 146	25	32	.	.	30	7
1983 a)	3 262	19 15	30 22	11	18	29 21	7 2
1984	32 819	16	22	11	16	24	1
1985	1 502	16	21	11	14	21	2
1986	5 820	17	22	12	15	24	2
1987	5 778	17	24	10	15	25	2
1988	5 430	17	24	10	15	22	2
1989	5 714	23	30	12	17	20	3
1990	5 977	20	31	13	19	20	2
1991	5 883	19	27	13	18	16	1
1992	5 851	22	27	16	18	19	0
1993	5 913	20	26	14	18	17	0
1994	5 868	17	29	12	20	19	1
1995	5 577	19	27	13	17	19	1
1996	6 027	19	25	12	17	17	1
1997 a)	5 683	17 28	25 37	12	16	17 21	1 3
1998	5 455	28	34	11	14	20	2
1999	5 198	30	36	10	18	23	3
2000	5 290	30	36	10	15	26	4
2001	5 569	30	36	11	16	27	5

Källa: CAN.

a) När nya frågor infördes 1983 och 1997 fick hälften av eleverna besvara de gamla och hälften de nya frågorna.

Tabell 105. Andelen dagligrökare i den vuxna befolkningen (18–70 år). 1977-2000. (Diagram 42)

År	Män				Kvinnor			
	Ålder			Totalt	Ålder			Totalt
	18-29	30-49	50-70		18-29	30-49	50-70	
1977	44	45	38	42	50	34	22	34
1980	36	41	36	38	40	38	20	32
1981	32	39	34	36	37	35	20	30
1982	32	39	34	35	38	36	21	31
1983	28	39	31	34	35	35	20	30
1984	30	38	36	35	36	36	24	32
1985	25	36	31	32	37	36	21	31
1986	22	35	30	31	33	35	22	30
1987	21	35	32	31	33	34	22	30
1988	21	35	28	29	34	35	21	30
1989	20	31	25	27	31	35	22	30
1990	18	33	29	28	28	36	22	29
1991	21	33	26	28	28	33	22	28
1992	18	31	27	26	27	36	23	30
1993	17	28	27	25	23	30	23	26
1994	16	25	25	23	22	32	24	27
1995	14	26	27	23	25	30	23	26
1996	18	23	27	23	24	28	24	26
1997	14	17	20	17	21	27	23	24
1998	13	17	22	18	21	24	25	24
1999	15	20	24	20	19	22	22	22
2000	15	17	22	18	19	23	25	23

Källa: SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2000:7

Utkom från trycket
den 20 november 2000

Omtryck

beslutade den 10 oktober 2000.

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika¹ att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika² skall ändras enligt nedanstående.

Föreskrifterna kommer därför att ha följande lydelse från och med den dag då dessa föreskrifter träder i kraft.

1 § Med narkotika förstås

a) ämnen och droger, som är upptagna i förteckningarna I, II och III, förekommande stereoisomerer (med undantag av dextrometorfan, dextrorfan och fenylpropanolamin), estrar och etrar av dessa ämnen, samt förekommande salter av nämnda ämnen, isomerer, estrar och etrar, oavsett om varorna utgör naturprodukter eller är syntetiskt framställda;

b) ämnen som är upptagna i förteckningarna IV och V, samt förekommande salter av dessa ämnen;

c) beredningar, med nedan nämnda undantag, som innehåller eller är framställda av under a) nämnda varor;

d) beredningar som innehåller under b) nämnda ämnen enbart eller i blandning med varandra;

e) läkemedel godkända för försäljning, som innehåller under b) nämnda ämnen, klassificeras som narkotika endast i den mån Läkemedelsverket så beslutat.

2 § Till narkotika hänförs inte för medicinskt eller vetenskapligt bruk avsedda

a) beredningar av opium eller morfin, som i blandning innehåller högst 0,2 procent morfin, beräknat som vattenfri morfinbas, i blandning med ett eller flera andra terapeutiskt verksamma, icke narkotiska ämnen;

b) beredningar, som i blandning med en eller flera andra ingredienser innehåller ett av ämnena acetyldihydrokodein, dihydrokodein, etylmorfin, folkodin, kodein, nikodikodin, nikokodin eller norkodein till en mängd av högst 100 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser;

¹ Förordningen senast ändrad 2000:694.

² Ändrad genom LVFS 1997:15, 1998:3, 1998:12, 1999:6.

c) beredningar av difenoxin, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 0,5 milligram difenoxin och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 5 procent av difenoxindosen;

d) beredningar av difenoxylat, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 2,5 milligram difenoxylat, beräknat som bas, och en mängd atropinsulfat, som motsvarar minst 1 procent av difenoxylatdosen;

e) beredningar av propiram, som i varje avdelad dos inte innehåller mer än 100 milligram propiram i blandning med minst samma mängd metylcellulosa;

f) beredningar till intagning, som av narkotiska ämnen endast innehåller dextropropoxifen i en mängd av högst 135 milligram i varje avdelad dos eller till en halt av högst 2,5 procent, om beredningarna ej är avdelade i doser samt att inga ämnen upptagna i 1971 års psykotropkonvention³ ingår i beredningarna.

3 § De svenska förteckningarna inbegriper fem förteckningar med följande principiella innebörd:

Förteckning I, narkotika som normalt inte har medicinsk användning.

Förteckning II–IV, narkotika med medicinsk användning och som vid varje införsel eller utförsel kräver ett import/exportcertifikat.

Förteckning V, narkotika enligt svensk lag men som inte omfattas av internationella konventioner. Narkotika enligt förteckning V kräver inte import/exportcertifikat.

Den internationella förteckningen hänvisar till att ämnet finns upptaget i 1961 års allmänna narkotikakonvention (N I–IV)⁴ respektive 1971 års psykotropkonvention (P I–IV) inklusive tillägg.

NARKOTIKAFÖRTECKNINGAR

Under rubriken certifikat anges om införsel/utförsel kräver tillstånd i varje enskilt fall, J, eller att tillstånd i varje enskilt fall inte krävs, N.

Nomenklaturen i förteckningarna är i huvudsak INN-namn, men med svensk språkform.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
| Acetorfin	II	N I+IV	J
| Acetyl-alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Acetyldihydrokodein	II	N II	J
| Acetylmotadol	II	N I	J
| Alfaacetylmotadol	II	N I	J
| Alfameprodin	II	N I	J
| Alfametadol	II	N I	J
| Alfa-metylfentanyl	II	N I+IV	J
| Alfa-metyltiofentanyl	II	N I+IV	J

³ Convention on Psychotropic Substances, 1971.

⁴ Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Alfaprodin	II	N I	J
Alfentanil	II	N I	J
Allobarbital	IV	P IV	J
Allylprodin	II	N I	J
Alprazolam	IV	P IV	J
Amfepramon	II	P IV	J
Amfetamin	II	P II	J
Aminorex	IV	P IV	J
Amobarbital	IV	P III	J
Anileridin	II	N I	J
Aprobarbital	V	–	N
Barbital	IV	P IV	J
Bensetidid	II	N I	J
Bensfetamin	II	P IV	J
Bensylmorfin	II	N I	J
Besitramid	II	N I	J
Betacetylmetadol	II	N I	J
Beta-hydroxifentanyl	II	N I+IV	J
Beta-hydroxi-3-metylfentanyl	II	N I+IV	J
Betameprodin	II	N I	J
Betametadol	II	N I	J
Betaprodin	II	N I	J
Brallobarbital	V	–	N
Brolamfetamin DOB, brom-STP	I	P I	J
Bromazepam	IV	P IV	J
Brotizolam	IV	P IV	J
Buprenorfin	IV	P III	J
Butalbital (butalbarbital)	IV	P III	J
Butobarbital	IV	P IV	J
Cannabis/Cannabis harts (frön undantagna) ⁵	I	N I+IV	J
Cyklobarbital	IV	P III	J
Delorazepam	IV	P IV	J
Desomorfin	II	N I+IV	J

⁵ Cannabis, varmed förstås de ovanjordiska delarna av varje växt av släktet Cannabis (med undantag av frön), från vilka hartset inte extraherats. Cannabisharts, varmed förstås det från cannabisväxten insamlade hartset antingen obehandlat eller renat.

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
DET, <i>N,N</i> -dietyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
Dexamfetamin	II	P II	J
Dextromoramid	II	N I	J
Dextropropoxifen	III	N II	J
Diampromid	II	N I	J
Diazepam	IV	P IV	J
Dietyltiambuten	II	N I	J
Difenoxin	II	N I	J
Difenoxylat	II	N I	J
Dihydroetorfin	II	N I	J
Dihydrokodein	II	N II	J
Dihydromorfin	II	N I	J
Dikaliumklorazepat	V	–	N
Dimenoxadol	II	N I	J
Dimefeptanol	II	N I	J
Dimetyltiambuten	II	N I	J
Dioxafetylbutyrat	II	N I	J
Dipipanon	II	N I	J
DMA, 2,5-dimetoxiamfetamin	I	P I	J
DMHP, 3-(1,2-dimetylheptyl)-6,6,9-trimetyl-7,8,9,10-tetrahydro-6 <i>H</i> -dibenso[b,d]pyranol-(1)	I	P I	J
DMT, <i>N,N</i> -dimetyl-(2-indolyl-(3)-etyl)amin	I	P I	J
DOET, 2,5-dimetoxi-4-etylamfetamin	I	P I	J
DOM, STP, 2-amino-1-(2,5-dimetoxi-4-metyl-fenyl)-propan	I	P I	J
Drotebanol	II	N I	J
Ekgonin, samt dess estrar och derivat som kan omvandlas till ekgonin eller kokain	II	N I	J
Estazolam	IV	P IV	J
Eticyklidin, PCE	I	P I	J
Etilamfetamin, etylamfetamin	II	P IV	J
Etinamat	IV	P IV	J
Etklorvynol	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Etonitazen	II	N I	J
Etorfin	II	N I+IV	J
Etoxidin	II	N I	J
Etryptamin	I	P I	J
Etylloflazepat	IV	P IV	J
Etylmetyltiambuten	II	N I	J
Etylmorfin	III	N II	J
Fenadoxon	II	N I	J
Fenampromid	II	N I	J
Fenazocin	II	N I	J
Fencyklidin, PCP	II	P II	J
Fendimetrazin	II	P IV	J
Fenetyllin	II	P II	J
Fenkamfamin	II	P IV	J
Fenmetrazin	II	P II	J
Fenobarbital	IV	P IV	J
Fenomorfan	II	N I	J
Fenoperidin	II	N I	J
Fenproporex	II	P IV	J
Fentanyl	II	N I	J
Fentermin	II	P IV	J
1-Fenyl-2-butylamin	II	–	J
[1-fenyl-1-piperidyl-(2)-metyl]acetat	II	–	J
Fludiazepam	IV	P IV	J
Flunitrazepam	IV	P III	J
Flurazepam	IV	P IV	J
Folkodin	III	N II	J
Furetidin	II	N I	J
Gammahydroxibutyrat, GHB	II	–	J
Glutetimid	IV	P III	J
Halazepam	IV	P IV	J
Haloxazolam	IV	P IV	J
Heptabarbital	V	–	N
Heroin	I	N I+IV	J
Hexapropymat	V	–	N
Hexobarbital	V	–	N
Hydrokodon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Hydromorfinol	II	N I	J
Hydromorfon	II	N I	J
Hydroxipetidin	II	N I	J
Hydroxitetrahydrocannabinoler	I	PI	J
Ibogain	I	–	J
Isometadon	II	N I	J
Kamazepam	IV	P IV	J
Karfentanil	II	–	J
Karisoprodol	IV	–	J
Kat (de ovanjordiska delarna av Catha edulis)	I	–	J
Katin	II	P III	J
Katinon	I	P I	J
Ketazolam	IV	P IV	J
Ketobemidon	II	N I+IV	J
Klobazam	IV	P IV	J
Klometiazol	V	–	N
Klonazepam	IV	P IV	J
Klonitazen	II	N I	J
Kloralhydrat	V	–	N
Kloralodol	V	–	N
Klorazepat	IV	P IV	J
Klordiazepoxid	IV	P IV	J
Klotiazepam	IV	P IV	J
Kloxazolam	IV	P IV	J
Kodein	III	N II	J
Kodoxim	II	N I	J
Kokablad	II	N I	J
Kokain	II	N I	J
Lefetamin, SPA	II	P IV	J
Levamfetamin	II	P II	J
Levofenacylmorfan	II	N I	J
Levometamfetamin	II	P II	J
Levometorfan	II	N I	J
Levomoramid	II	N I	J
Levonantradol	II	–	J
Levorfanol	II	N I	J
Loprazolam	IV	P IV	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Lorazepam	IV	P IV	J
Lormetazepam	IV	P IV	J
Lysergid, LSD, LSD-25	I	P I	J
Mazindol	II	P IV	J
MDA, 2-amino-1-(3,4-metylendioxifenyl)-propan	I	P I	J
MDMA, 3,4-metylendioximetamfetamin	I	P I	J
Medazepam	IV	P IV	J
Mefenorex	II	P IV	J
Meklokalon	II	P II	J
Meprobatat	IV	P IV	J
Meskalin	I	P I	J
Mesokarb	IV	P IV	J
Metamfetamin	II	P II	J
Metamfetamin racemat	II	P II	J
Metazocin	II	N I	J
Metadon	II	N I	J
Metadonintermediat	II	N I	J
Metakvalon	II	P II	J
Metkatinon	I	P I	J
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[<i>b,d</i>]pyranol-(1)	I	PI	J
Pentobarbital	IV	P III	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Pemolin	II	P I	J
Pentazocin	III	P III	J
PEPAP	I	N I+IV	J
Petidin	II	N I	J
Petidinintermediat A	II	N I	J
Petidinintermediat B	II	N I	J
Petidinintermediat C	II	N I	J
Piminodin	II	N I	J
Pinazepam	IV	P IV	J
Pipradol	II	P IV	J
Piritramid	II	N I	J
PMA, parametoxiamfetamin	I	PI	J
Prazepam	IV	P IV	J
Proheptazin	II	N I	J
Properidin	II	N I	J
Propiram	III	N II	J
Propylhexedrin	II	–	J
Psilocin, 3-[2-(Dimetylamino)etyl]indol-(4)-ol	I	P I	J
Psilocybe cubensis	I	–	J
Psilocybe semilanceata (toppslätskivling)	I	–	J
Psilocybin	I	P I	J
Pyrityldion	V	–	N
Pyrovaleron	II	P IV	J
Racemetorfan	II	N I	J
Racemoramid	II	N I	J
Racemorfan	II	N I	J
Remifentanil	II	–	J
Rolicyklidin, PHP, PCPY	I	P I	J
Sekbutabarital	IV	P IV	J
Sekobarbital	II	P II	J
Sufentanil	II	N I	J
Svampar som innehåller ämnena psilocybin eller psilocin, om svamparna är framodlade eller om de har torkats eller på annat sätt beretts	I	–	J
Tebakon	II	N I	J

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Tebain	II	N I	J
Temazepam	IV	P IV	J
Tenamfetamin, MDA	I	P I	J
Tenocyklidin, TCP 1-(1-(2-tienyl)cyklohexyl)-piperidin	I	P I	J
Tetrahydrocannabinoler ⁶	I	P I	J
Tetrazepam	IV	P IV	J
Tilidin	II	N I	J
Tiofentanyl	I	N I+IV	J
TMA, 3,4,5-trimetoxiamfetamin	I	P I	J
Triazolam	IV	P IV	J
Trimeperidin	II	N I	J
Tybamat	V	–	N
Vallmohalm, koncentrat av	II	N I	J
Vinbarbital	V	–	N
Vinylbital	IV	P IV	J
Zipeprol	IV	P II	J
Zolpidem	V	–	N
Zopiklon	V	–	N

Denna författning träder i kraft omedelbart.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

⁶ Med tetrahydrocannabinoler avses i "List of Psychotropic substances under international control" (utgiven av International Narcotics Control Board) upptagna isomerer och stereo-kemiska varianter.



Föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika;

LVFS 2001:4

Utkom från trycket
den 25 april 2001

beslutade den 23 mars 2001

Läkemedelsverket föreskriver med stöd av 3 § förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika att narkotikaförteckningarna i 3 § verkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika¹ skall ändras enligt nedanstående:

Namn	Svensk förteckning	Internationell förteckning	Imp/Exp certifikat
Flunitrazepam	II	P III	J

Denna författning träder i kraft den 1 maj 2001.

Övergångsbestämmelser

För recept och rekvisitioner förordnade före den 1 maj 2001 gäller tidigare bestämmelser för upprepade uttag. Förordnade recept och rekvisitioner efter denna tidpunkt, dock senast den 1 augusti 2001, är giltiga utan de nya kraven under den tid som angivits på receptet/rekvisitionen, dock längst till den 1 augusti 2002.

Läkemedelsverket

GUNNAR ALVAN

Anna Maria Åslundh-Nilsson

¹ Senast ändrad LVFS 2000:7

ICD-koder

Från och med 1997 övergick man inom sjukvården till att klassificera sjukdomar och dödsfall enligt den tionde internationella diagnos- och dödsorsaksklassifikationen *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)*. Även om klassifikation är bättre än de föregående, i så måtto att den bättre beskriver sjukdomar och dödsfall i enlighet med dagens kunskaper, så kan det vara problematiskt med översättningar från tidigare versioner. Detta för med sig att man måste vara försiktig med tolkningar där tidsserierna passerar över årtalen då nya revisioner införts; 1958, 1969, 1987 och 1997, vilket gäller ett antal tabeller i rapporten.

I många fall, där det varit fråga om enstaka koder så redovisas dessa i tabellerna. I andra fall gäller redovisningen ett index som inte på ett enkelt sätt låter sig redovisas i tabellrubriken. I det följande beskrivs därför dessa index enligt ICD 10. För en närmare beskrivning av koderna i den 9:e revisionen hänvisas till Rapport 99.

Alkohol-index sjukhusvård (tabell 34)	Klartext	Alkohol-index dödsorsaker (tabell 35 och 36)	Klartext
C15.0–C15.9	Malign tumör i matstrupe	E24.4	Alkoholutlöst pseudo-cushingsyndrom
F10.0–9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10.1–9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol
G62.1	Alkohol-polyneuropati	G.31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
I42.6	Alkohol-kardiomyopati	G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
K70.0–K70.4, K74.0–K74.6, K76.0–K76.1. K76.6	Kronisk leversjukdom och levercirros	G72.1	Alkoholutlöst myopati

K85–K86.9	Sjukdom i bukspottkörtel	I42.6	Alkohol-kardiomyopati
T51.0–T51.9	Toxisk effekt av alkohol	K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
		K70.0–K70.9	Leversjukdom orsakad av alkohol
		K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol
		O35.4	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
		P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
		Q86.0	Fetalt hydantoin-syndrom
		T51.0–T51.9	Toxisk effekt av alkohol
		Y90.1–Y90.9	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
		Y91.1–Y91.9	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad
		Z50.2	Rehabilitering av alkoholmissbrukare
		Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk
Narkotika-index sjukhusvård (tabell 82 och 83)	Klartext	Narkotika-index dödsorsaker (tabell 88)	Klartext
F11.1–F11.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater;	F11.1–F11.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater;
F12.1–F12.9	Cannabis	F12.1–F12.9	Cannabis
F14.1–F14.9	Kokain	F13.1–F13.9	Sedativa och hypnotika

F15.1–F15.9	Stimulantia, däribland koffein	F14.1–F14.9	Kokain
F16.1–F16.9	Hallucinogener	F15.1–F15.9	Stimulantia, däribland koffein
F18.1–F18.9	Flyktiga lösningsmedel	F16.1–F16.9	Hallucinogener
F19.1–F19.9	Flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser	F18.1–F18.9	Flyktiga lösningsmedel
		F19.1–F19.9	Flera droger i kombination och andra psykoaktiva substanser
		O35.5	Vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret av läkemedel
		P04.4	Foster och nyfödd som påverkats av bruk av tillvänjande droger hos modern
		T40.0–T40.3	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel (opium, heroin, kodein, morfin, metadon)
		T40.5–T40.9	Förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel (kokain, ospecificerade medel, cannabis, LSD, meskalin, psilocin, psilocybin)
		T43.6	Förgiftning med psykotropa läkemedel (amfetamin)
		Z50.3	Rehabilitering av läkemedelsmissbrukare
		Z71.5	Rådgivning och kontroll vid drogmissbruk