



Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk

Sammanfattning

Alkoholkonsumtionen har ökat sedan början av 1990-talet. Mellan 1990 och 2006 ökade kvinnor sin konsumtion från i genomsnitt 1,5 liter till 2,9 liter ren alkohol per person och år och män från 4,4 liter till 6,3 liter, enligt självrapporterade uppgifter. Den självrapporterade konsumtionen är emellertid mindre än den verkliga alkoholkonsumtionen som år 2006 i själva verket uppskattades vara 6,1 liter bland kvinnor och 13,6 liter bland män. Omräknat till veckokonsumtion motsvarar det 4 respektive 9,5 burkar starköl för kvinnor respektive män.

Även försäljningsstatistiken visar att alkoholkonsumtionen ökar, och den registrerade försäljningen av alkohol ökade i slutet av 1990-talet och var som högst år 2004. När den oregistrerade konsumtionen (laglig och olaglig) läggs till den registrerade försäljningen får man den så kallade totala konsumtionen, som var 9,7 liter per person år 2006 jämfört med 8,0 liter 1996. Konsumtionen av vin och starköl har ökat medan spritkonsumtionen har minskat. Trots att konsumtionen har ökat under senaste 15 åren är Sverige ett av de länder som har lägst alkoholkonsumtion i Europa. Svenska ungdomar dricker dock ungefär lika mycket alkohol som ungdomar i övriga EU, och det är konsumtionen bland medelålders som är lägre.

Det är svårare att få fram uppgifter om huruvida den riskabla alkoholkonsumtionen också har ökat. Män som dricker motsvarande två glas vin per dag eller mer, vilket kan anses vara en förhållandevis hög konsumtion, ökade från 6 procent till 8 procent mellan åren 1990 och 2002. En motsvarande konsumtion bland kvinnor är ett och ett halvt glas vin per dag eller mer, och andelen kvinnor med en sådan konsumtion har ökat från 2 procent till 5 procent.

Människors alkoholkonsumtion förändras under livscykeln och i alla åldrar dricker kvinnor betydligt mindre alkohol än män. Mest dricker män i åldern 20–24 år med i genomsnitt 20,3 liter ren alkohol år 2002, vilket motsvarar 14 burkar starköl per vecka. För både kvinnor och män minskar konsumtionen med stigande ålder. Bland kvinnor är dock konsumtionen lägre i åldersgruppen 30–49 år, då många kvinnor har ansvar för barn, än i gruppen 50–64 år.

Det som kan bedömas som riskabla alkoholvanor är också vanligast bland unga, och 34 procent av män och 25 procent av kvinnor i åldern 16–29 år har riskabla alkoholvanor.

Alkoholkonsumtionen bland flickor och pojkar i årskurs 9 ökade också i slutet av 1990-talet, enligt egenrapporterade uppgifter. Den högsta nivån uppnåddes år 2000 och sedan dess har alkoholkonsumtionen sjunkit. Andelen i årskurs 9 som inte alls dricker alkohol har dock också ökat, och var 34 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna år 2007. Liksom bland de vuxna är det pojkar som dricker mer än flickor.

Fler män än kvinnor dör i en alkoholdiagnos, det vill säga som en direkt följd av alkoholmissbrukets skadliga effekter på kroppen. Sedan början av 1990-talet har andelen kvinnor som dör i en alkoholdiagnos ökat i åldrarna 65–74 år. Bland kvinnor i åldern 45–64 år har andelen varit oförändrad, möjligen med en svag ökning de senaste åren. Alkoholdödligheten bland män ökar i åldrarna över 65 år och minskar i hela åldersspannet 25–64 år. Under 2000-talet har andelen personer som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning ökat bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper.

Alkoholen har betydelse för folkhälsan på fler sätt eftersom alkohol ligger bakom en stor andel av olyckor, skador och våld. I Sverige dör cirka 3 000 personer årligen till följd av skador, och en tredjedel av dessa dödsfall uppskattas ha ett samband med alkohol. Varje år omkommer cirka 125 alkoholpåverkade personer i trafiken, vilket motsvarar cirka 20 procent av alla dödsolyckor i trafiken. Antalet alkoholpåverkade bilister, cyklister och fotgängare som dött i trafiken har dock varit relativt konstant sedan 1997.

Bland både kvinnor och män med alkoholproblem är depression två till tre gånger vanligare än hos andra. Alkoholberoende kan naturligtvis dessutom få sociala konsekvenser som i sin tur påverkar hälsan för den beroende och hans eller hennes omgivning.

Alkoholens positiva effekter på hälsan gäller framför allt hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och kognitiva funktioner, där risken för att insjukna kan minska genom alkohol i små doser, t.ex. ett glas vin per dag. I yngre åldrar finns det dock inga redovisade positiva effekter av måttlig konsumtion och berusningsdrickande innebär generellt sett större risker för hälsan..

Det förebyggande arbetet har framför allt varit inriktat på ungdomars och kvinnors alkoholkonsumtion, trots att män dricker betydligt mer. Förebyggande arbete som bygger på insikter om orsaker till de stora könsskillnaderna är viktigt för såväl kvinnors som mäns hälsa.

Under 1990-talet ökade narkotikaanvändningen bland niondeklassare. Den var som högst år 2001 men minskar nu åter. År 2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de prövat narkotika någon gång. 1 procent av flickorna och 2 procent av pojkarna i årskurs 9 har använt narkotika under den senaste månaden, vilket anses vara ett bättre mått på regelbunden användning. Antalet döda i en narkotikadiagnos har ökat dramatiskt sedan 1971. Flest dödsfall inträffade i början av 2000-talet, och antalet har därefter minskat. Dödsfall till följd av narkotikaanvändning är tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor.

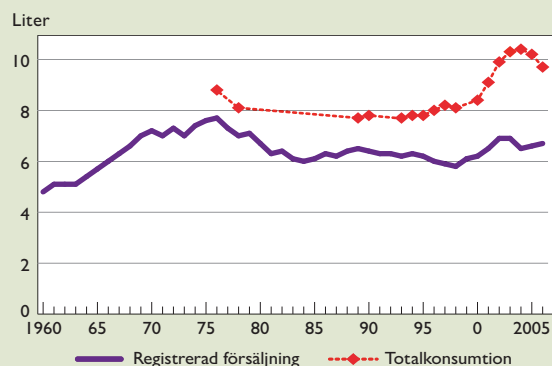
Alkoholkonsumtionens utveckling och nivåer

Totalkonsumtionen stabiliserad på en högre nivå än tidigare

År 2006 uppgick den registrerade försäljningen av öl, vin och sprit till 6,7 liter ren (100 procent) alkohol¹ per person över 15 år (figur 1) [1]. Motsvarande siffra 1996 var 6,0 liter. I den registrerade försäljningen ingår öl, vin och sprit som säljs via Systembolaget, restauranger och butiker [1]. När den oregistrerade konsumtionen (både laglig och olaglig) läggs till den registrerade försäljningen var den totala konsumtionen 9,7 liter per person år 2006 jämfört med 8,0 liter 1996. I faktaruta 1 presenteras en sammanfattning av de mått på alkoholkonsumtion och alkoholproblem som används i detta kapitel.

Figur 1. Alkoholförsäljning och totalkonsumtion

Alkoholförsäljning och totalkonsumtion av sprit, vin och öl (utom lättöl). Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, perioden 1960–2006.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

Den registrerade försäljningen speglar förhållandevis väl den verkliga konsumtionen fram till mitten av 1980-talet då den oregistrerade konsumtionen var uppskattningsvis 1,0–1,2 liter per person [1]. Den registrerade försäljningen av alkohol ökade stadigt från början av 1960-talet till 1976, från 5 till 7,7 liter alkohol per invånare och år [1]. Efter 1976 sjönk försäljningen fram till 1984 och var då 6,0 liter.

Sedan mitten av 1980-talet har den oregistrerade konsumtionen ökat, både i absoluta tal och som andel av totalkonsumtionen, i takt med att laglig privatinförsel och olaglig införsel har ökat. Den oregistrerade konsumtionen var som högst år 2004 då den lagliga privatinförseln var 2,9 liter och den olagliga 1,0 liter per person. Tillsammans utgjorde de 38 procent av totalkonsumtionen. År 2006 uppgick den oregistrerade konsumtionen till 3,0 liter per person och utgjorde 31 procent av totalkonsumtionen.

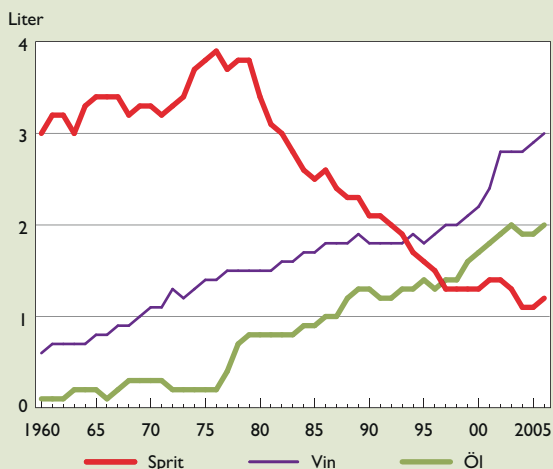
Totalkonsumtionen ökade i början av 2000-talet och den var som högst år 2004, 10,4 liter alkohol per person över 15 år. Därefter har totalkonsumtionen minskat både år 2005 och 2006 (figur 1).

Konsumtionen av vin och starköl har ökat medan spritkonsumtionen har minskat (figur 2). År 2006 konsumerades 38 procent av all alkohol i form av vin, 30 procent som starköl, 25 procent som sprit och 7 procent som folköl. Konsumtionsökningen under början av 2000-talet berodde främst på att människor dricker oftare, snarare än att de konsumerar mer vid varje tillfälle [2].

¹ I fortsättningen förkortas uttrycket "liter ren (100 procent) alkohol" till "liter" eller "liter alkohol" beroende på sammanhang. Om något annat avses kommer det att framgå av texten.

Figur 2. Försäljning av sprit, vin och öl

Försäljning av sprit, vin och öl (utom lättöl). Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, perioden 1960–2006.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

Alkoholkonsumtion och alkoholproblem kan mätas på olika sätt. Följande termer och definitioner används:

Totalkonsumtion inkluderar den registrerade försäljningen samt den lagliga och olagliga oregistrerade konsumtionen.

Registrerad försäljning inkluderar öl, vin och sprit som säljs via Systembolaget, restauranger och butiker.

Oregistrerad konsumtion är en uppskattning av konsumtionsnivåerna, baserad på intervjuer med ett urval av befolkningen om hur mycket de dricker och hur de skaffat alkoholen de dricker. *Laglig* oregistrerad konsumtion inkluderar lagligt införd alkohol, t.ex. i samband med utlandsresor. *Olaglig* oregistrerad konsumtion inkluderar alkohol

som har tillverkats olagligt inom landet eller som olagligt förts in genom smuggling eller vidareförsäljning.

Självskattad alkoholkonsumtion inkluderar uppgifter från intervju- eller enkätundersökningar om hur mycket alkohol en person uppger sig konsumera.

Uppräknad självskattad konsumtion inkluderar den självskattade alkoholkonsumtionen och en generell uppräknad konsumtion med 40 procent eftersom man från olika studier vet att den självskattade konsumtionen vanligen underskattas med cirka 40 procent.

Intensivkonsumtion används för att beskriva hur ofta en individ dricker sig berusad eller hur ofta man vid ett och samma tillfälle dricker en större mängd alkohol (vanligen motsvarande en flaska vin).

Riskabelt drickande baseras på hur svarspersonerna i den nationella folkhälsoenkäten har svarat på frågor om hur ofta man druckit, hur mycket man dricker vid ett typiskt dryckestillfälle och hur ofta man dricker större mängder vid ett och samma tillfälle. Riskabelt drickande innebär t.ex. att ha varit berusad två till tre gånger per månad.

Alkoholmissbruk och alkoholberoende innebär att man i något olika hög grad har ett fysiskt, psykiskt och socialt behov av alkohol som man har svårt att bryta.

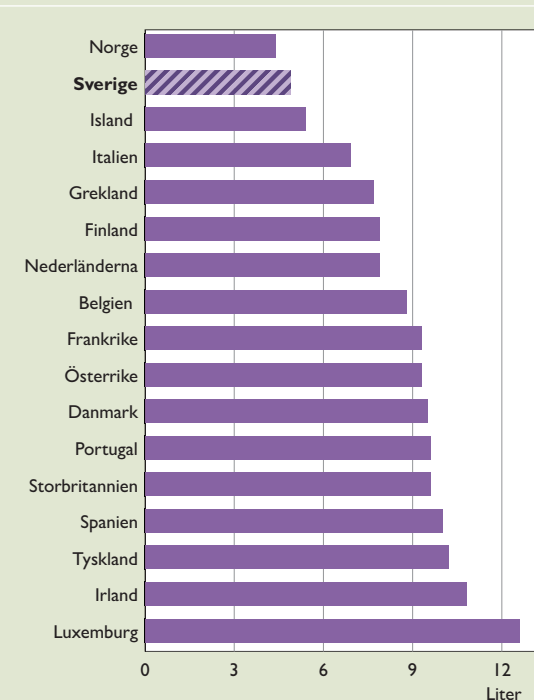
EU har högst alkoholkonsumtion i världen

EU är den region i världen där alkoholkonsumtionen är högst, och vid millennieskiftet var den 11 liter alkohol per person över 15 år. Mängden är beräknad utifrån den dokumenterade konsumtionen som inkluderar skatter och avgifter på alkoholdrycker samt t.ex. statistik över medlemsländernas produktion av och handel med alkohol [3]. Även om regionen har den högsta konsumtionen i världen har dock konsumtionsnivåerna sjunkit stadigt sedan slutet av 1970-talet. Uppskattningsvis avstår 15 procent av vuxna européer från att dricka alkohol, vilket motsvarar 55 miljoner personer. För att få fram en mer korrekt konsumtion bör man undanta dessa och dessutom lägga till information om alkoholkonsumtionen utöver den som fångas via skatter, avgifter och annan offentlig statistik, dvs. den som är baserad på självskattningar av alkohol. Totalkonsumtionen blir då 15 liter alkohol per alkoholkonsument och år [3].

Inom EU är öl den mest populära alkoholdrycken [3], med 44 procent av alkoholkonsumtionen, och därefter vin (34 procent) och sprit (23 procent). Figur 3 visar försäljningsstatistik från ett urval EU-länder samt Norge och Island, vilket i grova drag ger en bild av alkoholförsäljningen i de aktuella länderna. Man ska dock vara försiktig med alltför långtgående slutsatser eftersom försäljningsstatistiken förs på olika sätt i de olika länderna, vilket påverkar jämförelsen.

Figur 3. Alkoholförsäljning i Norden och EU15

Alkoholförsäljning i EU15* samt i Norge och Island. Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare 15 år och äldre, år 2003.



* EU15 betecknar de länder som var medlemmar i EU fram till 1 maj 2004 då en större utvidgning skedde.

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

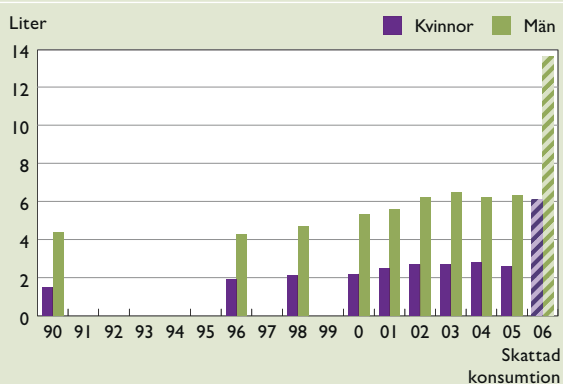
Självskattad konsumtion och uppskattad självskattad konsumtion

Ett viktigt komplement till försäljningsinformationen är den självskattade alkoholkonsumtionen som gör det möjligt att studera alkoholkonsumtionen för olika grupper i befolkningen. Intervjuundersökningar visar att både män och kvinnor ökade sin konsumtion mellan åren 1990 och 2006; män från i genomsnitt 4,4 liter per år till 6,3 liter och kvinnor från 1,5 liter till 2,9 liter (figur 4) [1, 4]. Således har män ökat sin konsumtion med

1,9 liter och kvinnor med 1,4 liter under dessa 16 år. Det motsvarar en ökning med 43 procent bland män och 90 procent bland kvinnor. [1].

Figur 4. Självs kattad alkoholkonsumtion

Självs kattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män, perioden 1990–2006. För år 2006 anges skattad konsumtion.



Under perioden 2003–2006 ingår personer i åldern 16–80 år och under perioden 1990–2002 personer i åldern 16–75 år.

Källa: Leifman [2], Trolldal [6], Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning [7], Boman [8].

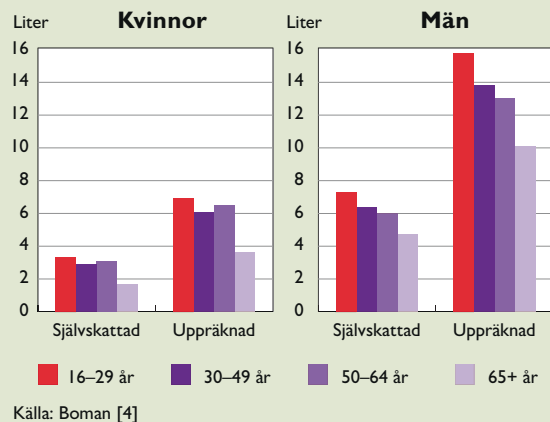
Den självs kattade alkoholkonsumtionen är ungefär 40 procent lägre än den verkliga alkoholkonsumtionen. Det beror på att många personer med alkoholproblem inte svarar på intervju- och enkätundersökningar, och att de svarande tenderar att underskatta sin konsumtion [9]. Om man ökar den konsumtion som uppges i frågeundersökningar med 40 procent får man den uppräknade självs kattade konsumtionen. Alkoholkonsumtionen för år 2006 blir då 13,6 liter bland män och 6,1 liter bland kvinnor (figur 4). Det motsvarar 9,5 burkar starköl (alkoholhalt 5,6 procent) per man och vecka respektive 4 burkar starköl per kvinna och vecka.

Unga män dricker mest

Alkoholkonsumtionen varierar mellan olika åldersgrupper, där den yngsta åldersgruppen dricker mest och de äldsta dricker minst (figur 5). Män i åldrarna 16–29 år drack år 2006 15,8 liter ren alkohol per person och år och kvinnor 6,9 liter [4]. Inom åldersgruppen 16–29 år hade män i åldrarna 20–24 år den högsta konsumtionsnivån, 20,3 liter alkohol per person, vilket motsvarar en genomsnittskonsumtion av 14 burkar starköl i veckan [9]. Bland unga kvinnor var det likaså 20–24 åringarna som hade den högsta konsumtionen, 8,8 liter alkohol per person år 2002. Det motsvarar en genomsnittskonsumtion per vecka av knappt två flaskor vin (1,4 liter vin, alkoholhalt 12 procent).

Figur 5. Självs kattad och uppräknad självs kattad alkoholkonsumtion

Självs kattad och uppräknad självs kattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 år och äldre, år 2006.



Källa: Boman [4]

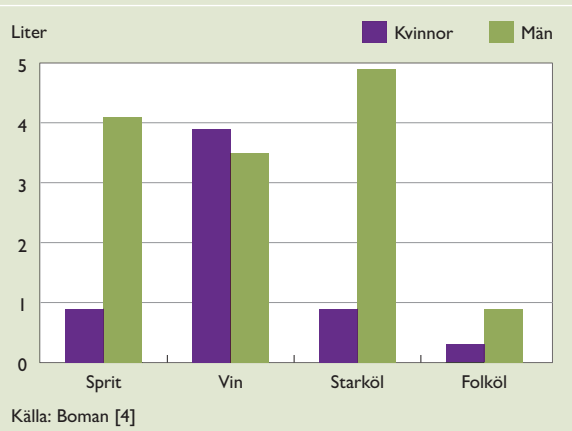
Bland män sjunker konsumtionen successivt med stigande ålder, och detsamma gäller i princip för kvinnor. Kvinnor i 30- och 40-årsåldern har dock en lägre konsumtion än övriga åldersgrupper, vilket sammanfaller med den ålder då många kvinnor har ansvar för barn. Dessutom har kvinnor och män i denna åldersgrupp den minsta ökningen av alkoholkonsumtion under 1990-talet [1, 2, 9].

Svenska ungdomar dricker ungefär lika mycket alkohol som ungdomar i övriga EU, men konsumtionen bland medelålders är något lägre i Sverige i jämförelse med andra länder i EU. Många länder i södra och centrala Europa har endast små skillnader i alkoholkonsumtion mellan olika åldersgrupper. Det svenska åldersmönstret, där unga dricker mer alkohol än andra åldersgrupper, har funnits åtminstone sedan slutet av 1970-talet. Även i Norge, Storbritannien och i viss mån på Irland dricker ungdomar mer än äldre [2].

I Sverige dricker kvinnor framför allt vin, medan männens konsumtion är mer jämnt fördelad över vin, sprit och starköl (figur 6) [4]. Denna könsskillnad finns i stort sett i alla åldersgrupper. Bland kvinnor i åldrarna 16–19 år står dock spritkonsumtionen för en högre andel (32 procent) av totalkonsumtionen jämfört med kvinnor i andra åldersgrupper [2]. Vidare är vinkonsumtionens andel av totalkonsumtionen mycket låg bland män i åldrarna 16–19 år (3 procent) och 20–24 år (9 procent). Unga män dricker framför allt starköl och folköl. Under de senaste åren är det vindrickandet som har ökat för kvinnornas del och bland männen starkölet.

Figur 6. Alkoholkonsumtion efter alkoholsort

Uppräknad självskattad alkoholkonsumtion av sprit, vin, starköl och folköl. Antal liter ren (100 %) alkohol per invånare. Kvinnor och män, år 2006.



Skolungdomars alkoholvanor – en tredjedel avstår från alkohol

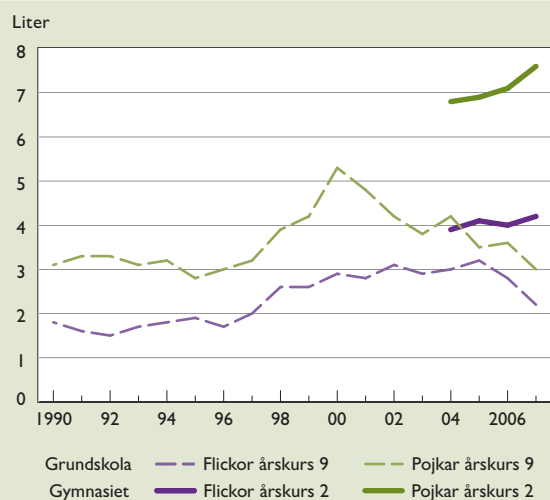
Liksom för befolkningen i övrigt ökade konsumtionen bland ungdomar i årskurs 9 i slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet [1]. Den högsta nivån bland pojkar uppnåddes år 2000 då den genomsnittliga självrapporterade konsumtionen var 5,3 liter per år (figur 7). Årskonsumtionen bland niondeklassare på 1990-talet var genomgående högre än på 1980-talet, medan 1970-talet låg mer i nivå med 1990-talet.

Könsskillnaderna i alkoholkonsumtion var som störst år 2000, då pojkar drack 2,4 liter mer än flickor. Den högsta nivån bland flickorna, 3,2 liter, uppnåddes år 2005 och då var könsskillnaden också som minst, endast 0,3 liter. Flickor i årskurs 9 har aldrig rapporterat högre konsumtion än pojkarna under de 17 år som Centralförbundet för alkohol och narkotika (CAN) har följt konsumtionsnivåerna [1, 10]. Andelen i årskurs 9 som inte alls dricker alkohol har ökat; år 2007 gällde det

34 procent av pojkarna och 28 procent av flickorna [1, 10].

Figur 7. Alkoholkonsumtion bland ungdomar

Självs kattad alkoholkonsumtion i liter ren (100 %) alkohol per invånare. Flickor och pojkar i åk 9 grundskolan perioden 1990–2007 och åk 2 gymnasiet perioden 2004–2007.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

CAN har information om gymnasieungdomarnas självskattade årskonsumtion från 2004 till 2007, och den visar att ungdomar i gymnasiets årskurs 2 har högre alkoholkonsumtion än eleverna i årskurs 9 (figur 7) [1]. Pojkarnas självskattade konsumtion år 2007 var 7,6 liter alkohol och flickornas 4,2 liter. Andelen som inte dricker alkohol alls var 12 procent bland pojkarna och 10 procent bland flickorna.

Riskabelt drickande och missbruk

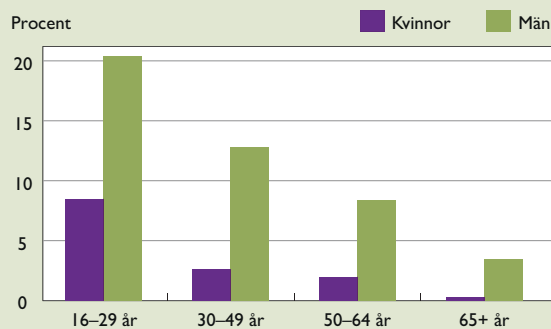
Andelen män som har en alkoholkonsumtion motsvarande två glas vin per dag eller mer, vilket kan ses som en förhållandevis hög konsumtion, ökade från 6 procent år 1990 till 8 procent år 2002 [1].

En motsvarande konsumtion bland kvinnor är ett och ett halvt glas vin per dag eller mer, och andelen kvinnor med en sådan konsumtion har ökat från 2 procent till 5 procent. Alkoholkonsumtion av denna omfattning minskar med stigande ålder och är högst bland personer under 30 år, där 15 procent bland män och 9 procent bland kvinnor har en sådan konsumtion.

Sambanden mellan alkohol och hälsa varierar med dryckesmönstret [12]. Generellt ger berusningsdrickande fler negativa hälsokonsekvenser än en hög alkoholkonsumtion som är utspridd över olika tillfällen. Annorlunda uttryckt är det skadligare för hälsan att under en kväll konsumera motsvarande en flaska vin än att konsumera samma mängd utspritt över hela veckan. År 2006 rapporterade 12 procent av männen att de under den senaste månaden haft ett dryckesmönster som kan klassas som intensivkonsumtion (se faktaruta) [4]. Motsvarande andel bland kvinnor var 3 procent. Även andelen intensivkonsumenter minskar med stigande ålder (figur 8).

Figur 8. Intensivkonsumtion av alkohol

Andel (procent) personer som rapporterar intensivkonsumtion* av alkohol. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 år och äldre, år 2006.

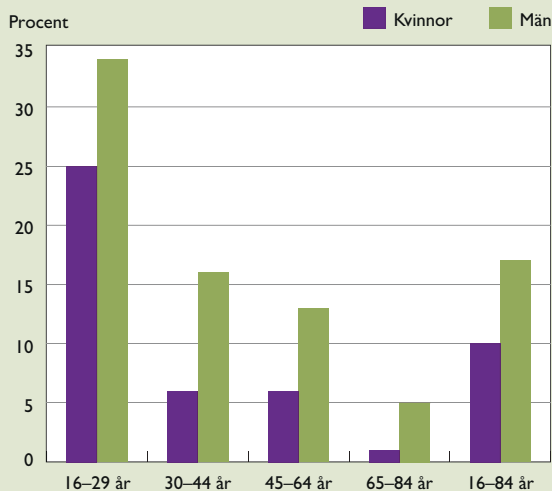


* Minst en flaska vin eller motsvarande vid ett tillfälle minst en gång per vecka.
Källa: Boman [4]

Ytterligare ett mått som används för att beskriva dryckesmönster är riskabelt drickande (se faktaruta). Enligt den nationella folkhälsoenkäten har 17 procent av männen ett riskabelt drickande, liksom 10 procent av kvinnorna (figur 9). I åldern 16–29 år är andelen riskkonsumenter som störst: 34 procent av männen och 25 procent av kvinnorna. I åldersgruppen 30–44 år har andelen sjunkit till 16 procent bland männen, och så mycket som till 6 procent bland kvinnorna. Det verkar alltså som om både män och kvinnor, men i synnerhet kvinnor, anpassar sitt konsumtionsmönster under den period då många har hemmavarande barn.

Figur 9. Riskabla alkoholvanor

Andel (procent) personer med riskabla alkoholvanor. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 2007.

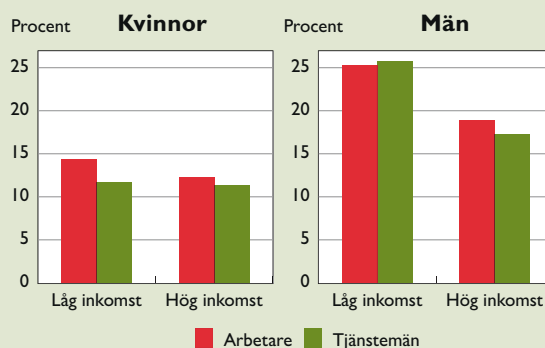


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Riskabla dryckesvanor är vanligare bland män med låg inkomst än det är bland män med hög inkomst, och det gäller både tjänstemän och arbetare (figur 10). Bland kvinnor är dessa skillnader mycket mindre.

Figur 10. Riskabla alkoholvanor efter inkomst och socioekonomisk grupp

Andel (procent) personer med riskabla alkoholvanor bland arbetare och tjänstemän med låg respektive hög inkomst. Kvinnor och män i åldern 16–64 år, år 2005–2007. Åldersstandardiserat.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Gränserna mellan bruk, missbruk och beroende är flytande. I diagnosklassifikationer används olika kriterier för att avgöra om en person är alkoholberoende [13]. Exempel på sådana kriterier är toleransökning, abstinensbesvär, behov av återställare, personen misslyckas med att begränsa sin konsumtion, mycket tid går åt till att fundera på, skaffa och dricka alkohol och att återhämta sig från sitt drickande, personen missköter familj, relationer och arbete och/eller ignorerar dem samt dricker trots kroppsliga och psykiska besvär.

I en befolkningsbaserad intervjustudie bland kvinnor i Göteborg fann man i början av 1990-talet att 1,3 procent av kvinnorna i Göteborg hade haft ett alkoholmissbruk och/eller varit alkoholberoende under det senaste året, liksom 3,9 procent någon gång under sin livstid [14]. Det finns inga motsvarande uppgifter för män från de senaste åren.

I en holländsk studie från 1998 fann man att 19 procent av männen respektive 4 procent av kvinnorna någon gång under sin livstid hade fått diagnosen alkoholmissbruk [15]. Motsvarande siffra för alkoholberoende var 9 procent respektive 2 procent. Andelen som hade fått diagnosen alkoholmissbruk under det senaste året var 7 procent av männen och 2 procent av kvinnorna, och 6 procent av männen och 1 procent av kvinnorna hade ett alkoholberoende.

Konsekvenser av alkoholbruk och missbruk

De negativa konsekvenserna av bruk och missbruk av alkohol kan delas in i tre huvudgrupper [12]. Den första är att alkoholkonsumtion ökar risken för att skador ska inträffa på jobbet, på fritiden och i trafiken och för sociala problem av olika slag [3, 12]. Den andra är en ökad risk för att bli beroende av alkohol. Det finns en rad olika faktorer som avgör om man utvecklar ett beroende av alkohol eller inte, t.ex. personens biologiska och psykologiska förutsättningar och levnadsomständigheter i barndomen och vuxenlivet [3, 12]. En person som har få biologiska, psykologiska eller sociala riskfaktorer kan också tappa kontrollen över sin alkoholkonsumtion vid akuta kriser och utveckla ett missbruk eller beroende av alkohol. Den tredje huvudgruppen gäller de biokemiska och toxiska effekter av alkohol som har en negativ inverkan på kroppen, vilket ökar risken för en rad olika typer av sjukdomar och besvär såsom psykiska problem, hjärt- och kärlsjukdom, cancersjukdom samt sjukdomar i mage och tarmar [3, 12].

Skador

Det finns ett väldokumenterat samband mellan alkohol och olika typer av skador [3, 12]. Alkohol

kan förklara 40 procent av den globala sjukdomsbördan av skador, skattad som Disability Adjusted Life Years² (DALY). Om ingen alls drack alkohol skulle alltså 40 procent av sjukdomsbördan för alla skador försvinna [12]. Enligt en svensk analys ligger alkohol bakom 35 procent av männens sjukdomsbörda av olyckor, skador och våld och 26 procent av kvinnornas [16]. Alkohol kan också öka risken för att en olycka får allvarliga konsekvenser [17]. I Sverige dör cirka 3 000 personer varje år i samband med skador, och enligt uppskattningar skulle en tredjedel kunna ha samband med alkohol.

Statistiken visar att män kör rattfulla i högre utsträckning än kvinnor. Ett sätt att uppskatta andelen rattfulla i trafiken är att använda begreppet ”trafikarbete”. Trafikarbete är den totala sträcka som körs av alla fordon under en viss tidsperiod och på ett visst vägnät. Vid Väg- och trafikinstitutet genomfördes år 2007 en omfattande kartläggning bland förare av personbilar och lätta lastbilar i Södermanlands, Örebro och Östergötlands län [18]. Det fanns en tydlig könsskillnad; rattfullas andel av trafikarbetet var 0,04 procent bland kvinnor och 0,32 procent bland män.

Enligt Vägverkets statistik har antalet alkoholpåverkade trafikanter som dött i trafiken varit relativt konstant sedan 1997, vilket inkluderar bilister, cyklister och fotgängare [19]. Varje år omkommer cirka 125 personer, vilket motsvarar cirka 20 procent av alla dödsolyckor i trafiken. Av de som dött i trafiken var en större andel av personbilsförarna alkoholpåverkade jämfört med andra typer av trafikanter. Under åren 1997 och 2006 var mellan 43 och 66 procent av personbils-

² Disability Adjusted Life Years är ett samlat hälsomått som mäter funktionsnedsatta levnadsår och förtidig död.

Tabell 1. Riskabla alkoholvanor och hälsobesvär

Andel (procent) personer med olika hälsobesvär och med riskabla respektive ej riskabla alkoholvanor. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 64 år, år 2005–2007.

	Svåra sömnbesvär		Svåra besvär med ångslan, oro eller ångest		Varit mycket stressade		Nedsatt psykisk välbefinnande	
	Riskabla alkoholvanor	Ej riskabla alkoholvanor	Riskabla alkoholvanor	Ej riskabla alkoholvanor	Riskabla alkoholvanor	Ej riskabla alkoholvanor	Riskabla alkoholvanor	Ej riskabla alkoholvanor
	Procent		Procent		Procent		Procent	
Kvinnor								
16–29 år	6	5	10	8	7	6	33	26
30–44 år	8	6	10	7	6	4	30	23
45–64 år	15	10	14	5	6	4	23	18
Män								
16–29 år	5	3	6	4	3	3	20	17
30–44 år	4	4	7	4	2	3	18	18
45–64 år	8	6	3	3	4	2	18	12

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens Folkhälsoinstitut

förarna som dog i trafiken alkoholpåverkade och mellan 19 och 27 procent var rattfulla (alkoholhalt $\geq 0,2$ promille).

Vidare finns det ett tidsmässigt och geografiskt samband mellan alkohol, särskilt berusningsdrickande, och våldsskador [3]. Alkoholens betydelse för våldshandlingar är i hög grad situationsberoende; samma mängd alkohol konsumerad av samma person men i olika situationer leder alltså inte alltid till våld. Den effekt som alkoholen får på en människa beror på hans eller hennes personlighet, men de kulturella förväntningarna på alkohol har också betydelse för effekten [3]. Se också kapitlet om våld.

Psykiska problem

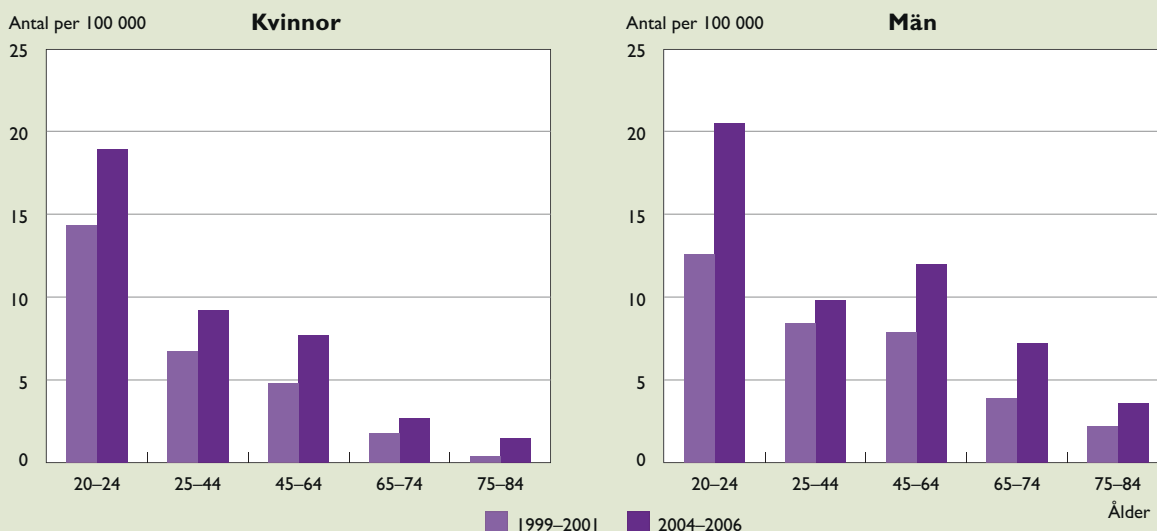
Depression och ångestsymtom är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion [3, 12, 20], och sådana problem är också vanligare ju högre alkoholkonsumtionen är [20]. Bland kvinnor och män som är alkoholberoende är depression två till

tre gånger vanligare än hos andra [3]. Det är oklart om alkoholproblem föregår psykiska problem eller om människor får alkoholproblem som en följd av sina psykiska problem, och i olika studier har man försökt klarlägga sambandet [3]. Frågan är dock svår att reda ut och slutsatsen är att båda processerna förekommer. Alkoholproblem leder till en sämre psykisk hälsa och det kan lätt bli en ond cirkel när en person behöver mer alkohol för att mildra de psykiska symtomen.

Det psykiska välbefinnandet är också lägre bland riskkonsumenter av alkohol, enligt den nationella folkhälsoenkäten (tabell 1) [21]. I åldersgruppen 45–64 år är det betydligt vanligare att kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion lider av svår ångslan, oro eller ångest jämfört med kvinnor utan. I vissa av åldersgrupperna är skillnaderna emellertid små eller obefintliga.

Figur 11. Sjukhusvårdade för alkoholförgiftning

Patienter vårdade på sjukhus för alkoholförgiftning. Antal personer per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 20 till 84 år, åren 1999–2001 och 2004–06



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kroppsliga besvär och sjukdomar

Alkoholkonsumtion i större mängder kan bland annat öka risken för högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdomar, besvär från mage och tarmar samt vissa cancerformer [3, 12, 22]. Ju mer man dricker, desto mer ökar också risken för kroppsliga besvär och sjukdomar. En låg eller måttlig konsumtion kan dock enligt vissa studier ha en skyddande effekt, framför allt mot hjärt- och kärlsjukdomar men enligt vissa studier också för diabetes. De skyddande effekterna gäller främst personer i övre medelåldern och över (se nedan).

Andelen personer som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning har ökat de senaste åren, bland både kvinnor och män och i alla åldersgrupper (figur 11). Det är dock svårt att veta om denna ökning beror på den ökade totalkonsumtionen.

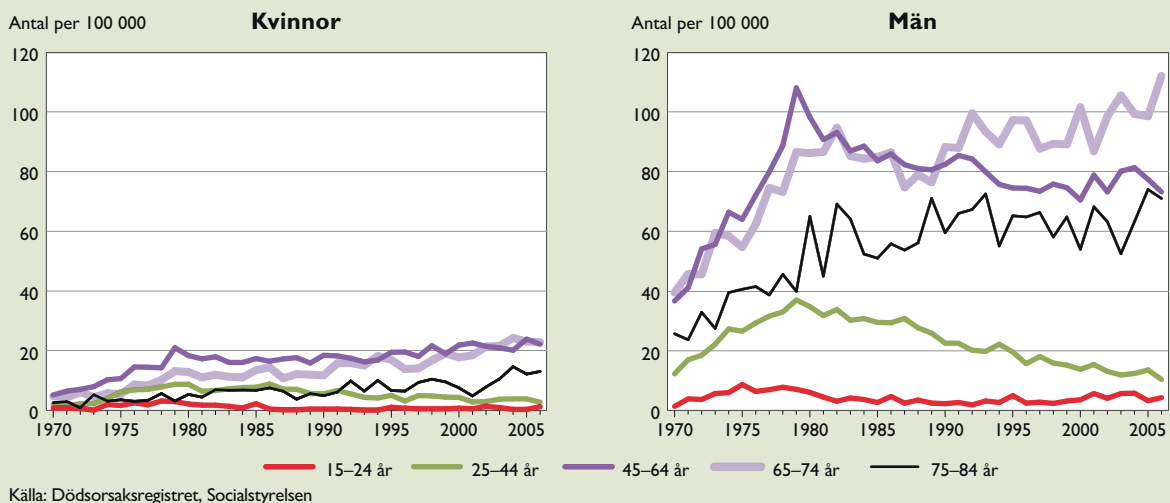
Förändringar i andelen vårdade påverkas också av förändrade vårdformer, antal vårdplatser med mera. Det var vanligare att män, i alla åldersgrupper, vårdades för alkoholförgiftning under åren 2004–2006 än att kvinnor gjorde det. Åren 1999–2001 var dock andelen kvinnor större än män när det gäller gruppen 20–24 år.

Dödlighet

Under 1970-talet ökade den alkoholrelaterade dödligheten bland både män och kvinnor [23]. År 1980 vände dock trenden: alkoholdödligheten började minska för män i åldrarna 25–64 år och har sedan dess fortsatt att minska (figur 12). För män i högre åldrar ökar däremot alkoholdödligheten fortfarande. Även bland kvinnor ökar alkoholdödligheten bland de äldre och minskar bland de yngre. Ut-

Figur 12. Alkoholrelaterad dödlighet

Dödsfall med alkoholrelaterade diagnoser. Antal avlidna per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 84 år, perioden 1970–2006.



vecklingen ser dock olika ut för kvinnor och män i åldersgruppen 45–64 år; bland kvinnor minskar inte den alkoholrelaterade dödligheten i denna åldersgrupp medan den minskar bland män.

Sjukfrånvaro

År 2003 gjorde Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknik (SBU) en genomgång av forskningsläget när det gäller sambandet mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro. Genomgången visade att det fanns fyra vetenskapliga studier som uppfyllde de kvalitetskriterier man hade ställt upp, och samtliga fyra fann ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro [24]. Däremot var fynden motstridiga i de studier som studerade alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro, så några slutsatser kunde inte dras. I en senare svensk studie fann man ett tidssamband

mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro i befolkningen. En ökning bland män med i genomsnitt 1 liter ren alkohol per person och år skedde i tiden parallellt med en motsvarande ökning av sjukfrånvaron med 13 procent [25]. Däremot fann man inget motsvarande tidssamband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland kvinnor. I amerikanska studier har man funnit att människor oftare är sjukskrivna dagen efter att de konsumerat alkohol jämfört med andra dagar [24].

DALY

Alkohol är den femte största riskfaktorn bakom den globala sjukdomsburden, efter undernäring, oskyddat sex, högt blodtryck och rökning [26]. Alkohol svarar för 4 procent av alla DALY, med 6,5 procent bland män och med 1,3 procent bland kvinnor, enligt WHO. Vidare bidrog alkohol till

3,2 procent av alla dödsfall år 2000, 5,6 procent bland män och endast 0,6 procent bland kvinnor.

I en svensk analys av alkoholens effekter på DALY uppskattade man att alkohol förklarar 4,9 procent av den totala sjukdomsbördan bland män och – 0,7 procent av den totala sjukdomsbördan bland kvinnor [16]. I både den svenska analysen och i WHO:s analys har man tagit hänsyn till de positiva effekter som alkoholkonsumtion kan ha för hälsan. Nettoeffekten av alkohol på den totala sjukdomsbördan för kvinnor i Sverige blev därmed negativ, vilket skulle innebära att hälsovinster är större än hälsoförluster. Som framgår nedan varierar de positiva hälsoeffekterna av alkohol med åldern.

Positiva hälsokonsekvenser av alkoholkonsumtion

Alkoholens eventuella positiva effekter på hälsa har varit föremål för ett stort intresse. I en internationell kunskapssammanställning med stöd av WHO konstaterar forskarna att de positiva nettoeffekterna av måttlig konsumtion av alkohol är mycket små och finns i princip endast från övre medelåldern och uppåt [12]. Enligt samma forskare är berusningsdrickande alltid förenat med ökade risker. Även i en svensk kunskapssammanställning från Folkhälsoinstitutet kom man fram till att den positiva effekten av måttlig alkoholkonsumtion endast gäller äldre, och att den främst har betydelse för hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och kognitiva funktioner [22]. Enligt en europeisk rapport är det alkohol i små doser, cirka 10 gram (vilket motsvarar t.ex. ett glas vin) per dag, som kan minska risken för hjärt- och kärlsjukdom på individnivå [3]. Redan den dubbla konsumtionen (cirka 20 gram per dag) ökar risken för negativa hälsokonsekvenser av alkohol.

Samtidigt finns det andra studier som inte visar att en låg eller måttlig alkoholkonsumtion har någon positiv effekt på hjärtkärdödligheten. I en studie av sambandet mellan alkoholkonsumtion och dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom på s.k. aggregerad nivå³ fann man varken någon ökad risk eller skyddande effekt av måttlig konsumtion [27]. En annan internationell genomgång av kunskapsläget kom fram till att man ännu inte kan uttala sig om alkoholens positiva effekt på hälsan eftersom studierna på området har metodmässiga brister [28]. I de flesta studier jämför man hälsan hos dem som dricker med dem som inte dricker alkohol, och då är det svårt att skilja ut effekten av alkoholkonsumtion från andra skillnader mellan grupperna. En del avstår från alkohol på grund av t.ex. hälsoproblem, ålder eller läkemedelsanvändning. Icke-konsumenter kan därför vara sjukare än alkoholkonsumenter, trots lägre eller ingen alkoholkonsumtion, och det är svårt att mäta betydelsen av det. Ett annat problem är att måttliga konsumenter av alkohol ofta också har andra positiva hälsobeteenden vars effekter är svåra att skilja ut i vetenskapliga studier.

Folkhälsoinstitutets slutsats [22] är att det i dag inte finns något starkt vetenskapligt stöd för att rekommendera medelålders eller äldre människor med en låg eller måttlig konsumtion att förändra sina alkoholvanor – varken i den ena eller den andra riktningen. Bland yngre personer finns det dock inga redovisade positiva effekter av en måttlig konsumtion, och berusningsdrickande innebär generellt sett större risker för hälsan oavsett ålder och kön.

³ Aggregerad nivå innebär att studierna baseras på data som rör befolkningsnivån i stället för individer.

Varför dricker män mer än kvinnor?

Ett återkommande resultat i undersökningar om alkoholkonsumtion är att män dricker mer än kvinnor [1, 3]. Män konsumerar mer alkohol oavsett vilken typ av mått man använder, enligt det europeiska projektet "Gender, alcohol and culture – an international study" (GENACIS), som studerar könsskillnader när det gäller alkoholkonsumtion [29]. Totalkonsumtionen av alkohol är två till tre gånger högre bland män än bland kvinnor i de europeiska länderna. Män dricker större mängder när de dricker och de dricker oftare, och dessutom är berusningsdrickandet tre till sex gånger vanligare bland män än bland kvinnor.

Det finns biologiska skillnader mellan män och kvinnor som gör att alkoholkoncentrationen i blodet blir högre hos kvinnor trots att de har druckit samma mängd alkohol [3]. Alkoholkoncentrationen beror på mängden kroppsvätska, vilken bland annat påverkas av kroppstorleken. En större person måste dricka mer än en mindre person innan samma alkoholkoncentration uppnås. Utöver detta bryts också alkohol ner på något olika sätt hos män och kvinnor [30]. Detta kan leda till att kvinnor snabbare får skador än män av mindre eller samma mängd alkohol, och att de snabbare riskerar att utveckla ett beroende. Skillnaderna är emellertid små och motsvarande skillnader finns också inom könen för personer med olika kroppstorlek. Ur ett samhällsperspektiv får emellertid männens alkoholkonsumtion större negativa effekter. När det gäller folkhälsan har dessutom överkonsumtion av alkohol haft mest negativ betydelse på mäns hälsa och välbefinnande, och den har också i stor utsträckning påverkat familjen och det sociala nätverket [31].

I en nyligen genomförd studie inom ramen för GENACIS konstaterar man att könsskillnaden i

alkoholkonsumtion och dryckesmönster i olika länder varierar med hur jämställt samhället är, och i vilken utsträckning kvinnor är oberoende och självständiga [3, 32, 33]. Könsskillnaderna i konsumtionsvanor är mindre i länder som är mer jämställda länder och där kvinnor är mer oberoende. Kvinnor med högre utbildning får också mer självständiga och välavlönade arbeten, vilket anses vara en förklaring till att kvinnor i jämställda länder dricker mer [3, 34]. Det beror också på en förändring bland män, i synnerhet i de nordiska länderna, där de dricker allt mindre sprit till förmån för alkoholsvagare drycker, det vill säga anammar ett dryckesmönster som är mer likt kvinnors.

För närvarande går det inte att säkert säga om kvinnors och mäns alkoholkonsumtion har blivit mer lika i de europeiska länderna överlag, med undantag för de nordiska länderna och Storbritannien [3, 32, 33]. I Sverige har, som sagts tidigare, kvinnors konsumtion relativt sett ökat mer än mäns, 90 procent jämfört med 43 procent mellan 1996 och 2006. I absoluta tal, räknat i antalet liter, har män ökat sin konsumtion med 2,4 liter per år mot 1,9 liter bland kvinnor.

Under graviditeten rekommenderas kvinnor att avstå från alkohol på grund av de skadliga effekterna på fostret, och statistiken visar att de också följer dessa råd. I de åldrar som präglas av graviditeter och föräldraansvar dricker kvinnor mindre, medan förändringen inte är lika tydlig för männen (se figurerna 5, 8 och 9) [35–37]. I en nyligen genomförd analys vid Folkhälsoinstitutet fann man att sammanboende med barn dricker mindre än sammanboende utan barn [38]. Ensamstående drack däremot nästan lika mycket oavsett om det fanns barn i hushållet eller inte, vilket visar att det även finns andra faktorer än barn som kan spela

in. Det är alltså oftast kvinnorna som minskar sin alkoholkonsumtion under tiden de har hemmavarande barn, och anledningen kan vara den kulturella föreställningen om hur arbetet och ansvaret ska fördelas mellan föräldrarna [39].

Typen av arbete kan också vara en orsak till att män dricker mer än kvinnor. Kvinnor och män arbetar i olika yrken och branscher där alkoholkulturen kan se olika ut [40, 41]. För vissa förekommer alkohol på eller i anslutning till jobbet, och alkoholen kan ibland också användas för att förstärka en viss genusidentitet på arbetsplatsen. Idrott är ytterligare en arena där alkohol spelar en viktig roll i konstruktionen av genus. Alkoholreklam förekommer ofta under fotbolls- och ishockeymatcher, både direkt genom annonsering och indirekt genom sponsring. På olika sätt förstärks då bilden av att idrott och alkohol hör samman, framför allt i mer manligt orienterade idrotter.

Hur och när man dricker alkohol är även en del av hur män och kvinnor konstruerar genus, det vill säga hur man förstärker sin kvinnlighet eller manlighet. Kvinnor och mäns olika konsumtionsmönster påverkas också av skillnader i deras handlingsutrymme [42]. Av historiska och kulturella skäl har män fått större frihet att dricka alkohol, och i vårt samhälle finns en större tolerans för att män är berusade [43, 44]. Kvinnors alkoholkonsumtion har försvårats och männens främjats av genusbaserade förväntningar på människors beteende och av hur vi formar genusidentiteter, vilket i sin tur hänger samman med hur genus skapas på samhällelig nivå [32, 45–47]. I en jämställdhetskultur som den svenska är det emellertid mindre tydligt vad som förstärker kvinnlighet respektive manlighet.

Det förebyggande arbetet har framför allt varit inriktat på ungdomars alkoholkonsumtion men

även på kvinnors konsumtion [48], trots att män dricker betydligt mer än kvinnor. Preventiva åtgärder som utgår från ett genusperspektiv kan dock kanske leda till nya infallsvinklar så att framför allt männen minskar sin konsumtion.

Spelar alkoholpolitiken någon roll för konsumtionsnivån?

Samhällskostnaderna för alkoholkonsumtionen i Sverige beräknades uppgå till 20,3 miljarder år 2002 [49]. Det motsvarar cirka 2 800 kronor per invånare och år. Denna summa ligger i nedre delen av det spann man funnit internationellt, vilket kan bero på att Sverige har haft en restriktiv alkoholpolitik. De senaste åren har dock alkoholpolitiken förändrats, bland annat genom att införselkvoterna ändrats efter inträdet i EU, genom sänkt skatt på vissa alkoholsorter och genom ökade öppettider på Systembolaget.

Alkoholpolitikens mål är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar och att därmed främja folkhälsan. De viktigaste instrumenten är att begränsa tillgången och efterfrågan på alkohol samt att öka befolkningens kunskap om alkoholens negativa och eventuella positiva effekter. En del alkoholpolitiska åtgärder har varit effektiva, t.ex. minimiålder för att köpa alkohol, skatt på alkohol, restriktioner när det gäller försäljning t.ex. efter en viss tid på dygnet, statligt monopol för detaljhandelsförsäljning av alkohol och begränsningar i Systembolagets öppettider [3, 12]. En restriktiv alkoholpolitik minskar också totalkonsumtionen av alkohol i befolkningen, enligt en nyligen genomförd jämförande analys av 30 länder i Europa, Asien, Nordamerika och Australien [50].

Sådana befolkningsinriktade åtgärder kritiserar dock för att de ”drabbar” hela befolkningen

och inte enbart dem som är i riskzonen för att utveckla alkoholproblem. Man kan då undra om en restriktiv alkoholpolitik huvudsakligen leder till att det främst är de måttliga konsumenterna som dricker mindre, och i så fall skulle det inte innebära någon större vinst för folkhälsan. En kunskapsöversikt av studier från Europa, Kanada och USA visar emellertid att ju högre totalkonsumtion av alkohol man har i ett land, desto högre är också den totala dödligheten [51]. Detta samband mellan totalkonsumtion och dödlighet var starkare i länder med ett dryckesmönster som kännetecknas av intensivkonsumtion, dvs. att man dricker mycket alkohol vid ett och samma tillfälle snarare än att dricka något glas varje dag. Det aktuella forskningsläget ger alltså stöd för att en restriktiv alkoholpolitik minskar totalkonsumtionen, och att skadeverkningarna blir mindre om totalkonsumtionen minskar.

Bruk och missbruk av narkotika

I Sverige är det olagligt för privatpersoner att inneha, bruka eller sälja narkotika, och därför är det ännu svårare att få tillförlitlig information om narkotikaanvändningen än om alkoholkonsumtionen. Det är dock tydligt att ett mer utbrett narkotikamissbruk i Sverige uppstod först i slutet av 1960-talet. I detta avsnitt tar vi upp hur den tillfälliga användningen av narkotika har förändrats, och därefter hur det tunga missbruket har utvecklats sedan 1970-talet.

Färre testar narkotika

Den genomsnittliga debutåldern för att pröva narkotika är 17,5 år bland ungdomar (16–24 år) [1]. Få prövar för första gången sedan de har fyllt 21. År 1971 uppgav 16 procent av flickorna och

14 procent av pojkarna i årskurs nio att de använt narkotika åtminstone någon gång [1], men redan ett par år senare hade denna andel mer än halverats (figur 13). År 1989 hade andelen som prövat narkotika sjunkit ytterligare, till endast 3 procent bland både flickor och pojkar. Under 1990-talet ökade dock narkotikaanvändningen på nytt, och andelen niondeklassare som använt narkotika någon gång var som högst år 2001 då 10 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna hade prövat.

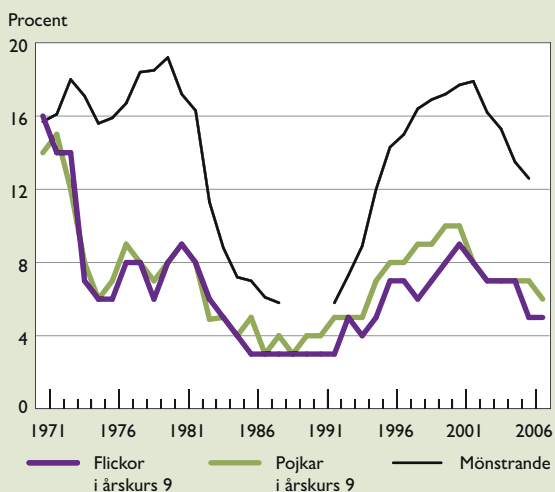
Narkotikaanvändningen bland niondeklassare minskar nu åter och år 2007 uppgav 6 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna att de prövat narkotika någon gång. Frågan om man använt narkotika den senaste månaden anses bättre kunna visa den regelbunden användning, och 1 procent av flickorna och 2 procent av pojkarna i årskurs 9 svarade jakande år 2007 [10].

Från 2004 finns det uppgifter om gymnasieelevers narkotikaanvändning [1]. I årskurs 2 på gymnasiet var andelen pojkar som använt narkotika någon gång 17 procent år 2004, 2005 och 2007 och 16 procent år 2006. Bland flickorna var det 14 procent år 2004 och 2006 samt 13 procent år 2005 och 2007.

Redan från början av 1970-talet finns information om narkotikabruket bland mönstrande, och uppgifterna visar att utvecklingen liknar den för elever i niondeklass. Åren 1970 och 1971 uppgav 16 procent av de mönstrande att de använt narkotika någon gång, men under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet minskade andelen till 6 procent (1992). Därefter ökade användningen igen och var som högst år 2002 med 18 procent. De senaste åren har andelen minskat något och år 2006 var det 13 procent av de mönstrande som prövat narkotika någon gång.

Figur 13. Narkotikaanvändning bland unga

Andel (procent) ungdomar som någon gång använt narkotika. Flickor och pojkar i årskurs 9 samt mönstrande värnpliktiga, perioden 1971–2007.



Data saknas för mönstrande under perioden 1989–1990
Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [7]

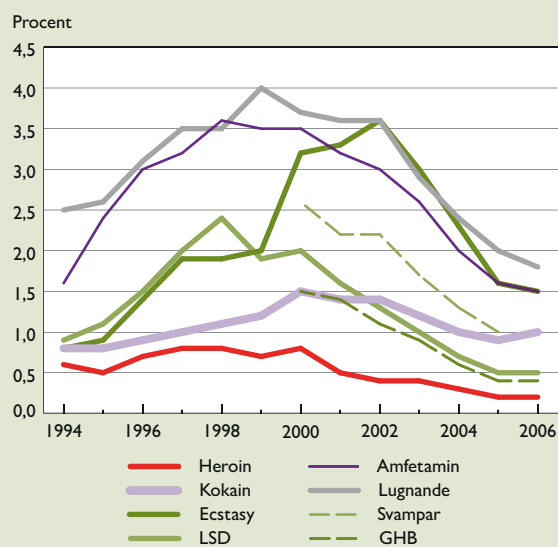
Cannabis är den vanligaste drogen i Sverige bland narkotikamissbrukare [1]. Av de mönstrande år 2006 hade 12 procent använt cannabis medan övriga droger använts av 0,2–1,8 procent. Förändringarna i figur 13 speglar därför huvudsakligen förändringar i bruket av cannabis. Andra narkotiska droger, varav lugnande, amfetamin och ecstasy är de vanligaste, förefaller ha utvecklats på samma sätt bland de mönstrande (figur 14).

Det finns betydligt mindre uppgifter om hur vanligt narkotikabruket är bland vuxna. I intervjuer år 2000 svarade 16 procent av männen och 8 procent av kvinnorna i åldern 16–75 år att de använt narkotika någon gång (tabell 1) [1]. Av männen uppgav 1 procent att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna jämfört med 0 procent av kvinnorna. Det var vanligast att

någon gång ha använt narkotika i åldersgruppen 30–49 år kvinnor och män.

Figur 14. Andra typer av narkotika än cannabis bland mönstrande

Andel (procent) mönstrande värnpliktiga som någon gång har använt narkotika, åren 1994–2006.



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

I den vuxna befolkningen är det alltså dubbelt så vanligt att män använder narkotika som att kvinnor gör det. Likaså har pojkar i gymnasiet årskurs 2 testat narkotika i större omfattning än flickorna, medan det inte finns någon större könsskillnad i årskurs nio. Mer regelbunden användning är också vanligare bland pojkar i årskurserna nio och två än bland flickor [1].

Tabell 2. Narkotikabruk bland vuxna

Andel (procent) personer som använt narkotika någon gång respektive andel som använt narkotika under de sista tolv månaderna. Kvinnor och män i åldern 16–75 år samt alla i olika åldersgrupper (könsuppdelad statistik saknas för åldersgrupper), år 2000.

	Kvinnor	Män	16–29 år	Alla	
	16–75 år	16–75 år		16–29 år	30–49 år
	Procent		Procent		
Använt narkotika någon gång	8	16	13	18	5
Använt narkotika sista 12 månaderna	0	1	2	1	0

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [1]

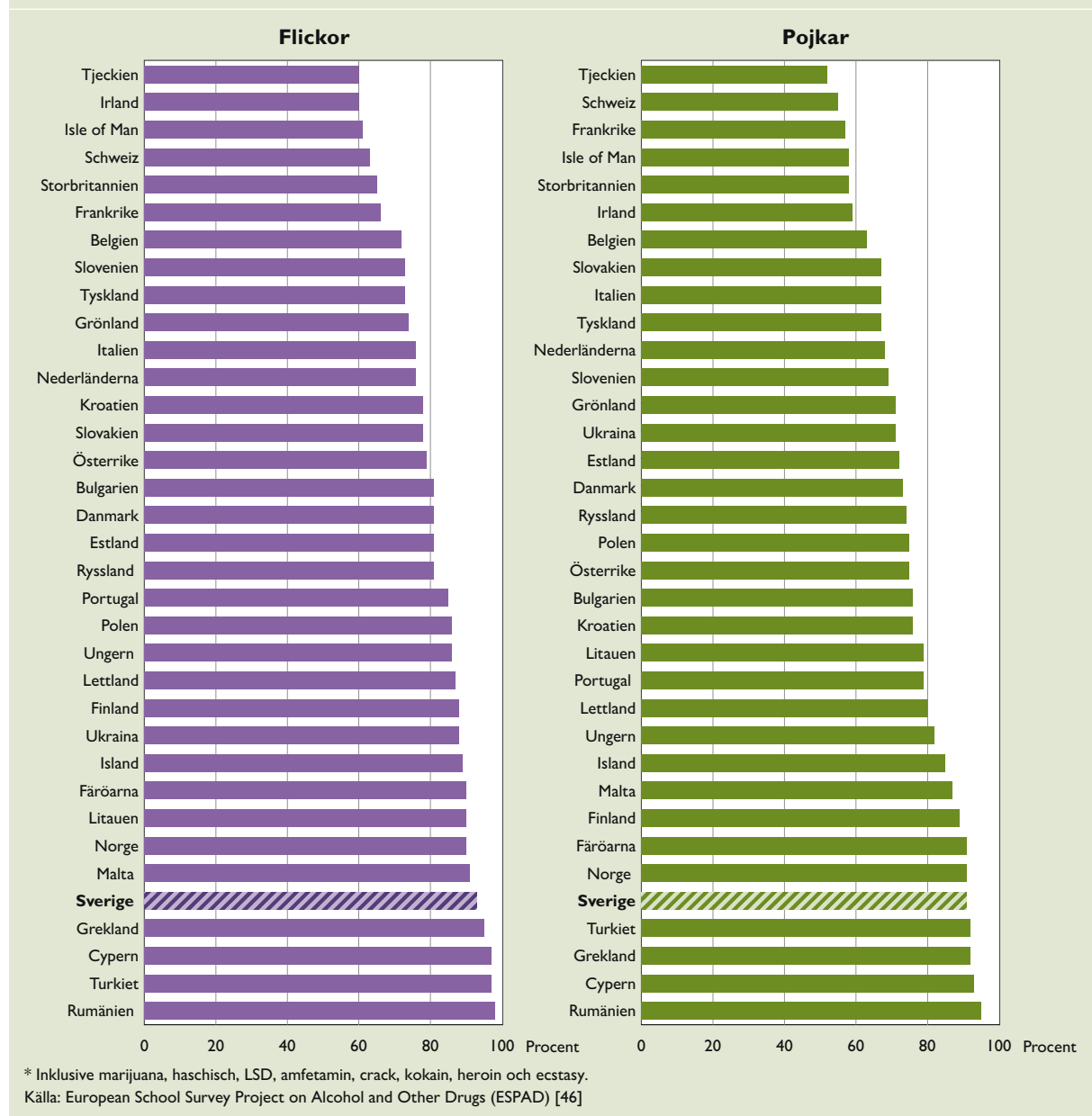
Narkotikabruk i Europa

Sedan år 1995 genomförs regelbundet en europeisk kartläggning av alkohol- och narkotikabruk bland ungdomar i åldern 15–16 år inom ramen för ”The European School Survey project on Alcohol and Other Drugs” (ESPAD). Figur 15 visar andelen flickor och pojkar i åldern 15–16 år som uppger att de aldrig använt narkotika, för 35 europeiska länder. I denna undersökning från 2003 uppgav 93 procent av de svenska flickorna och 90 procent av pojkarna att de aldrig använt narkotika. Det motsvarar femte plats (flickor) respektive sjunde plats (pojkar) i Europa.

Bland pojkar är andelen som aldrig testat narkotika lägst i Tjeckien (52 procent), Schweiz (55 procent) och Frankrike (57 procent). Bland flickor är andelen också lägst i Tjeckien (60 procent) följt av Irland (60 procent). I länder där många ungdomar har testat narkotika någon gång är det också vanligt att ha använt narkotika många gånger (fler än 40 gånger under sitt liv).

Figur 15. Aldrig använt narkotika

Andel (procent) ungdomar som aldrig använt narkotika* i olika europeiska länder. Flickor och pojkar i åldern 15–16 år, år 2003.



Cannabis är alltså den vanligaste drogen bland ungdomar i Europa, men också bland vuxna enligt statistik från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA⁴) [52]. Uppskattningsvis har över 70 miljoner eller drygt en femtedel av alla vuxna européer någon gång i livet prövat cannabis [52]. Andelen är lägst i Bulgarien (4 procent), Malta (4 procent) och Rumänien (2 procent) och högst i Danmark (37 procent), Frankrike (31 procent), Storbritannien (30 procent) och Italien (30 procent). I Sverige är det 12 procent som har prövat cannabis.

Cirka 4 procent i åldrarna 15–64 år tillhör de mer regelbundna användarna, dvs. de som använt cannabis den senaste månaden. Sverige tillhör de fyra länder som har den lägsta användningen, medan störst andel regelbundna användare finns i Spanien (9 procent), Italien (6 procent), Storbritannien (5 procent) och Frankrike (5 procent). I Sverige är det färre än 1 procent av befolkningen som använt cannabis under den senaste månaden.

Tunga narkotikamissbrukare

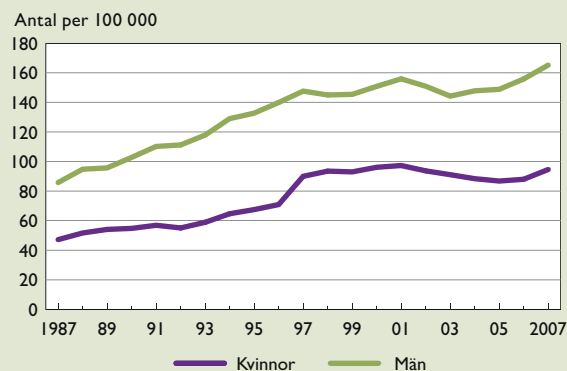
Narkotikamissbrukare har en rad hälsoproblem som beror på de olika preparatens effekter, men också på den allmänna livsföringen. Droganvändning orsakar framför allt psykiska sjukdomar. De narkotikarelaterade infektionerna hepatit C och hepatit B är också vanliga bland missbrukare. Antalet intravenösa missbrukare som hivsmittades under år 2007 ökade kraftigt jämfört med året innan, från 30 till 52 fall enligt Smittskyddsinstitutets statistik (se även kapitlet Sexuell och reproduktiv hälsa). Dödligheten är också högre bland personer med narkotikaproblem än bland befolkningen i övrigt [53].

Det finns ingen statistik på hur många tunga missbrukare som finns, dvs. de som injicerar narkotika, oftast heroin eller amfetamin. Majoriteten av narkotikamissbrukarna är också alkoholmissbrukare samt rökare, och många kombinerar olika narkotiska preparat och växlar mellan dem.

Ett sätt att skatta utvecklingen av det tunga missbruket är att följa hur vanligt det är att vårdas på sjukhus för narkotikamissbruk. Mätt på det här sättet har de narkotikarelaterade hälsoproblemen ökat bland både kvinnor och män (figur 16). Sjukhusvården är dock ett osäkert mått på narkotikamissbruk eftersom förändringar i vårdpraxis påverkar andelen vårdade i slutenvård jämfört med andra vårdformer. Många personer med narkotikarelaterade problem behandlas i öppenvården, och många söker också stöd inom socialtjänsten där vårdformerna varierar, från frivilliga insatser i form av t.ex. rådgivning till tvångsvård vid institutioner [54].

Figur 16. Sjukhusvårdade med drogrelaterad diagnos

Patienter vårdade på sjukhus med drogrelaterad diagnos. Antal personer per 100 000 invånare. Kvinnor och män i åldern 15–84 år, perioden 1987–2007. Åldersstandardiserat.

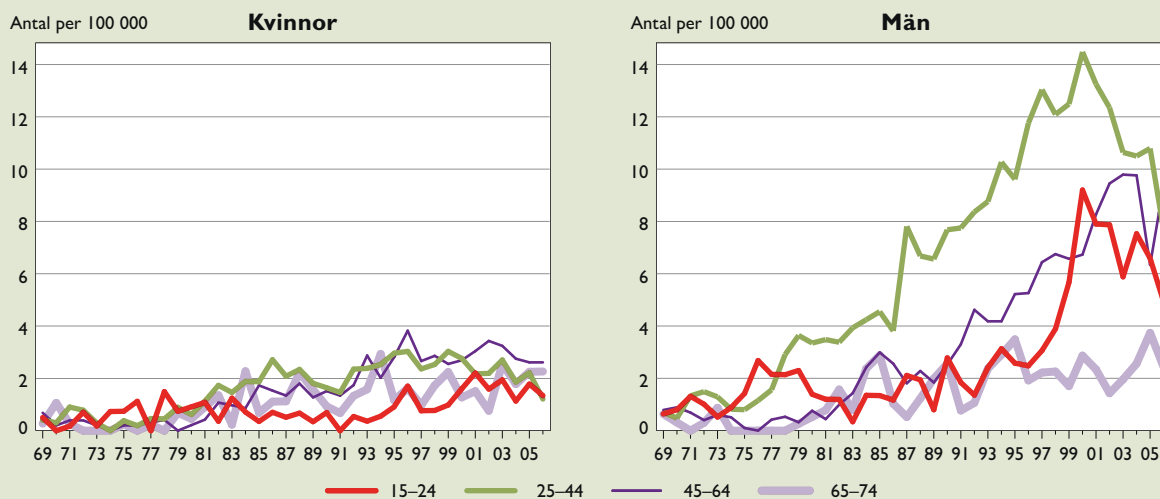


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

⁴ EMCDDA är en förkortning av det engelska namnet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Figur 17. Drogrelaterade dödsfall i olika åldrar

Dödsfall med drogrelaterade diagnoser. Antal avlidna per 100 000 invånare. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 15 till 74 år, perioden 1987–2006.



Källa Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Ett annat sätt att få fram statistik är så kallade ”case finding-studier” där man räknar antalet personer som under en viss tidsperiod har kontakt med olika vårdinrättningar såsom socialtjänst, härbärgen och frivilligorganisationer. Dessa studier är dock tidskrävande och skattningarna blir osäkra, bland annat för att samma individ kan räknas vid flera tillfällen. Sådana studier genomfördes åren 1979, 1992 och 1998 och man uppskattade antalet tunga missbrukare till 15 000, 19 000 och 26 000 [55]. Det motsvarar en årlig ökning med omkring 800 personer per år under perioden 1979–1992, och omkring 1 900 personer per år under perioden 1992–1998. Någon senare skattning har inte genomförts.

Trender i narkotikarelaterad dödlighet

Som redan nämnts är dödligheten högre bland

personer med narkotikaproblem i jämförelse med befolkningen i övrigt [53]. Narkotikarelaterade dödsfall är en av de säkrare indikatorerna på narkotikaproblemets omfattning och uppgifterna används ofta vid internationell rapportering [56]. Narkotikadödligheten är högst bland män i åldern 25–44 år (figur 17). Bland kvinnor är narkotikadödligheten numera högst i åldern 45–64 år, men skillnaderna mellan åldersgrupper är små. Dödsfall till följd av narkotika är tre gånger så vanligt bland män som bland kvinnor. Narkotikadödligheten ökade i alla åldrar från år 1987 fram till början av 2000-talet. De senaste åren har de narkotikarelaterade dödsfallen minskat bland män 15–24 år och 25–44 år.

Den narkotiska drog som står för flest dödsfall är heroin, som tillhör gruppen opiater (figur 18). En överdos av heroin är direkt dödlig, medan

amfetamindödligheten är mer knuten till kroniska kroppsskador i organen, t.ex. hjärta och kärl, och inträffar i högre åldrar än heroindödsfallen. Många dödsfall som orsakas av amfetamin inträffar därmed i vanliga diagnoser som hjärt- och kärlsjukdomar, och därför är det många dödsfall i dödsorsaksregistret som det inte går att identifiera att de orsakats av amfetamin. Vissa narkotikapåverkade personer dör också i olycksfall, vilket också gör det svårare att få fram korrekta siffror. Figur 18 visar att antalet döda i en narkotikadiagnos var mycket lägre på 1970-talet, och allra högst i början av 2000-talet och har därefter minskat

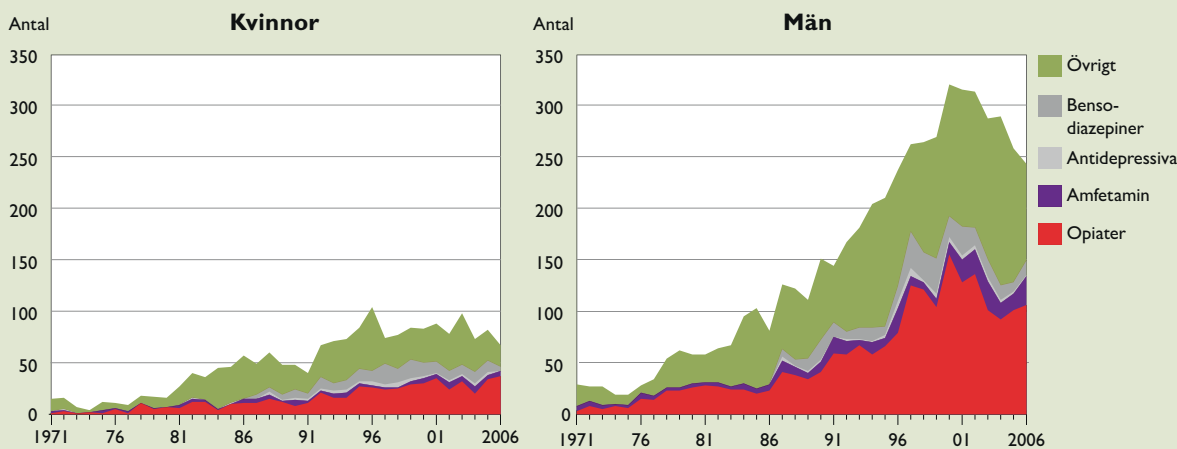
Metadon används för att behandla heroinmissbruk. Fram till år 2005 fanns en begränsning att endast 1 200 patienter samtidigt i Sverige fick behandlas med metadon, men sedan begränsningen tagits bort har antalet patienter fördubb-

lats liksom antalet dödsfall som orsakats av metadon. År 2007 var över 50 dödsfall relaterade till metadon. I nio av tio narkotikarelaterade dödsfall i Sverige gör man en rättsmedicinsk undersökning, och om man finner spår av illegala droger räknas det som ett narkotikarelaterat dödsfall. Sedan år 1994 har de narkotikarelaterade dödsfallen samlats i ett register som också anger vilka droger dödsfallen varit relaterade till. Den rättsmedicinska definitionen av narkotikarelaterade dödsfall skiljer sig dock något från den som används i Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik. I den rättsmedicinska statistiken återfinns främst de plötsliga dödsfallen, och den narkotikarelaterade dödligheten är således större än vad som fångas i detta register.

Både de rättsmedicinska undersökningarna och Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar dock att antalet döda i en narkotikadiagnos ökade

Figur 18. Drogrelaterade dödsfall efter typ av drog (legala och illegala)

Dödsfall där rättsmedicinsk undersökning påvisat legala eller illegala droger i kroppen, efter typ av substans. Antal avlidna kvinnor och män, åren 1971–2006.

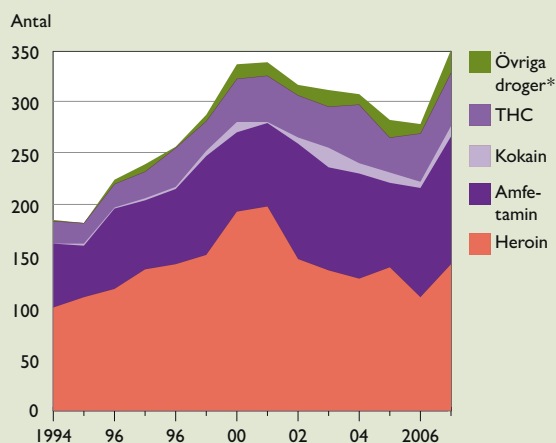


Prioriteringsordning (nerifrån upp) efter toxicitet
Källa: Socialstyrelsen

fram till början av 2000-talet för att därefter minska. Under 2006–2007 verkar det dock som om de drogrelaterade dödsfallen ökade igen, och ökningen gäller alla typer av droger (figur 19). Orsaken till detta är ännu så länge oklar.

Figur 19. Narkotikarelaterade dödsfall efter typ av drog (illegala)

Dödsfall där rättsmedicinsk undersökning påvisat illegala droger i kroppen, efter typ av substans. Antal avlidna personer perioden 1994–2007.



* Som GHB, LSD, ecstasy, metamfetamin, DOB och 4-metylioamfetamin.

Prioriteringsordning (nerifrån upp) efter toxicitet

Källa: Statens Folkhälsoinstitut [51].

Referenser

1. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. 2007: Stockholm.
2. Leifman H and Gustafsson NK, *Skål för det nya milleniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. 2003, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
3. Anderson, P. and B. Baumberg, *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*, in *A report for the European Commission*. 2006 Institute of Alcohol Studies, UK: London.
4. Boman U, et al., *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006*, i *Forskningsrapport nr 48*. 2007, Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
6. Trolldal, B., U. Boman, and N.-K. Gustafsson, *Alkoholkonsumtionen och dess olika delmängder 2004*, i *SoRAD Rapportserie nr 28*. 2005, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
7. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, *Drogutvecklingen i Sverige 2006*. 2006: Stockholm.
9. Leifman H, *Bilaga 1. Vilka dricker mer alkohol i Sverige? En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor och olika åldersgrupper 1990–2002*, i *Forskningsrapport nr. 11: En skål för det nya milleniet; En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. 2003, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
10. Fender, E. and T. Hvitfeldt, *Skolelevers drogvanor 2007*. 2007, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm.

12. Babor T, et al., *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. 2003, Oxford: Oxford University Press.
13. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Fourth Edition (Text Revision)* 1994, Washington DC.
14. Spak, F. and T. Hällström, *Prevalence of female alcohol dependence and abuse in Sweden*. *Addiction*, 1995. **90**(8): p. 1077–1088.
15. Bijl RV, Ravelli A, and van Zessen G, *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 1998. **33**(12): p. 587–95.
16. Allebeck P, Morahdi T, and Jacobson A, *Sjukdomsördan i Sverige. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsörda och riskfaktorer*. 2006, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.
17. Zambon F and Hasselberg M, *Factors Affecting the Severity of Injuries among Young Motorcyclists – a Swedish Nationwide Cohort Study*. *Traffic Injury Prevention*, 2006. **7**(2): p. 143–149.
18. Forsman Å, Gustafsson S, and Varedian M, *Rattfylleriets omfattning. En metodstudie i Södermanlands, Örebro och Östergötlands län*. 2007, Väg- och trafikinstitutet: Linköping.
19. Strandroth J, et al., *Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 1997–2007, i Samhälle och trafik*. 2008, Vägverket.
20. Alati R, et al., *Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes*. *Addiction*, 2005. **100**: p. 643–651.
21. Statens folkhälsoinstitut, *Statens folkhälsoinstituts webbplats*. 2008 [2008-03-18]; Tillgänglig från: www.fhi.se.
22. Andréasson, S. and P. Allebeck, red. *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. R 2005:11. 2005, Statens folkhälsoinstitut: Stockholm.23. Socialstyrelsen, *Preliminär lägesrapport om alkoholkonsumtion*. 2007: Stockholm.
24. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*. 2003: Stockholm.
25. Norström, T., *Alkohol och sjukfrånvaro: en tidsserieanalys*. 2004, Institutet för social forsknings, Stockholms universitet: Stockholm.
26. WHO, *World Health Report - reducing risks, promoting healthy life*. 2002: Geneva.
27. Hemström Ö, *Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality*. *Addiction*, 2001. **96**(1 (Supplement 1)): p. S93–S112.
28. Fillmore KM, et al., *Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Errors in Prospective Studies and New Hypotheses*. *Annals of Epidemiology*, 2007. **17**(5): p. S16–S23.
29. Mäkelä P, et al., *Drinking patterns and their gender differences in Europe*. *Alcohol and Alcoholism*, 2006. **41**(Supplement 1): p. i8–i18.
30. Söderpalm B, *Alkoholism hos män och kvinnor – biologiska skillnader*. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2003. **80**(4): p. 298–302.
31. Hammarström A and Hensing G, *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*, i R 2008:8. 2008, Statens Folkhälsoinstitut: Östersund.
32. Bloomfield K, Gmel G, and Wilsnack S, *Introduction to special issue 'Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-National Study'*. *Alcohol and Alcoholism*, 2006. **41**(Supplement 1): p. i3–i7.

33. Bloomfield K, et al., *Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, culture and alcohol problems: a multinational study'*. Alcohol and Alcoholism, 2006. **41**(Supplement 1): p. i26–i36.
34. Ahlström S, Bloomfield K, and Knibbe R, *Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings*. Substance Abuse, 2001. **22**(1): p. 69–85.
35. Holmila M, Mustonen H, and Rannik E, *Alcohol use and its control in Finnish and Soviet marriages*. British Journal of Addiction, 1990. **85**(4): p. 509–20.
36. Holmila M and Raitasalo K, *Gender differences in drinking: why do they still exist?* Addiction, 2005. **100**(12): p. 1765–1769.
37. Thundal KL, *Social conditions and lifestyle among women with alcohol related problems, i Avdelningen för socialmedicin*. 2001, Göteborgs universitet: Göteborg.
38. Statens folkhälsoinstitut, *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem. Omfattning och analys*. 2008: Östersund.
39. Björnberg U and Kollind A-K, *Att leva själv tillsammans*. 2003, Malmö: Liber.
40. Hemmingsson T, *Explanations of differences in alcoholism between social classes and occupations among Swedish men – a register based follow up study*, Institutet för miljömedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap. 1999, Karolinska Institutet: Stockholm.
41. Savikko A, et al., *No higher risk of problem drinking or mental illness for women in male dominated occupations*. Substance Use & Misuse, 2008. **43**(8–9): p. 1151–1169.
42. Wilsnack, R., Wilsnack, S., *Gender and Alcohol - Individual and Social Perspectives*. 1997, New Brunswick: Alcohol Research documentations, Inc., Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey 08903.
43. Eriksen S, *Alcohol as a Gender Symbol*. Scandinavian journal of history, 1999. **24**: p. 45–73.
44. Jakobsson A, Hensing G, and Spak F, *The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2008. **22**(2): p. 196–202.
45. Hensing G, et al., *Decreased risk of alcohol dependence and/or misuse in women with high self-assertiveness and leadership abilities*. Alcohol and Alcoholism, 2003. **38**(3): p. 232–238.
46. Room, R., *Gender Roles and Interactions in Drinking and Drug Use*. Journal of Substance Abuse, 1996. **8**(2): p. 227–39.
47. Wilsnack RW och Wilsnack SC, red. *Gender and Alcohol. Individual and Social Perspectives*. Alcohol, Culture, and Social Control Monograph Series. 1997, Rutgers University Press: New Brunswick, New Jersey.
48. Andréasson S, red. *Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt*. 2002, Statens Folkhälsoinstitut. Distribution Förlagshuset Gothia: Växjö.
49. Jarl J, et al., *Till vilket pris? Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*. 2006, Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD): Stockholm.
50. Brand DA, et al., *Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries*. PLoS Medicine, 2007. **4**(4, e 151): p. 0752–0759.
51. Norström T och Ramstedt M, *Mortality and population drinking: a review of the literature*. Drug and Alcohol Review, 2005. **24**(6): p. 537–547.

52. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, *Situationen på narkotikaområdet i Europa. Årsrapport 2007*. 2007: Lissabon.
53. Socialstyrelsen, *Folkhälsa – Lägesrapport 2006*. 2006: Stockholm.
54. Socialstyrelsen, *Vuxna personer med missbrukspå problem och andra vuxna – insatser 2006*, i *Statistik*. 2007: Stockholm.
55. Olsson B, Adamsson Wahren C, and Byqvist S, *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3*. 2001, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN): Stockholm.
56. Statens folkhälsoinstitut. *Narkotikarelaterad dödlighet baserad på rättsmedicinska data*. 2008 [citerad 2008]; Tillgänglig från: http://www.fhi.se/templates/Page____9874.aspx#.