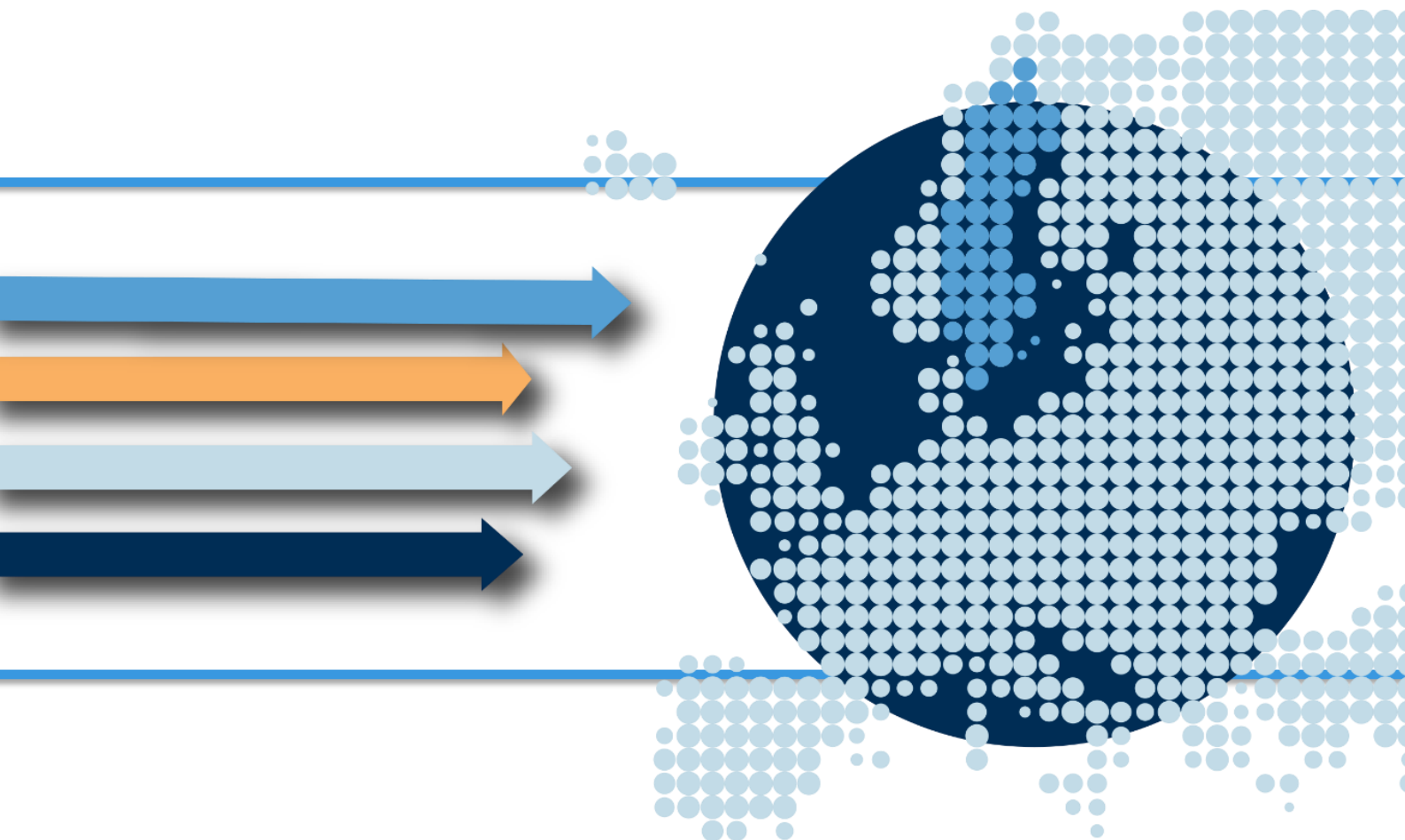


Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige



Thomas Hofmarcher
Vilma Ramdén
Peter Lindgren



IHE Rapport
2022:5

SAMHÄLLSEKONOMISKA KOSTNADER FÖR NARKOTIKABRUK I SVERIGE

Thomas Hofmarcher
Vilma Ramdén
Peter Lindgren

IHE – Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Citera rapporten som:

Hofmarcher T, Ramdén V, Lindgren P. Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige. IHE Rapport 2022:5, IHE: Lund.

Folkhälsomyndigheten har finansierat denna rapport. Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

IHE RAPPORT 2022:5

e-ISSN: 1651-8179
ISSN: 1651-7598

Rapporten kan laddas ner från IHE:s hemsida.



www.ihe.se | ihe@ihe.se

Förord

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har genomfört en hälsoekonomisk studie för att belysa de ekonomiska konsekvenserna av narkotikabruk. Narkotikabruk som en samhällsutmaning är en del av regeringens förebyggande arbete mot alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS). Genom att tydliggöra samhällets kostnader för dessa områden ökar möjligheten att arbetet prioriteras och genomförs med hänsyn till tillgängliga resurser. Den föreliggande rapporten försöker ge en helhetsbild av samhällets kostnader för narkotikabruk i Sverige år 2020.

Vi riktar ett stort tack till Sofie Larsson som kontaktperson samt övriga inblandade vid Folkhälsomyndigheten som har bistått med synpunkter och dataanalyser. Vi tackar också Mikael Malm och Zophia Mellgren, båda verksamma hos Sveriges Kommuner och Regioner, Barbro Engdahl, Mattias Fredricson och Daniel Svensson, alla tre utredare hos Socialstyrelsen, och Christina Jonsson, dataanalytiker hos Region Skåne, som alla har bistått med synpunkter och/eller tolkning och leverans av data.

Folkhälsomyndigheten har finansierat denna rapport. Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

Lund, december 2021

Peter Lindgren

Verkställande direktör, IHE

Sammanfattning

Bruk av narkotikaklassade preparat (t.ex. cannabis, ecstasy, kokain, heroin, LSD) är ett utbrett samhällsfenomen. Runt 4,2 procent av den svenska befolkningen i åldern 17–84 år, motsvarande knappt 330 000 personer, uppgav i en undersökning av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning att de använt narkotikaklassade preparat under de senaste 12 månaderna år 2017. Narkotikabruk kan resultera i negativa hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilda användaren, närstående och samhället.

I denna rapport beräknades de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige år 2020. Kostnaden beräknades utifrån en sjukdomskostnadskalkyl. Ett brett samhällsperspektiv antogs i genomgången av kostnader relaterade till narkotikabruk. Tre typer av kostnader inkluderades. *Direkta kostnader* avser bland annat kostnader för vård och behandling för personer som använder narkotika och kostnader för rättsväsendet. *Indirekta kostnader* avser bland annat produktionsbortfall till följd av arbetslöshet och förtida dödsfall. *Immateriella kostnader* avser värdet av försämrad livskvalitet hos bland annat personer med ett skadligt bruk/beroende av narkotika och närstående.

Enligt beräkningar i denna rapport uppgick de totala samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk till 38,5 miljarder kronor år 2020. Immateriella kostnader och direkta kostnader är nästan lika stora och svarar vardera för runt två femtedelar av de totala kostnaderna. Indirekta kostnader svarar för den resterande femtedelen av de totala kostnaderna.

Samhällets kostnader för narkotikabruk år 2020

Typ av kostnad	Kostnad i miljarder kronor
Direkta kostnader	14,6
Indirekta kostnader	8,4
Immateriella kostnader	15,5
Totala samhällskostnader	38,5

Det är viktigt att notera att alla relevanta samhällsekonomiska kostnader, såsom mycket av det arbete som görs av ideella organisationer eller produktionsbortfall till följd av tidsbegränsad och permanent sjukskrivning, inte kunde inkluderas i analysen på grund av brist på data. Värderingen av de immateriella kostnaderna ska också tolkas med försiktighet. Orsakssambandet mellan narkotikabruk och exempelvis hemlöshet, arbetslöshet eller psykisk ohälsa är inte entydigt och går oftast i båda riktningarna, vilket medför osäkerhet kring kostnadernas storlek.

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning	3
1. Bakgrund.....	5
1.1 Tidigare svenska studier.....	6
1.2 Internationella studier.....	7
2. Syfte	8
3. Metod och data.....	9
3.1 Studieupplägg.....	9
3.2 Definition av referensår.....	10
3.3 Definition av studiepopulation	10
3.4 Definition av kostnader	11
3.5 Beräkning av kostnader.....	12
3.6 Hantering av osäkerhet.....	13
4. Prevalens av narkotikabruk	15
5. Resultat.....	17
5.1 Direkta kostnader	17
5.1.1 Hälso- och sjukvård.....	18
5.1.2 Kommunala insatser.....	25
5.1.3 Rättsväsende.....	31
5.1.4 Arbetsgivare	34
5.1.5 Prevention, forskning, tillsyn	36
5.2 Indirekta kostnader.....	41
5.2.1 Sjuknärvaro	41
5.2.2 Arbetsfrånvaro.....	42
5.2.3 Arbetslöshet.....	44
5.2.4 Förtida dödsfall	44
5.3 Immateriella kostnader.....	45
5.3.1 Livskvalitet hos användare.....	45
5.3.2 Livskvalitet hos närstående	46
5.3.3 Livskvalitet hos brottsoffer	47
5.4 Totala samhällskostnader	48
6. Slutsats och diskussion.....	50
Referenser	53
Appendix	60

1. Bakgrund

Narkotikabruk är ett utbrett fenomen i Sverige. Den senaste undersökningen från Folkhälsomyndigheten för år 2020 visar att 3,0 procent av den vuxna befolkningen (16–84 år) hade använt cannabis och 1,4 procent annan narkotika (t.ex. amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD) under de senaste 12 månaderna (1). Socialstyrelsen uppskattar att det fanns runt 55 000 personer med ”missbruk eller beroende” av narkotika i början av 2010-talet (2). Antalet narkotikarelaterade dödsfall per invånare bland personer i arbetsför ålder (15–64 år) i Sverige är dessutom högst i Europa enligt den senaste statistiken från EU:s narkotikabyrå (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) (3).

Begreppet narkotika omfattar en lång rad olika preparat som innehåller substanser (t.ex. opioider och hallucinogener) med olika farmakologiska effekter och hälsorisker (4). Gemensamt för substanserna är att de påverkar det centrala nervsystemet, och framför allt hjärnan (5). I Sverige avser narkotika de preparat som finns upptagna i Läkemedelsverkets förteckning över narkotika (6). Där finns substanser som enligt svenska bestämmelser betraktas som narkotika, till exempel cannabis och heroin men även olika sömnmedel eller lugnande medel. All icke-medicinsk användning av narkotikaklassade preparat är förbjuden i Sverige. Det är även förbjudet att köpa, inneha, sälja, byta, ge bort eller låna ut dessa. Odling, framställning, förpackning, transport och förvaring är också olaglig (4).

Begreppen narkotikaanvändning och narkotikabruk används ofta synonymt (4). Begreppet narkotikamissbruk undviks ofta inom hälso- och sjukvården eftersom det är vagt och kan ses som stigmatiserande (4). Däremot förekommer begreppet ”missbruk” i juridiska sammanhang, t.ex. i lagen om vård av missbrukare (LVM). Alternativa termer för missbruk som förekommer är riskbruk, skadligt bruk och beroende. Inom hälso- och sjukvården där klassificeringssystem ICD-10 används skiljer man mellan skadligt bruk (upprepad substansanvändning som framkallar negativa sociala eller medicinska konsekvenser) och beroende (substansen får en mycket högre prioritet av individen än andra beteenden som tidigare haft större betydelse), där det senare betecknar svårare problem (4, 7). Inom psykiatrin används ofta klassificeringssystem DSM-5 där missbruk kallas för substansbruksyndrom som består av olika svårighetsgrader (4, 7).

Narkotikabruk kan vara direkt skadligt för den brukande personen (8). Det kan också leda till beroende, vilket i sin tur kan leda till komplikationer och besvär av olika slag. Det kan påverka ens prestation på jobbet och i skolan negativt och därmed hota ens anställning och karriär. Det kan även leda till grövre kriminalitet. Förutom individen med narkotikabruk kan också dennes närstående påverkas negativt.

Narkotikabruk antas orsaka stora kostnader för användaren, dennes närstående och samhället i stort. Det gäller dels behandling av personer med ett skadligt bruk/beroende av narkotika inom hälso- och

sjukvården. För att förhindra att personer utvecklar ett skadligt bruk/beroende vidtar kommuner, regioner och staten olika hälsofrämjande och narkotikaförebyggande åtgärder. Dit räknas till exempel regionernas arbete med sprututbyte för att förhindra spridning av infektionssjukdomar såsom HIV och hepatit C i samband med injicering av narkotika. Tullen och polisen arbetar med att förhindra narkotikasmuggling och narkotikarelaterade brott. Brotten behandlas sedan inom domstolsväsendet och dömda personer kan hamna i fängelse. Bortsett från alla dessa kostnader som kräver att olika resurser inom samhällets sektorer används, så orsakar också förlusten av resurser kostnader. Till det räknas exempelvis när en person som brukar narkotika dör i förtid till följd av en överdos eller självmord. Arbetslöshet som en följd av narkotikabruk orsakar också att samhället går miste om resurser som individen hade kunnat tillföra om hen varit frisk. Till sist kan narkotikabruk leda till försämrad livskvalitet till följd av fysisk och psykisk påfrestning hos användaren och dennes närstående.

1.1 Tidigare svenska studier

I Sverige finns enbart ett fåtal uppskattningar av de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk och alla dessa är mer än tio år gamla. Uppskattningarna visar på stora skillnader i kostnadernas storlek, vilket troligtvis föranledde Socialstyrelsen att konstatera att kostnaderna är svåra att beräkna i en rapport från 2019 (2). Socialstyrelsen lyfte fram tre tidigare studier i sin beskrivning av de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk (9). Dessa tre studier sammanfattas i Tabell 1.

Tabell 1: Tidigare svenska skattningar av samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk (belopp i miljarder kronor, ej inflationsjusterat)

Typ av kostnad	Socialstyrelsen (år 2003) (10)	Missbruksutredningen (år 2008) (11)	Folkhälsoinstitutet (år 2008) (12)
Direkta kostnader	(29,62)*	13,69	13,52
Indirekta kostnader	ej beräknat	9,91	9,91
Immateriella kostnader	ej beräknat	ej beräknat	ej beräknat
Totala samhällskostnader		23,60	23,43

Not: * Beloppet avser narkotika och alkohol eftersom studien inte särredovisar kostnader för narkotika.

Den första studien gjordes av Socialstyrelsen och skattade de samhällsekonomiska kostnaderna för alkohol och narkotika till knappt 30 miljarder kronor år 2003 (10). Endast direkta kostnader togs med i beräkningen. Ingen uppdelning gjordes mellan alkohol och narkotika.

Den andra studien gjordes i samband med Missbruksutredningen 2011. I SOU 2011:35 anges att samhällets kostnader för ”missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel” var 150 miljarder kronor år 2009 (s.397) (13). Missbruksutredningen (s.397) hänvisar samtidigt till utredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6) för en redovisning av de samhällsekonomiska beräkningarna (11). I denna bilaga framgår (s.771) att samhällets kostnader för narkotika skattades till 23,6 miljarder kronor år 2008, vilket omfattar både direkta och indirekta kostnader och

motsvarar en kostnad på 2 550 kronor per capita.¹ Dessutom beskrivs i ett kortare avsnitt i bilagan (s.794–796) en överslagsräkning som baserar sig på en tidigare uppskattning om kostnad per individ med olika typer av ”tungt missbruk” och en grov uppskattning av antal personer i olika typer av missbruk. Resultatet av överslagsräkningen visar på 62 miljarder kronor i samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk.² Den sistnämnda uppgiften är alltså inte ett resultat av någon noggrann skattning till skillnad från den förstnämnda uppgiften som redogörs på sida 783–794 i SOU 2011:6, dock används uteslutande den sistnämnda uppgiften i SOU 2011:35.

Den tredje studien gjordes av Folkhälsoinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten) och skattade de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotika till 23,4 miljarder kronor år 2008 (12). Detta motsvarar en kostnad på 2 490 kronor per capita. Direkta kostnader baserades dels på egna nya uträkningar, dels på uppräkningsdata från äldre studier eller SOU 2011:6, medan indirekta kostnader togs från SOU 2011:6. Sammantaget finns det en brist på aktuell evidens på storleken av de samhällsekonomiska kostnaderna av narkotikabruk i Sverige. Prevalensen av narkotikabruk har dessutom ökat något under det senaste decenniet (se kapitel 4). Socialstyrelsen offentliggjorde också en större uppdatering av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende år 2019, som kan tänkas påverka arbetet bland offentliga aktörer under efterföljande år.

1.2 Internationella studier

Internationella studier som beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk visar på lägre kostnader per capita än ovannämnda svenska studier som visar på en kostnad på runt 2 500 kronor (motsvarande runt 250 euro) för år 2008. En studie från Belgien visar på kostnader på 725 miljoner euro (64 euro per capita, 2012) (14). En studie från Spanien indikerar kostnader i intervallet 1 436 – 1 651 miljoner euro (30–35 euro per capita, 2012) (15). Studierna skiljer sig något åt avseende vilka typer av kostnader som inkluderats i beräkningen. Dels kan det vara ett resultat av brist på lämpliga uppgifter, dels på att den generella samhällsstrukturen i hur man bemöter narkotikabruk är olika mellan olika länder. Jämförbarheten mellan svenska och utländska studieresultat är således svåra.

¹ Samhällets kostnader för alkohol skattades samtidigt till 49,3 miljarder kronor, medan kostnaderna till följd av läkemedels- och dopningsmissbruk inte kunde skattas.

² Samhällets kostnader för alkohol skattades samtidigt till 66 miljarder kronor och 20 miljarder kronor för läkemedelsberoende.

2. Syfte

Folkhälsomyndigheten ska enligt regleringsbrevet 2021, genom bidrag eller uppdrag, bidra till utvecklingen av ett kunskapsbaserat förebyggande arbete på lokal och regional nivå inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT). Genom att tydliggöra samhällets kostnader för dessa områden ökar möjligheten att arbetet prioriteras och genomförs med hänsyn till tillgängliga resurser. IHE har fått i uppdrag av Folkhälsomyndigheten att genomföra en beräkning av samhällets kostnader för narkotikabruk.

Syftet med den här studien är att genomföra en sjukdomskostnads kalkyl av de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige år 2020. En aktuell uppskattning av de samhällsekonomiska kostnaderna är viktig för att kunna tjäna som underlag för framtida policybeslut på alla nivåer i samhället. Samtidigt som kostnaderna beräknas pekar den här studien också på olika områden som är i behov av mer forskning för att bättre förstå sambandet mellan narkotikabruk och olika typer av kostnader som narkotikabruk ger upphov till.

3. Metod och data

3.1 Studieupplägg

De samhällsekonomiska kostnaderna av narkotikabruk beräknas utifrån en sjukdomskostnadskalkyl (cost-of-illness study) i den här studien. Ett brett samhällsperspektiv antas i genomgången av kostnader relaterade till narkotika. I sjukdomskostnadskalkyler delas de totala kostnaderna upp i direkta, indirekta och immateriella (ibland kallat intangibla) kostnader (16).

Direkta kostnader inkluderar dels medicinska kostnader för vårdinsatser inom öppenvården och slutenvården (personalkostnader för läkare, kostnader för läkemedel, osv.) och transport till vårdenheten och dels icke-medicinska kostnader för andra insatser (tullens och polisens personalkostnader, kommunernas personalkostnader för skuldrådgivning, osv.) som är direkt relaterade till sjukdomen (17). Dessa kostnader motsvarar värdet av samhälleliga resurser som förbrukas och där dessa värderas utifrån rådande (marknads)priser.

Indirekta kostnader utgörs av produktionsbortfall till följd av ohälsa och dödlighet som orsakas av den studerade sjukdomen (17). Här handlar det om resurser som uteblir till följd av nedsatt arbetsförmåga, på grund av exempelvis sjukfrånvaro, förtidspensionering och förtida dödsfall av personer i arbetsför ålder. Att individers tid är en begränsad resurs för vilken det finns en alternativkostnad är allmänt accepterat inom ekonomisk teori (18). Tiden som resurs värderas i sjukdomskostnadskalkyler vanligen som produktionsbortfall med utgångspunkt i att en timmes förlorad produktion motsvaras av kostnaden för det förlorade arbetet, vanligen mätt som bruttolönekostnaden plus arbetsgivaravgiften. De indirekta kostnaderna beräknas som nuvärdet av det framtida produktionsbortfall som antas uppstå. Utgifter för transfereringar som sker inom socialförsäkringen (arbetslöshetsersättning, sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, osv.) inkluderas inte eftersom det skulle medföra en dubbelräkning av kostnaderna. Sådana transfereringar utgör en överföring av konsumtionsmöjligheter från en grupp till en annan grupp men påverkar inte de totala konsumtionsmöjligheterna i samhället. De indirekta kostnaderna fångas därför av den förlorade produktionen till följd av ohälsa och dödlighet genom dess minskning av det totala konsumtionsutrymmet.

Immateriella kostnader består av en värdering av t.ex. smärta och ångest som ger en försämrad livskvalitet. Till skillnad från direkta och indirekta kostnader har immateriella kostnader ingen direkt koppling till resurser och deras förbrukning respektive avsaknad av produktion. I många fall avgränsas sjukdomskostnadskalkyler till att endast omfatta kostnader som kan uppskattas med hjälp av existerande enhets-/marknadspriser. Immateriella kostnader för till exempel smärta och lidande, vilka inte kan beräknas med gällande marknadspriser, skulle då exkluderas (19). Att utelämna immateriella kostnader från sjukdomskostnadskalkyler på grund av värderingsproblematiken är dock

inte tillfredsställande, då man i så fall implicit antar att det ekonomiska värdet av dessa kostnader är noll (20).

Det finns två metoder för att för att skatta kostnader i sjukdomskostnadskalkyler, prevalensmetoden och incidensmetoden (16). Prevalensmetoden är vanligast och används även i den här studien. Utifrån en prevalensansats skattas de samhällsekonomiska kostnaderna som uppstår under ett visst år.

3.2 Definition av referensår

I den här studien är referensåret 2020, vilket är det senaste helåret med tillgängliga uppgifter. År 2020 präglades av början på coronapandemin som påverkade samhället på olika sätt, inte minst genom minskad tillgång till hälso- och sjukvården under vissa delar av året. Statistik från Socialstyrelsen om vårdinsatser inom den specialiserade öppenvården, slutenvården, och psykiatrisk tvångsvård visar dock inte på någon tydlig nedgång från 2019 till 2020; se Tabell A1 i Appendix. Polisens arbete med narkotika har till och med kunnat öka under 2020 i brist på andra brott, även om uppgången mellan 2019 och 2020 verkar vara en del av en mer långsiktig, uppåtgående trend; se Tabell A2 i Appendix.

3.3 Definition av studiepopulation

Det första steget i skattningen av de samhällsekonomiska kostnaderna är definitionen av studiepopulationen. Denna studie använder en kombination av en top-down ansats och en bottom-up ansats för att skatta kostnaderna av narkotikabruk. Båda ansatserna kräver en definition av vad som menas med ”narkotika”. Den här studien utgår primärt ifrån ICD-10 klassifikationen som används inom hälso- och sjukvården för att diagnostisera olika sjukdomar (21). De relevanta diagnoskoderna för narkotikabruk finns i huvudgrupp F (Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) och subgruppen F10–F19 (Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser). I denna subgrupp inkluderas följande diagnoskoder i studien:³

- F11: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider
- F12: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis
- F13: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika
- F14: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain
- F15: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein
- F16: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener
- F18: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel

³ F10 avser alkohol och F17 tobak.

- F19: Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser

Personer med dessa diagnoskoder utgör studiepopulationen. Enbart huvuddiagnos tas med i beräkningarna för att undvika dubbelräkning med andra sjukdomskostnadskalkyler.

Avgränsningen i vad som exakt avser ”narkotika” i källor som inte använder ICD-10 klassifikationen är svårare och anges inte heller nödvändigtvis i källorna. I den här studien tas kostnader med när källan använder begreppet ”narkotika”. Blandmissbruk av alkohol och narkotika är också vanligt, och om källor angav blandmissbruk som en separat kategori togs det inte med i beräkningarna (om inget annat anges) för att undvika en överskattning av kostnaderna.

En beskrivning av studiepopulationen ges i kapitel 4.

3.4 Definition av kostnader

Det andra steget i skattningen av de samhällsekonomiska kostnaderna är definitionen av vilka kostnader som narkotikabruk ger upphov till. Uppgifter i detta steg har dels baserats på tidigare svenska studier (11, 12) och internationella studier (14, 15, 22-25), och dels på information från experter hos Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen. De sistnämndas input erfordrades då varje land har sina specifika regler och institutioner, vilket gör att internationella studier inte kan efterliknas rakt av, i synnerhet avseende direkta kostnader.

Tabell 2 visar alla kostnader som har bedömts vara relevanta vid uppskattning av narkotikabrukets samhällsekonomiska kostnader i Sverige. Viktigt att notera är att denna tabell ämnar visa alla relevanta typer av kostnader oavsett om dessa gick att kvantifiera eller ej i analysen utifrån tillgängliga uppgifter.

Tabell 2: Översikt över typer av kostnader

Kostnad	Beskrivning
A. DIREKTA KOSTNADER	
A.1 Hälso- och sjukvård	
Primärvård	Offentliga och privata kostnader för narkotikarelaterad behandling
Specialiserad öppenvård	Offentliga och privata kostnader för narkotikarelaterad behandling
Slutenvård	Offentliga och privata kostnader för narkotikarelaterad behandling
Tvångsvård	Offentliga och privata kostnader för narkotikarelaterad behandling
Övriga vårdinsatser	Sprututbytesprogram och läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
Vård för hälsorelaterade konsekvenser	Offentliga och privata kostnader för behandling av hälsorelaterade konsekvenser såsom smittsamma sjukdomar, psykisk ohälsa, självmordsförsök
A.2 Kommunala insatser	
Individomsorg av barn och unga	Kostnader för narkotikarelaterad behandling och omsorg
Individomsorg av vuxna	Kostnader för narkotikarelaterad behandling och omsorg
Ekonomiskt bistånd	Kostnader för administrering av ekonomiskt bistånd

Budget- och skuldrådgivning	Kostnader för budget- och skuldrådgivning
Kronofogden (ej kommunal)	Kostnader för indrivning av skulder, skuldsanering och personlig konkurs av Kronofogden
Hemlöshet	Kostnader för boende för hemlösa
A.3 Rättsväsende	
Polisen	Kostnader för spaning och beslag av narkotika och polisinsatser vid narkotikarelaterade brott (inkl. drograttfylleri)
Domstolar	Kostnader för narkotikarelaterade brottsmål vid allmänna domstolar samt narkotikarelaterade mål vid förvaltningsdomstolar
Kriminalvården	Kostnader för fängelsestraff och frivård för narkotikarelaterade brott
Tullen	Kostnader för beslag av narkotika
A.4 Arbetsgivare	
Rekrytering	Arbetsgivarens kostnad att ersätta personen som förlorat/fått lämna sitt arbete på grund av narkotikabruk
Företagshälsovården	Arbetsgivarens kostnad för narkotikarelaterade insatser av företagshälsovården
A.5 Prevention, forskning, tillsyn	
Prevention	Kostnader för prevention av narkotikabruk av statliga myndigheter, regioner, kommuner och ideella organisationer
Forskning	Kostnader för forskning kring narkotikabruk
Tillsyn	Kostnader för tillsyn och bevakning av befintliga och nya narkotika
B. INDIREKTA KOSTNADER	
Sjuknärvaro	Produktionsbortfall till följd av nedsatt arbetsförmåga
Arbetsfrånvaro	Produktionsbortfall till följd av arbetsfrånvaro på grund av (temporärt och permanent) sjukskriving och fängelsestraff
Arbetslöshet	Produktionsbortfall till följd av arbetslöshet
Förtida dödsfall	Produktionsbortfall till följd av förtida dödsfall
C. IMMATERIELLA KOSTNADER	
Livskvalitet hos användare	Användarens förlorade livskvalitet till följd av sitt eget narkotikabruk
Livskvalitet hos närstående	Närståendes förlorade livskvalitet till följd av användarens narkotikabruk
Livskvalitet hos brottsoffer	Brottsoffers förlorade livskvalitet till följd av användarens narkotikarelaterade brott

3.5 Beräkning av kostnader

Det tredje steget i skattningen av de samhällsekonomiska kostnaderna är beräkningen av kostnadsstorleken av varje typ av kostnad i Tabell 2. Kostnaderna uppmäts på två sätt i denna studie. Det första sättet är genom en top-down-ansats. Denna ansats utgår från data på makronivå, dvs. en sammanställning av aggregerade kostnader och sedan tillämpas en andel (%) som kan tänkas utgöras av narkotika. Ett exempel är kostnader för HVB-hem där det finns uppgifter om dels de totala kostnaderna för hela verksamheten, dels en uppdelning av kostnader utifrån placeringsskäl.

Det andra sättet att uppmäta kostnader på är genom en bottom-up-ansats. Denna ansats utgår från data på mikronivå, dvs. antal berörda personer (eller antal åtgärder) multipliceras med en genomsnittlig kostnad per person (eller per åtgärd). Ett exempel är slutenvårdskostnader där det finns

uppgifter om dels antal vårdtillfällen med en narkotikarelaterad diagnos, dels en genomsnittlig kostnad per sådant vårdtillfälle.

Uppgifter i detta steg hämtas huvudsakligen från rapporter från berörda myndigheter och organisationer och från olika offentligt tillgängliga databaser. Lönekostnader och annan allmän statistik (inflation, befolkningsstorlek, osv.) hämtas från Statistiska centralbyrån (SCB).

Om kostnadsuppgifter i källor avser tidigare år än 2020, har kostnaderna inflationsjusterats och redovisas i 2020 års penningvärde.

3.6 Hantering av osäkerhet

Precisionen i kostnadsskattningar beror på graden av osäkerhet i underliggande information om resursförbrukning och kostnader. Kompletterande antaganden måste därför göras där uppgifter saknas avseende samhällets totala kostnader. Det finns olika typer av utmaningar.

En typ av utmaning är att särskilja vissa generella insatser från narkotikarelaterade insatser. Exempelvis är det svårt att särskilja förebyggande åtgärder som avser narkotika inom hela arbetet som görs med ANDTS. Om det inte finns något bra sätt att särskilja narkotikarelaterade insatser från övriga insatser valdes det att inte kvantifiera kostnaden för att undvika en överskattning av de samhällsekonomiska kostnaderna.

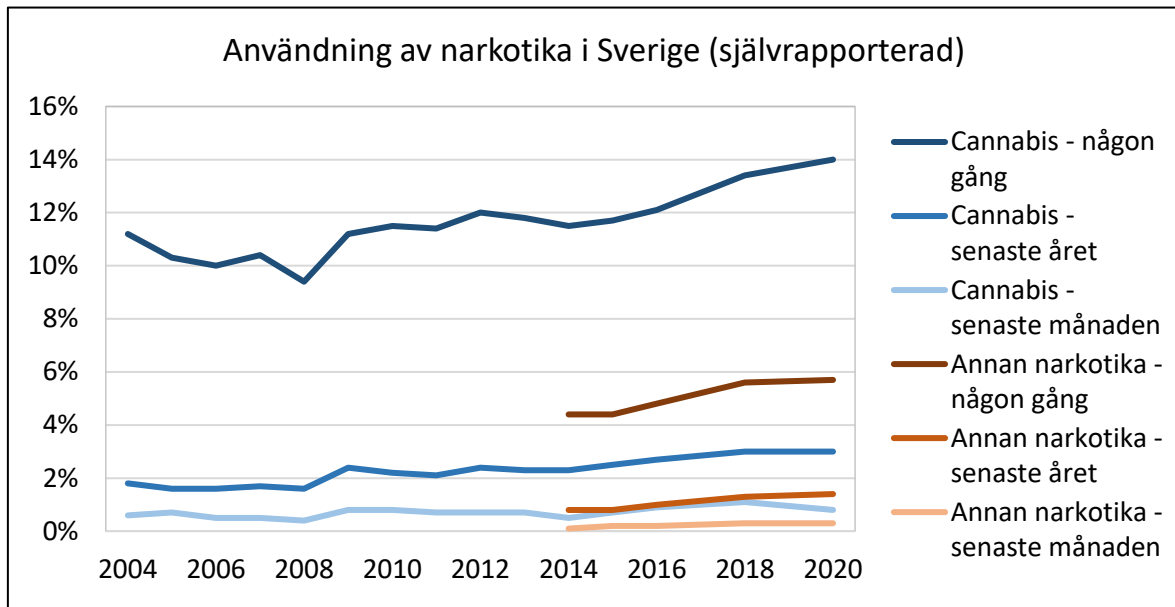
En annan typ av utmaning utgörs av oklara orsakssamband. Exempelvis kan arbetslöshet vara orsaken till att vissa personer börjar använda narkotika, men samtidigt kan användning av narkotika vara orsaken till att vissa andra personer blir arbetslösa. Tidigare svenska och internationella studier har inte försökt bemöta denna problematik genom att kausalitetsjustera kostnaderna. Däremot har detta gjorts i stor utsträckning i sjukdomskostnadskalkyler av spelproblem; se IHE:s rapport från 2020 och källor där i (26). Även sjukdomskostnadskalkyler av alkohol och rökning brukar använda en tillskrivningsfaktor för att kvantifiera den del av en viss sjukdom eller ett visst tillstånd som kan tillskrivas alkohol respektive rökning (27, 28). I brist på uppgifter om en narkotikarelaterad tillskrivningsfaktor från tidigare studier, används två olika faktorer för att skriva ner vissa kostnadsskattningar avseende olika tänkbara konsekvenser av narkotikabruk. Den första faktorn är 0,8 (80 procent) när orsakssambandet bedöms vara osäkert i viss utsträckning och den andra faktorn är 0,5 (50 procent) när orsakssambandet bedöms vara mycket osäkert.

Vissa kostnadsskattningar baserar sig på antal uppskattade personer med narkotikabruk utifrån enkätundersökningar av Folkhälsomyndigheten och av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Det finns ett stort bortfall i dessa undersökningar och alla uppgifter relaterade till narkotika är självrapporterade. Detta är viktigt att ha i åtanke när kostnader som baserar sig på dessa undersökningar tolkas i den här studien.

Att graden av osäkerhet för olika kostnadsskattningar varierar är viktigt att framhäva i analysen. Därför får varje kostnadsskattning i kapitel 5 ett attribut (låg, medel eller hög osäkerhet) som ska markera osäkerheten. Bedömningen av osäkerheten är subjektiv och har gjorts av studieförfattarna mot bakgrund av aktualiteten av källmaterialet (äldre uppgifter från innan 2018, aktuella uppgifter från 2018–2020), kunskapen om orsakssambandet (viss kunskap, ingen kunskap) och metod för värdering av kostnaden (vedertagen, osäker).

4. Prevalens av narkotikabruk

Narkotikabruk kan mätas på olika sätt. Ett vanligt mått är prevalensen. Prevalens beskriver hur stor del av en befolkning som har en viss sjukdom eller ett visst tillstånd vid en särskild tidpunkt. Prevalensen av narkotikabruk är helt avgörande för hur stora de samhällsekonomiska kostnaderna är – ju högre prevalens desto högre kostnad, om alla andra faktorer antas vara oförändrade. Prevalensen av narkotikabruk i Sverige kartläggs regelbundet av Folkhälsomyndigheten genom den nationella folkhälsoenkäten (1).



Figur 1: Andel av den vuxna befolkningen (16–84 år) som använt narkotika (självrapporerad) i Sverige mellan 2004 och 2020

Not: Annan narkotika avser någon annan narkotika än cannabis (t.ex. amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD). Källa: Nationella folkhälsoenkäten (1).

Figur 1 visar tre olika prevalensmått för två typer av narkotika; cannabis och annan narkotika. Livstidsprevalensen av cannabisbruk (dvs. andelen som har använt cannabis någon gång) var 14 procent i den vuxna befolkningen år 2020 och hade ökat från strax under 12 procent vid första mätpunkten från 2004, vilket motsvarar en statistiskt signifikant uppgång. 12-månaders prevalensen av cannabisbruk (dvs. andelen som har använt cannabis under det senaste året) är betydligt lägre och var 3,0 procent år 2020. Även här ses en statistiskt signifikant uppgång över tid. Däremot var 30-dagars prevalensen av cannabisbruk rätt konstant kring strax under 1 procent mellan 2004 och 2020. För annan narkotika ses en statistiskt signifikant ökning i livstidsprevalensen från 4 procent år 2014 till 6 procent år 2020, och även en statistiskt signifikant ökning för 12-månaders prevalensen (från 0,8 till 1,4 procent mellan 2014–2020), medan uppgången i 30-dagars prevalensen (från 0,1 till 0,3 procent mellan 2014–2020) inte är statistiskt signifikant.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför också enkätundersökningar om narkotikaanvändning. Enligt undersökningen ”Vanor och konsekvenser” från 2017 uppgav 4,2 procent av den vuxna befolkningen (17–84 år) användning av narkotika såsom cannabis, kokain, m.m. under de senaste 12 månaderna, vilket motsvarade omkring 326 000 personer (29).

Uppgifterna ovan får antas utgöra minimivåer, i och med att uppgifterna baserar sig på enkätundersökningar och således är självrapporterade. Frågor om narkotikavanor antas ge sannolikt en underrapportering, eftersom narkotikabruk är illegalt. Det skiljer också narkotika från andra beroendeframkallande folkhälsoproblem så som alkohol, tobak och spel om pengar som alla är legala, och att svara bejakande på frågor om deras bruk/användning kan vara mindre stigmatiserade (30).

Socialstyrelsen redogör i en rapport från 2019 om olika tidigare uppskattningar av antalet personer med ett skadligt bruk/beroende av narkotika (2):

- Enligt en enkätundersökning av Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) vid Karolinska institutet från 2013 skattades antalet personer med ”missbruk eller beroende” av narkotika till 55 000 personer.
- Enligt diagnosbaserade skattningar inom hälso- och sjukvården och grava narkotikamissbrukare inom kriminalvården fanns det runt 29 500 personer med ”problematisk narkotikaanvändning” år 2007 enligt en rapport från Socialstyrelsen. Missbrukstutredningen (SOU 2011:35) hänvisar också till denna uppskattning om 29 500 personer med ”tungt narkotikamissbruk” (13).
- Folkhälsomyndigheten skattade antalet personer som ”injicerade droger” baserat på diagnoser inom hälso- och sjukvården till cirka 8 000 under 2008–2011.

Förutom antalet personer med en (problematisk) användning av narkotika finns det också uppskattningar av antalet närstående som påverkas negativt av en persons narkotikabruk. Enligt enkätundersökningen ”Vanor och konsekvenser” av CAN från 2017 uppgav 3,6 procent av befolkningen (17–84 år), motsvarande omkring 280 000 personer, att de hade påverkats negativt av någon i sin närhet som använder narkotika under de senaste 12 månaderna (29).

5. Resultat

Detta kapitel redovisar resultatet av kostnadsskattningarna med ett avsnitt för varje huvudtyp av kostnad (direkta, indirekta, immateriella) och i enlighet med Tabell 2. Det sista avsnittet (5.4) sammanfattar de totala kostnaderna och jämför skattningar med tidigare svenska studier. Observera att uppgifter om personer och kostnader är avrundade i texten medan underliggande beräkningar baseras på exakta siffror.

5.1 Direkta kostnader

Tabell 3 sammanfattar kostnadsskattningarna av de direkta kostnaderna av narkotikabruk. Totalt beräknades de direkta kostnaderna uppgå till 14,6 miljarder kronor.

Tabell 3: Direkta kostnader av narkotikabruk, 2020

Typ av kostnad	Tillskrivningsfaktor†	Osäkerhet	Kostnad i miljoner kronor
Hälso- och sjukvård			
Primärvård	100 %	medel	5,1
Specialiserad öppenvård	100 %	låg	295,8
Slutenvård	100 %	medel	400,2
Tvångsvård	100 %	låg	192,2
Övriga vårdinsatser	100 %	medel	1 119,2
Vård för hälsorelaterade konsekvenser	50–100 %	låg–hög	354,7
Kommunala insatser			
Individomsorg av barn och unga	100 %	medel–hög	734,6
Individomsorg av vuxna*	100 %	låg–medel	3 296,3
Ekonomiskt bistånd (administrering)	100 %	medel	273,7
Budget- och skuldrådgivning	100 %	låg	6,6
Kronofogden (ej kommunal)	80 %	medel	19,5
Hemlöshet	50 %	medel	213,1
Rättsväsende			
Polisen*	100 %	låg	2 750,5
Domstolar	100 %	låg	650,5
Kriminalvården	100 %	låg	3 134,9
Tullen	100 %	låg	318,0
Arbetsgivare			
Rekrytering	50 %	hög	457,5
Företagshälsovården*	100 %	hög	41,0
Prevention, forskning, tillsyn			
Prevention	100 %	hög	338,5
Forskning	100 %	låg	4,8
Tillsyn	-	-	ej beräknat
SUMMA			14 557,6

Not: † Tillskrivningsfaktor som tillämpas på de totala kostnaderna för att ta hänsyn till att vissa samband inte nödvändigtvis är helt kausala. * Här ingår vissa insatser med preventiva inslag. Kostnadssumman stämmer inte exakt överens med summan av kostnadsposterna på grund av avrundning.

5.1.1 Hälso- och sjukvård

Ansvar för och utförande av insatser för personer som använder narkotika vilar på flera aktörer. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med ett skadligt bruk/beroende av narkotika utifrån sina respektive ansvarsområden (31).

Inom hälso- och sjukvården uppstår direkta kostnader dels för vård av personer som använder narkotika, dels för vård av hälsorelaterade konsekvenser av narkotikaanvändning (såsom smittsamma sjukdomar, psykiska sjukdomar, självmordsförsök). Vård av personer som använder narkotika identifieras främst via narkotikarelaterade diagnoser som föranleder en vårdinsats. Det är huvudsakligen regionerna som ansvarar för att tillhandahålla olika vårdinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

5.1.1.1 Primärvård

Personer med skadligt bruk/beroende av narkotika kan få olika behandlingsmetoder beroende på individ och situation. Primärvården har ofta en viktig roll gällande tidig upptäckt av en persons skadliga bruk. Behandling av personer med skadligt bruk inom primärvården syftar främst åt prevention, diagnostik och behandling av riskbruk och beroende samt behandling av brukets konsekvenser (32).

Det finns inga rikstäckande, diagnosbaserade uppgifter för vårdkontakter inom primärvården (vårdcentraler). Vissa regioner registrerar dock diagnosen i sina regionala databaser. Vi använde uppgifter från Region Skåne för att skatta vårdkonsumtionen inom primärvården.⁴ Antalet fysiska besök med en narkotikarelaterad huvuddiagnos (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) uppgick till 283 besök hos läkare, 163 besök hos sjuksköterska och 50 besök hos övriga vårdgivare (t.ex. kurator, psykolog) under 2020.⁵ Dessa uppgifter skalades sedan upp till nationell nivå (baserat på antal invånare), vilket resulterar i en uppskattning på 2 110 besök hos läkare, 1 220 besök hos sjuksköterska och 370 besök hos övriga vårdgivare i hela Sverige.

Enhetskostnaden för fysiska besök inom primärvården var 1 688 kronor för läkare och 688 kronor för sjuksköterska och för övriga vårdgivare år 2020 i Södra sjukvårdsregionen (33), och antas vara representativ för hela Sverige. Den totala offentliga kostnaden för narkotikarelaterade besök inom primärvården uppgick således till 4,66 miljoner kronor. Därtill kommer privata kostnader för patientavgifter för varje besök. Patientavgiften var runt 200 kronor för läkarbesök i nästan alla regioner under 2020 (34), medan ingen avgift antas för andra besök inom primärvården. Den totala privata

⁴ Den demografiska sammansättningen av befolkningen i Skåne liknar sammansättningen i Sverige i stort.

⁵ Uppgifter via e-post från Region Skåne (2021-11-08) baserade på Region Skånes VårdDatabaser (RSVD). Det är viktigt att notera att registreringen av diagnoser kan innehålla fel och uppgifter om diagnoser kan också fattas i vissa fall. Diagnosregistrering är nära heltäckande avseende besök hos läkare men sämre för besök hos annan vårdpersonal.

kostnaden för narkotikarelaterade besök inom primärvården blir 0,42 miljoner kronor. Summan av offentliga och privata kostnader inom primärvården skattas till 5,09 miljoner kronor.

5.1.1.2 Specialiserad öppenvård

Vård inom den specialiserade öppenvården ges ofta till personer som har lämnat ett behandlingshem, då återfall är vanligt bland personer med narkotikaberoende. Öppenvårdsbesök sker under dagtid och vård kan även ges i hemmet (35).

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas (baserad på patientregistret) uppgick antalet besök inom den specialiserade öppenvården med en narkotikarelaterad huvuddiagnos (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) till 64 203 år 2020 (36). Dessa besök gjordes av 27 362 personer (vissa personer kan förekomma flera gånger med olika huvuddiagnoser), motsvarande ett genomsnitt på 2,3 besök per person. Vi räknar också in 180 besök (av 169 personer) med en narkotikaförgiftning (ICD-10 kod T40) under 2020. Alla dessa besök avser somatisk och psykiatrisk vård inklusive tvångsvård.⁶

Den genomsnittliga kostnaden för ett besök inom den specialiserade öppenvården för ”missbruk/beroende med eller utan psykos”⁷ uppgick till 4 274 kronor och för ”narkotikaförgiftning”⁸ till 3 956 kronor år 2019 enligt SKR:s kostnad-per-patient (KPP) databas (37). Den totala offentliga kostnaden för specialiserad öppenvård uppgår till 276,46 miljoner kronor i 2020 års penningvärde. Patientavgiften var runt 300 kronor för läkarbesök inom den specialiserade öppenvården i alla regioner under 2020 (34). Den totala privata kostnaden för narkotikarelaterade besök inom den specialiserade öppenvården blir 19,31 miljoner kronor. Summan av offentliga och privata kostnader inom den specialiserade öppenvården skattas till 295,78 miljoner kronor.

5.1.1.3 Slutenvård

Slutenvård som ges på sjukhus krävs exempelvis när en person skrivs in akut på sjukhus till följd av psykos eller överdoser med olika narkotika.

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas (baserad på patientregistret) uppgick antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska och somatiska slutenvården (inklusive tvångsvård) med en narkotikarelaterad huvuddiagnos (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) till 19 667 år 2020 (36). Dessutom fanns det 163 vårdtillfällen med en narkotikaförgiftning som huvuddiagnos (ICD-10 kod T40). Dessa vårdtillfällen berörde 12 494 personer (vissa personer kan förekomma flera gånger med olika huvuddiagnoser). Det är svårt att koppla ihop dessa uppgifter med enhetskostnader i brist på en entydig matchning av ICD-10 koder mot kostnadsuppgifter. Inkluderingen av tvångsvård är också problematisk, eftersom den skiljer sig från övrig slutenvård; se nästa avsnitt.

⁶ Uppgift via e-post från Socialstyrelsen.

⁷ Följande DRG koder inkluderades: T60P, T60Q, T61P, T61Q

⁸ Följande DRG kod inkluderades: U35O

Som ett sätt att skatta kostnaderna för slutenvård användes istället Socialstyrelsens statistikdatabas uppdelat på DRG koder inom slutenvården (36). Denna databas grundar sig också på patientregistret och innehåller psykiatrisk och somatisk vård men inte tvångsvård. Antal vårdtillfällen inom slutenvården för ”missbruk eller beroende av alkohol/droger med och utan psykos eller personlighetsstörning” och ”förgiftningar, toxiska effekter av mediciner” hämtades separat för varje DRG kod⁹ för år 2019 (36). I brist på en uppdelning mellan alkohol och narkotika i den förstnämnda DRG kodgruppen utgick vi från fördelningen av antal vårdtillfällen inom slutenvården där 49 procent utgjordes av narkotika (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) och resten av alkohol (ICD-10 kod F10) år 2020 (36). Denna andel användes för att skatta andelen narkotikarelaterade vårdtillfällen inom slutenvården för vårdtillfällen till följd av ”missbruk eller beroende av alkohol/droger med och utan psykos eller personlighetsstörning”. Totalt resulterar det i omkring 14 300 vårdtillfällen.

Enhetskostnader per DRG kod och vårdtillfälle hämtades från SKR:s KPP databas för år 2019 (37). Den totala offentliga kostnaden för slutenvård (exklusive tvångsvård) skattas till 398,16 miljoner kronor i 2020 års penningvärde. Patientavgiften var 100 kronor per vård dygn inom slutenvården (för vuxna) i alla regioner under 2020 (34). Den viktade medelvårdtiden per vårdtillfälle för de inkluderade vårdtillfallen var 1,4 dygn. Den totala privata kostnaden för narkotikarelaterad slutenvård (exklusive tvångsvård) blir 2,00 miljoner kronor. Summan av offentliga och privata kostnader inom slutenvården (exklusive tvångsvård) skattas till 400,16 miljoner kronor.

5.1.1.4 Tvångsvård

Tvångsvård av personer med skadligt bruk/beroende ges på särskilda sjukvårdsinrättningar (behandlingshem). De riktar sig bland annat till personer som kan behöva medicinsk avgiftning (35). Två huvudformer av tvångsvård är relevanta för personer som använder narkotika. Dessa styrs av olika lagar och olika offentliga aktörer ansvar för genomförandet. Den ena är vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) som regionerna ansvarar för och som beskrivs nedan. Den andra är vård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som kommunerna och staten ansvarar för och som beskrivs i kapitel 5.1.2.2. Vanligtvis får personer antingen LPT-vård eller LVM-vård (38).

LPT-vård får personer som *”lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han/hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för sluten psykiatrisk tvångsvård. Personen samtycker inte till frivillig vård.”* (38). Det finns också öppen psykiatrisk tvångsvård som bedrivs utanför sjukvårdsinrättningen. Denna form av LPT är dock mycket mindre vanlig¹⁰ och de flesta (84 procent) som får detta vårdas för schizofreni och andra psykosjukdomar men inte för narkotikarelaterade diagnoser (38). Enligt

⁹ Följande DRG koder inkluderades: T60C, T60E, T61A, T61C, T61E, U35A, U35C, U35E

¹⁰ Under tidsperioden 2015–2019 fick drygt 41 300 personer sluten psykiatrisk tvångsvård och knappt 3 200 personer öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT.

Socialstyrelsens statistikdatabas (baserad på patientregistret) uppgick antalet vårdtillfällen inom slutna LPT-vård med en narkotikarelaterad huvuddiagnos (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) till 2 181 år 2020 (36). Dessa vårdtillfällen berörde 1 668 personer (vissa personer kan förekomma flera gånger med olika huvuddiagnoser). Ett mindre antal narkotikarelaterade vårdtillfällen inom den psykiatriska tvångsvården baserades dessutom på lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), 132 vårdtillfällen år 2020 (36), vilka lades till i beräkningarna. Det finns inga tillförlitliga uppgifter om LPT-vårdens genomsnittliga vårdtid per vårdtillfälle fördelat på olika diagnoser.¹¹ En analys av alla vårdtillfällen under 2015–2019 visade på en genomsnittlig vårdtid på runt 40 dagar (38 dagar för kvinnor och 42 dagar för män) medan mer än hälften av vårdtillfällena varade högst 14 dagar (38). Vi antog en vårdtid på 14 dagar för alla narkotikarelaterade vårdtillfällen i beräkningarna. Det finns inga säkra uppgifter om dygnskostnad för slutna LPT-vård. Vi antog att dygnskostnaden motsvarar den för LVM-vård på 5 935 kronor år 2020 (39). Den totala offentliga kostnaden för slutna LPT-vård skattas till 192,19 miljoner kronor. Regionerna tar vanligtvis inte ut någon patientavgift för slutna LPT-vård och därför antogs det ingen privat kostnad.

5.1.1.5 Övriga vårdinsatser

Sprututbytesprogram

Sprututbytesverksamheter finns tillgängliga i de flesta regionerna med syfte att förebygga spridning av infektionssjukdomar, såsom HIV eller hepatiter, som kan uppstå till följd av injicering av narkotika med orena verktyg (40). År 2017 skedde ändringar i lagen gällande utbyte av sprutor vilket ledde till en ökning av sprututbytesverksamheter i landet. Den nedre åldern för deltagande sänktes samtidigt från 20 till 18 år (41). En sammanställning av Socialstyrelsen visar att 16 av 21 regioner hade denna typ av verksamhet i oktober 2019. De flesta resterande regionerna hade som mål att öppna sprututbytesverksamheter 2020, men det blev uppskjutet till följd av pandemin (42-45).

Det finns inga detaljerade uppgifter om kostnader av sprututbytesverksamheter i regionerna. I Stockholm där sprututbytesverksamheten startade 2013 uppskattades att kostnaden för hela verksamheten (personal, lokaler, materiel, osv.) uppgick till 12 miljoner kronor år 2016 (46). Kostnaden i Stockholm uppgick därmed till drygt 5 kronor per invånare och antogs vara en representativ kostnad i alla övriga 15 regionerna med en aktiv sprututbytesverksamhet (47). Dessutom tillkommer en kostnad för läkemedlet naloxon vars användning inom ramen för sprututbytesprogram började rekommenderas av Socialstyrelsen i riktlinjer från 2019 och vars kostnader uppskattades till 2,58 miljoner kronor i 2018 års penningvärde (2). Totalt beräknas kostnaden för sprututbytesverksamheter uppgå till 50,57 miljoner kronor i 2020 års penningvärde.

¹¹ Enligt Socialstyrelsen (information via e-post) är uppgiften om vårdtid i tvångsvård enligt LPT något problematisk och det är en av anledningarna till att den uppgiften inte finns med i statistikdatabasen. Det beror dels på att personer som finns inom tvångsvård har ett vårdtillfälle som löper från inskrivning i slutenvård tills att tvångsvården (även i öppen form) avslutas. Utöver det så är inrapporteringen av uppgiften om vårdform osäker i vissa regioner. Osäkerheten gällande vårdtid kan bli ännu större när man utgår ifrån enskilda diagnoser.

LARO-program

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en av de insatser som ingår i regeringens ANDT-strategi (48). Behandlingen består av läkemedelsbehandling och psykologisk eller psykosocial behandling. Syftet med LARO-behandling är bland annat att förebygga återfall och motverka smittspridning och dödlighet. Läkemedelsbehandling innebär lämplig individuellt anpassad dos av buprenorfin/naloxon, metadon, eller buprenorfin. År 2018 var drygt 4 000 personer inskrivna för LARO hos LARO-mottagningar i hela landet (48). Det finns inga detaljerade uppgifter om kostnader av LARO-verksamheterna i regionerna. Region Skånes årliga kostnad för LARO-mottagningarna uppskattades uppgå till 103 miljoner kronor år 2015 och därutöver tillkom läkemedelskostnader på 30 miljoner kronor (49). Kostnaden i Skåne uppgick därmed till omkring 95 kronor per invånare och antogs vara en representativ kostnad i alla övriga regioner (47). Hela kostnaden för LARO tillskrivs narkotika.¹² Dessutom tillkommer en kostnad för läkemedlet naloxon vars användning inom ramen för LARO rekommenderas av Socialstyrelsen att utökas i riktlinjer från 2019 och vars kostnader uppskattades till 3,59 miljoner kronor i 2018 års penningvärde (2). Totalt beräknas kostnaden för LARO uppgå till 1 068,61 miljoner kronor i 2020 års penningvärde.

5.1.1.6 Vård för hälsorelaterade konsekvenser

Sjukdomar till följd av injicering av narkotika

Intravenös användning av narkotika ökar risken för blodsmittor. Till följd av injicering av narkotika med verktyg som blivit orena på grund av att flera individer har delat sprutor eller kanyler, kan infektioner med HIV, hepatit B och hepatit C överföras.

Antalet diagnostiserade personer som lever med HIV uppgick till 8 158 i slutet av 2020, varav cirka 98 procent står på behandling (50). En rekommenderad behandling för personer som lever med HIV är följande läkemedel: emtricitabin/tenofovir (TDF) och rilpivirin, vilka ska intas dagligen (51). Baserat på prisuppgifter från Fass¹³ och rekommenderad dosering uppgår årskostnaden för behandling till 54 351 kronor per person som lever med HIV. Enligt Folkhälsomyndigheten var orena injektionsverktyg smittvägen bakom 13 av totalt 364 nya HIV-infektioner år 2020 (54), vilket motsvarar en andel på 3,6 procent. Vi antog att denna andel även är representativ för befintliga HIV-infektioner. Den offentliga kostnaden för läkemedelsbehandling av HIV-infektioner orsakade av injicering av narkotika blir 15,52 miljoner kronor år 2020. Ingen patientavgift utgår för HIV-läkemedel enligt smittskyddslagen (55). Utöver läkemedelsbehandling tillkommer besök i sjukvården för provtagning och kontroll. Det är rekommenderat att man gör ett par besök per år för provtagning och ungefär två besök per år till läkare (56). Vi antog att varje person som lever med

¹² Enligt information från Socialstyrelsen (via e-post) ändrades föreskriften 2016 på så sätt att LARO formellt öppnades för vårdorsakat läkemedelsberoende (iatrogen beroende). Sedan dess har fler sådana fall kommit in på LARO men det är bara på marginalen. Därför görs ingen justering i beräkningarna.

¹³ En burk med 30 tabletter av emtricitabin/tenofovir kostar 1995,75 kronor (52), och en burk med 30 tabletter av rilpivirin kostar 2533,52 kronor (53).

HIV som behandlas gör två provtagningar och två läkarbesök hos en infektionsklinik per år. Enhetskostnaden för provtagningar var 382 kronor i primärvården och 2 320 kronor för läkarbesök hos en infektionsklinik år 2020 i Södra sjukvårdsregionen (33), och antas vara representativ för hela Sverige. Den offentliga kostnaden för provtagning och läkarbesök blir 1,54 miljoner kronor. Patientavgiften var runt 300 kronor för läkarbesök inom den specialiserade öppenvården i alla regioner under 2020 (34), och vi antog ingen patientavgift för provtagning. Den privata kostnaden för läkarbesök blir 0,17 miljoner kronor. Den totala kostnaden för behandling av HIV till följd av injicering av narkotika blir därmed 17,23 miljoner kronor.

Enligt Folkhälsomyndigheten uppgick antal nya registrerade fall av hepatit C till följd av injicering av narkotika med orena verktyg till 480 personer år 2020, vilket motsvarar runt 80 procent av alla nya fall med känd smittväg (57). Enligt Världshälsoorganisationen leder 70 procent av alla hepatit C-infektioner till kronisk sjukdom och kräver läkemedelsbehandling (58). Vi antog att 70 procent av alla nya fall av hepatit C till följd av injicering av narkotika med orena verktyg behandlas. En behandling med andra generationens direktverkande antivirala hepatit C-läkemedel kostade omkring 53 000 kronor per patient år 2019 (59).¹⁴ Den offentliga kostnaden för läkemedelsbehandling av hepatit C-infektioner orsakade av injicering av narkotika blir 17,91 miljoner kronor i 2020 års penningvärde. Ingen patientavgift utgår för hepatit C-läkemedel enligt smittskyddslagen (55). Det är oklart i vilken utsträckning patienter med hepatit C gör vårdbesök under pågående behandling. Vi antog två läkarbesök hos en infektionsklinik per patient till en enhetskostnad på 2 320 kronor (baserat på priser i Södra sjukvårdsregionen) och 300 kronor i patientavgift per besök. Den offentliga kostnaden för läkarbesök blir 1,56 miljoner kronor och den privata kostnaden blir 0,20 miljoner kronor. Den totala kostnaden för behandling av hepatit C blir således 19,67 miljoner kronor.

Enligt Folkhälsomyndigheten fanns det inga nya registrerade fall av hepatit B till följd av injicering av narkotika med orena verktyg bland de som fått infektionen i Sverige år 2020 (60). Sex stycken infektioner med hepatit B till följd av injicering av narkotika med orena verktyg registrerades utomlands.¹⁵ Eftersom de flesta som får hepatit B blir friska utan behandling (61), beräknas ingen kostnad för behandling av hepatit B.

Psykisk ohälsa

Enligt Socialstyrelsen är psykiska sjukdomar vanliga bland personer med ”missbruk och beroende” (gäller både narkotika och alkohol) (2). Risken att drabbas är mer än dubbelt så stor jämfört med personer som inte har ett missbruk eller beroende. Bland personer som vårdas för sitt missbruk har 30–50 procent en samtidig psykisk sjukdom, där ångest- och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar är vanligast enligt Socialstyrelsen (2). Detta kan jämföras med förekomsten av psykisk

¹⁴ Hepatit C-läkemedel ingår i särskilda hemliga rabattavtal mellan regionerna och läkemedelsbolagen men den totala återbäringen för dessa läkemedel är känd och är inkluderad i kostnaden per patient här.

¹⁵ Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten.

ohälsa i den allmänna befolkningen. En undersökning av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin visade att 15 procent (genomsnitt av andel kvinnor och män) av alla vuxna (>18 år) i Stockholms län sökte någon form av vård för psykisk ohälsa (specialiserad psykiatri, beroendevård, primärvård) inom Stockholms läns landsting år 2016 (62).

För att beräkna kostnaderna för behandling av psykisk ohälsa räknar vi bort den underliggande nivån av psykisk ohälsa i befolkningen (genom att använda oss av uppgiften om 15 procent från Stockholm) från den förhöjda nivån hos personer med skadligt bruk/beroende av narkotika (40 procent som ett genomsnitt av de 30–50 procent som citeras av Socialstyrelsen) i ett första steg. Den resulterande överskjutande nivån av psykisk ohälsa på 25 procent skulle kunna ha orsakats av skadligt bruk/beroende av narkotika, men samtidigt skulle även psykisk ohälsa kunna vara det som orsakat skadligt bruk/beroende av narkotika. Det är även något som Socialstyrelsen pekar på i sin beskrivning av samsjuklighet mellan missbruk och psykisk ohälsa (2). Eftersom orsakssambandet tycks gå i båda riktningarna, antas det att hälften (50 procent kausalitetsjustering) av den överskjutande andelen av psykisk ohälsa har orsakats av skadligt bruk/beroende av narkotika. Under antagandet att psykisk ohälsa drabbade omkring 29 500 ”personer med problematisk narkotikaanvändning” år 2020 (enligt tidigare uppskattningar av Socialstyrelsen från år 2007; se kapitel 4), resulterar det i 3 688 personer med psykisk ohälsa orsakad av narkotika. Alla dessa personer antas också få vård för sin psykiska ohälsa.

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp och omfattar många olika diagnoser. För att ta fram en genomsnittlig vårdkostnad per patient per år användes ett genomsnitt av vårdkostnader för diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, schizofreni och bipolär sjukdom. Genomsnittet av vårdkostnader baserades på en registerstudie inom Norra Stockholms psykiatri (som hade ett upptagningsområde på 317 000 invånare) för perioden 2006–2008 (63). Vårdkostnaden per patient uppgick till runt 75 800 kronor i 2009 års penningvärde. Den totala offentliga kostnaden för behandling av psykisk ohälsa blir 313,19 miljoner kronor i 2020 års penningvärde. Inga privata kostnader för patientavgifter antogs i brist på tillförlitliga uppgifter om antal vårdbesök.

Självmoordsförsök

Skadligt bruk/beroende av narkotika kan i värsta fall leda till självmord. Av de som söker stöd för missbruksrelaterade problem har cirka 30 procent någon gång försökt ta sitt liv enligt Socialstyrelsen (64).¹⁶ Detta kan jämföras med uppgifter bland den allmänna befolkningen från nationella folkhälsoenkäten där 5,2 procent av kvinnorna och 3,0 procent av männen uppgav att de någon gång hade försökt ta sitt liv i 2020 års enkät (65). Vi antog att detta visar på en 7,3-faldigt förhöjd risk för

¹⁶ Här ingår såväl skadligt bruk/beroende av narkotika som av alkohol. Däremot redogör Socialstyrelsen att andelen kan vara ännu högre. I intervjuer genomförda i samband med LVM-vård uppgav 45 procent av kvinnorna och 31 procent av männen att de någon gång försökt ta sitt liv. Vidare skriver Socialstyrelsen att det är vanligt att de som fått vård för narkotikarelaterad diagnos också inom ett år får vård efter suicidförsök (kvinnor 16 procent och män 8 procent).

självordsförsök bland personer med skadligt bruk/beroende av narkotika.¹⁷ Eftersom den förhöjda risken kan ha andra orsaker än narkotikabruk, görs en kausalitetsjustering på 50 procent.

Enligt Socialstyrelsens databas var antal patienter som vårdats inom slutenvård för självmordsförsök¹⁸ 6 668 år 2020, vilket motsvarar 64,2 patienter per 100 000 invånare (36). Antal vårdtillfällen var 9 706 år 2020, vilket visar på upprepade självmordsförsök under samma år bland vissa personer. För att uppskatta antalet vårdtillfällen för självmordsförsök som kan relateras till narkotikabruk utgår vi från incidensen i hela befolkningen (64,2 patienter per 100 000 invånare) och multiplicerar både med den förhöjda riskfaktorn på 7,3 för att få incidensen bland personer med narkotikabruk och med en faktor på 1,46 för att ta hänsyn till antal vårdtillfällen per patient och år (36). Under antagandet att den beräknade förhöjda incidensen är tillämpbar bland de omkring 29 500 ”personerna med problematisk narkotikaanvändning” år 2020 (enligt tidigare uppskattningar av Socialstyrelsen från år 2007; se kapitel 4), resulterar det i 202 vårdtillfällen för självmordsförsök, varav 101 antas var orsakade av narkotika (50 procent kausalitetsjustering). Enligt Räddningsverket var kostnaden per vårdtillfälle för ett självmordsförsök 35 100 kronor år 2000 (66). Den totala offentliga kostnaden för självmordsförsök inom slutenvården blir 4,56 miljoner kronor i 2020 års penningvärde. Därtill kommer en patientavgift på 100 kronor per vårddygn inom slutenvården (för vuxna) i alla regioner under 2020 (34). Enligt Socialstyrelsens databas var medelvårdtiden per vårdtillfälle för självmordsförsök 3,2 dagar. Den totala privata kostnaden blir således 0,03 miljoner kronor. Den totala kostnaden för självmordsförsök blir 4,59 miljoner kronor.

5.1.2 Kommunala insatser

Kommunerna har ett omfattande ansvar att tillhandahålla olika typer av insatser för personer som använder narkotika. Detta styrs mestadels av socialtjänstlagen och det är socialtjänsten/socialförvaltningen som svarar för det praktiska arbetet. Även staten (mestadels avseende tvångsvård) spelar en viss roll i finansieringen och utförandet.

5.1.2.1 Individomsorg av barn och unga

Barn och unga personer som har ett skadligt bruk och beroende av narkotika kan få olika typer av insatser av kommunen (31). I denna studie ingår följande; behandling/omsorg på hem för vård eller boende (HVB-vård) samt familjehemsvård (tidigare fosterhem) och ungdomsvård på särskilda ungdomshem av Statens institutionsstyrelse (SiS) som också är en form av HVB-hem.

¹⁷ 7,3 är resultatet av en jämförelse av andelen hos användarna av narkotika (30 %) och den genomsnittliga andelen hos den allmänna befolkningen (4,1 % genomsnitt av kvinnor och män).

¹⁸ Diagnosgrupp ICD-10 X60-X84: Avsiktlig självdestruktiv handling.

HVB-vård

De totala kostnaderna för HVB-vård för barn och unga i kommunal regi uppgick till 8,7 miljarder kronor år 2020 (67). Totalt var det 8 293 barn och unga som fick HVB-vård under 2020 (68). Det finns inga samlade uppgifter om placeringsorsak på HVB vilket gör det svårt att avgöra hur stor andel av den totala verksamheten och dess kostnader som relaterar till narkotika. En sammanställning av Socialstyrelsen baserat på Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) omsorgsregister om inriktning av olika HVB:s verksamheter från 2016 visade att bara 1 procent av alla HVB hade en särskild verksamhet inriktad mot narkotika (69).¹⁹ I brist på annan information antog vi att 1 procent av kommunernas totala kostnader för HVB-vård av barn och unga är narkotikarelaterade. Det motsvarar 86,98 miljoner kronor.

Familjehemsvård

De totala kostnaderna för familjehemsvård för barn och unga i kommunal regi uppgick till 9,1 miljarder kronor år 2020 (67). Totalt var 19 400 barn och unga placerade i familjehem under 2020 (68). Det finns inga samlade uppgifter om placeringsorsak på familjehem som visar på hur stor andel av den totala verksamheten och dess kostnader som är relaterade till narkotika. I brist på annan information antog vi att samma andel som för HVB-vård (1 procent) av kommunernas totala kostnader för familjehemsvård av barn och unga är narkotikarelaterade. Det motsvarar 91,49 miljoner kronor.

Särskilda ungdomshem och slutna ungdomsvård

SiS ger vård till ungdomar som *”riskerar att skadads av sitt missbruk, sin brottsliga verksamhet eller på annat sätt betar sig socialt nedbrytande”* (70). SiS vård ges endast till ungdomar som ännu inte fyllt 21 år. Det finns två former av SiS vård, särskilda ungdomshem och slutna ungdomsvård (motsvarande fängelse för vuxna).

Intagning på särskilda ungdomshem sker enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och i enstaka fall också enligt socialtjänstlagen. Totalt var det 1 304 intagningar på särskilda ungdomshem under 2020 (70). 230 intagningar skedde enbart på grund av ”missbruk” och vid 659 intagningar var missbruk en placeringsorsak tillsammans med antingen ”kriminalitet” och/eller ”övriga placeringsorsaker”. Vi tillskrev hälften av de sistnämnda intagningarna med blandad placeringsorsak missbruk, vilket motsvarar totalt 560 intagningar för missbruk. Vidare antog vi att 53 procent av dessa intagningar skedde på grund av narkotika, baserat på fördelningen av antal vårdtillfällen inom slutenvården bland barn och ungdomar 0–19 år för narkotika (ICD-10 kod F11–

¹⁹ Andra inriktningar, såsom ”missbruk” (1 %), ”vård/behandling” (37 %), kan också tänkas rymma ungdomar med en narkotikaproblematik. I brist på bättre information tas detta inte med i beräkningarna. Den absolut vanligaste inriktningen var ”ensamkommande barn” (79 %; ett HVB kan ha flera inriktningar).

F16 och F18–F19) och andra beroendediagnoser (alkohol – F10, tobak – F17, spel – F63²⁰) år 2020 (36). Detta motsvarar en uppskattning på 297 intagningar för narkotikabruk eller 23 procent av alla intagningar. Vi tillämpade denna andel på de totala kostnaderna för SiS särskilda ungdomshem²¹ på 2,3 miljarder kronor år 2020 (39). Kostnaden för narkotikarelaterad vård hos särskilda ungdomshem skattas därmed till 518,71 miljoner kronor.

Intagning på sluten ungdomsvård sker enligt lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Totalt var det 61 intagningar på sluten ungdomsvård under 2020 (70). 11 intagningar, motsvarande 18 procent, skedde på grund av ”narkotikabrott”. Dock är uppgifterna om brottsrubricering något osäkra och oftast dömds ungdomar för flera olika brott. Vi tillämpade andelen på 18 procent på de totala kostnaderna för SiS sluten ungdomsvård²² på 208 miljoner kronor år 2020 (39). Kostnaden för narkotikarelaterad sluten ungdomsvård skattas därmed till 37,44 miljoner kronor.

5.1.2.2 Individomsorg av vuxna

Vuxna personer som använder och har ett skadligt bruk/beroende av narkotika kan få olika typer av insatser av kommunen (31). Enligt statistik från Socialstyrelsen är frivillig vård med stöd i socialtjänstlagen den vanligaste insatsen inom individomsorgen för personer i någon form av ”missbruk och beroende”. Boendeinsatser är den näst vanligaste formen av insats och beskrivs i kapitel 5.1.2.6 om hemlöshet. Ekonomiskt bistånd (utbetalning av pengar) är också en insats och beskrivs i kapitel 5.1.2.3. Tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är en annan insats.

Frivillig vård

De totala kostnaderna för insatser för vård för vuxna personer med ”missbruksproblem” i kommunal regi uppgick till 9,0 miljarder kronor år 2020 enligt SCB (67). Det inkluderar tre huvudtyper av insatser; institutionsvård (3,4 miljarder kronor), familjehemsvård (0,2 miljarder kronor), öppna insatser såsom bistånd som avser boende och individuellt behovsprövade öppna insatser (5,4 miljarder kronor). Ofrivillig institutionsvård (LVM-vård) och bistånd som avser boende behandlas separat nedan. Om man drar bort dessa kostnader (522 miljoner för LVM-vård som finansierats av kommuner enligt SiS och 3,2 miljarder kronor för boende) från de totala kostnaderna är det 5,3 miljarder kronor kvar. De kvarstående kostnaderna består av frivillig institutionsvård, familjehemsvård och öppna insatser (individuellt behovsprövade öppna insatser såsom tolvstegsbehandling eller kognitiv beteendeterapi och andra öppna insatser) (31). Det finns inga uppgifter om i vilken utsträckning olika typer av ”missbruksproblem” hos vuxna personer orsakar dessa kostnader. Vi antog

²⁰ Spelberoende har ICD-10 kod F63.0, men en sådan noggrann uppdelning finns inte offentligt tillgänglig, vilket gör att antal vårdtillfällen för spelberoende överskattas något. Därmed underskattas andelen av narkotikabaserade vårdtillfällen något.

²¹ Kommunerna betalade 68 procent av dessa kostnader medan staten betalade resten via anslagsfinansiering (39). Här finns det en risk för dubbelräkning med tidigare beräknade kostnader för HVB-vård, eftersom SiS särskilda ungdomshem också är en form av HVB. Dock är de tidigare beräknade kostnaderna för HVB-vård små och också osäkrare jämfört med kostnaderna här.

²² Det är staten som betalar för hela verksamheten med sluten ungdomsvård (70).

en fördelning mellan olika problem som baserar sig på diagnosfördelningen i den specialiserade öppenvården. Där stod besök med narkotikarelaterade diagnoser (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) för omkring 53 procent av alla besök med beroenderelaterade diagnoser (utöver F11–F16 och F18–F19 inkluderade vi alkohol – F10, tobak – F17, spel – F63²³) bland personer som var 20 år och äldre år 2020 (36). Den totala kostnaden för frivillig vård blir därmed 2 806,14 miljoner kronor.

Tvångsvård enligt LVM

LVM-vård får personer som *”har ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel och är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Dennes vårdbehov kan inte tillgodoses på frivillig väg. Ännu en förutsättning är att personen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara och/eller riskerar att förstöra sitt liv eller befaras skada sig själv eller någon närstående.”* (38). Socialtjänsten i kommunen är ansvarig för beslut om omhändertagande utifrån LVM och gör en ansökan om tvångsvård hos förvaltningsrätten (71). Det är SiS som utför tvångsvård enligt LVM (så kallad ”missbruksvård”) (70). LVM-vård får pågå i högst sex månader (71).

År 2020 skedde 947 intagningar på LVM-hem (70). Av dessa var 279 till följd av narkotika, 42 till följd av både narkotika och alkohol och 216 till följd av alkohol, medan resterande intagningarna saknade registrerat skäl. Vi antog att intagningarna utan registrerat skäl följer en likadan fördelning som de med registrerat skäl och tillämpade därför en andel på 56 procent på dessa (och även de med blandade skäl). Det motsvarar en skattning på 534 intagningar på grund av narkotika. Vi tillämpade andelen på 56 procent på de totala kostnaderna av SiS för ”missbruksvården”²⁴ som uppgick till 861 miljoner kronor år 2020 (67). Den offentliga kostnaden för narkotikarelaterad LVM-vård blir därmed 485,29 miljoner kronor. Till skillnad från tvångsvård enligt LPT tas det vanligtvis ut en patientavgift för tvångsvård enligt LVM i enlighet med övrig slutenvård. Den genomsnittliga vårdtiden för LVM var 152 dagar år 2020 (70). Patientavgiften var 100 kronor per vård dygn (för vuxna) i alla regioner och minskade vanligtvis till 50 kronor per dygn efter de 30 första dagarna under 2020 (34). Den totala privata kostnaden för LVM-vård blir 4,86 miljoner kronor. Summan av offentliga och privata kostnader för LVM-vård skattas till 490,15 miljoner kronor.

5.1.2.3 Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd är en åtgärd som socialtjänsten kan vidta för att ge stöd till personer i ekonomiska svårigheter för att klara sin försörjning. Varje kommuns socialtjänst har ansvar att handlägga och betala ut ekonomiskt bistånd. Pengarna som överförs från kommunen till en biståndsmottagare utgör

²³ Spelberoende har ICD-10 kod F63.0, men en sådan noggrann uppdelning finns inte offentligt tillgänglig, vilket gör att antal besök för spelberoende överskattas något. Därmed underskattas andelen av narkotika-baserade besök något.

²⁴ Kommunerna betalade 68 procent av dessa kostnader medan staten betalade resten via anslagsfinansiering (39).

inga direkta kostnader eftersom det enbart sker en transferering av skattemedel inom samhället. Däremot utgör kommunernas kostnader för det administrativa arbetet en direkt kostnad.

Enligt SCB var kommunernas totala kostnad för ekonomiskt bistånd 15,6 miljarder kronor år 2020 (67). Av detta var 11,9 miljarder kronor utbetalningar till biståndsmottagare (72). Mellanskillnaden på 3,7 miljarder kronor utgörs av kostnader för administrering och handläggning. Av det ekonomiska biståndet kan 15 procent relateras till alkohol och narkotika enligt en tidigare uppskattning av Socialstyrelsen från 2003 (10). I brist på en uppdelning mellan alkohol och narkotika utgick vi från fördelningen av antal vårdtillfällen inom slutenvården där 49 procent utgjordes av narkotika (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) och resten av alkohol (ICD-10 kod F10) år 2020 (36). Den totala narkotikarelaterade kostnaden för administrering och handläggning av ekonomiskt bistånd blir därmed 273,69 miljoner kronor.

5.1.2.4 Budget- och skuldrådgivning

Som nämnt i föregående avsnitt kan personer med narkotikabruk hamna i ett svårt ekonomiskt läge. Ett sätt att hjälpa dessa personer är genom kommunernas budget- och skuldrådgivning.

Sammanlagt lades 266 årsarbetskrafter på verksamheten med budget- och skuldrådgivning i alla kommuner under 2020 (73). För att beräkna kostnaden av verksamheten (enbart personalkostnaden) antas det att rådgivning utförs av en socialsekreterare, vars genomsnittliga månadslön var 35 900 kronor år 2020 enligt SCB (74). Efter att ha inkluderat sociala avgifter på runt 43 procent²⁵ hamnar årslönen på runt 616 000 kronor per arbetskraft och den totala personalkostnaden på 163,87 miljoner kronor. Det finns inga publicerade uppgifter om hur stor andel av alla ärenden som kan kopplas till narkotika. Vi kontaktade budget- och skuldrådgivningen i Lunds kommun för att få en uppskattning på denna andel, vilket skattades till 4 procent.²⁶ Vi antog att denna andel är representativ för hela landet, vilket resulterar i en personalkostnad för narkotikarelaterad budget- och skuldrådgivning på 6,55 miljoner kronor.

5.1.2.5 Kronofogden

När personer med narkotikabruk börjar skuldsätta sig på grund av sin användning uppstår en kostnad för Kronofogden (en statlig myndighet) som behandlar ansökningar av borgenär (dvs. fysisk eller juridisk person som lånat ut pengar till en person som använder narkotika) om betalningsföreläggande mot gäldenär (dvs. personen som använder narkotika) och som driver in skulder. När skulderna har blivit alldeles för höga finns det möjlighet att ansöka om skuldsanering hos Kronofogden som innebär att överskuldsatta personer helt eller delvis kan befrias från sina skulder. Kronofogden har samverkan med kommunernas budget- och skuldrådgivare för att ge bättre stöd till

²⁵ Lagstadgad arbetsgivaravgift (31,42 %) plus genomsnitt av avtalsförsäkringar och avtalade pensionsavsättningar (75).

²⁶ Uppgifter via e-post från Marie Magnusson hos Lunds kommun.

överskuldssatta personer och få fler att ansöka om och genomgå skuldsanering. Skuldsatta personer kan även försättas i personlig konkurs och Kronofogden agerar som tillsynsmyndighet i dessa ärenden.

Enligt Kronofogden var cirka 408 000 privatpersoner gäldenärer inom verksamhetsområde ”verkställighet och indrivning” år 2020 (76). I enlighet med uppgifter för kommunernas budget- och skuldrådgivning antog vi att 4 procent av alla gäldenärer hade mål kopplade till narkotika, samtidigt som en kausalitetsjustering (80 procent) gjordes. Vidare antog vi att varje narkotikarelaterad gäldenär enbart hade ett mål hos Kronofogden. Styckkostnaden per avslutat verkställighets- och indrivningsmål var 783 kronor (76). Den totala narkotikarelaterade kostnaden blir 10,23 miljoner kronor.

Enligt Kronofogden ansökte 39 235 privatpersoner om skuldsanering eller omprövning av deras skuldsaneringsärende år 2020 (76). I enlighet med uppgifter för kommunernas budget- och skuldrådgivning antog vi att 4 procent av alla personer hade ett ärende kopplade till narkotika, samtidigt som en kausalitetsjustering (80 procent) gjordes. Styckkostnaden per avslutat skuldsaneringsärende var 7 224 kronor (76). Den totala narkotikarelaterade kostnaden blir 9,07 miljoner kronor.

Enligt Kronofogden var antalet inkomna konkursärenden 7 873 år 2020 (76), varav omkring 1 200 ärenden avsåg privatpersoner.²⁷ I enlighet med uppgifter för kommunernas budget- och skuldrådgivning antog vi att 4 procent av alla personer hade ett ärende kopplade till narkotika, samtidigt som en kausalitetsjustering (80 procent) gjordes. Styckkostnaden per avslutat konkursärende var 6 156 kronor år 2020 (76). Den totala narkotikarelaterade kostnaden blir 0,24 miljoner kronor.

5.1.2.6 Hemlöshet

För personer med skadligt bruk/beroende av narkotika kan det gå så långt att man till slut blir hemlös. Hemlöshet utgör en kostnad för kommuner som tillhandahåller boende till hemlösa personer.²⁸ Totalt befann sig drygt 5 900 personer (2 400 kvinnor och 3 500 män) i akut hemlöshet²⁹ under vecka 14, 2017 enligt Socialstyrelsen (78). Andelen personer som uppgav behov av stöd, insatser, behandling eller omvårdnad för sitt ”missbruk eller beroende” utöver själva boendet var 32 procent (kvinnor 18 procent, män 42 procent). 75 procent av dessa kvinnor och 67 procent av dessa män missbrukade eller var beroende av narkotika. Samtidigt uppgav 42 procent av männen att deras ”missbruks- och beroendeproblem” hade bidragit till den nuvarande hemlösheten, medan bland kvinnor var denna andel troligtvis mindre än 20 procent (ej redovisat exakt). Dessa svar pekar på att hemlöshet både kan vara en orsak till narkotikaanvändning och kan vara orsakad av narkotikaanvändning. Vi antog

²⁷ Kronofogden verkar ha slutat redovisa andelen privatpersoner som sattes i personlig konkurs. År 2018 uppgick denna andel till cirka 15 procent och tillämpades här för år 2020 (77).

²⁸ Även ideella organisationer engagerar sig för hemlösa personer och deras arbete utgör också en kostnad, men vi kunde inte hitta användbara uppgifter för att kvantifiera omfattningen av detta arbete.

²⁹ Akut hemlöshet innebär att personen är hänvisad till akutboende, jourboende, härbärge, men även personer som sover utomhus eller i tält, bil, husvagn, m.m. ingår.

att narkotikaanvändning orsakade hälften (50 procent kausalitetsjustering) av de 22 procenten³⁰ av fall med personer med narkotikarelaterad akut hemlöshet. Det motsvarar 665 personer.

Samma typ av beräkning gjordes också för hemlösa personer i långsiktiga boendeformer³¹ som bekostas av kommunen. Totalt befann sig drygt 15 800 personer (7 000 kvinnor och 8 800 män) i långsiktiga boendeformer under vecka 14, 2017 enligt Socialstyrelsen (78). Andelen personer som uppgav behov av stöd, insatser, behandling eller omvårdnad för sitt ”missbruk eller beroende” utöver själva boendet var 25 procent (kvinnor 14 procent, män 33 procent). 57 procent av dessa kvinnor och 58 procent av dessa män missbrukade eller var beroende av narkotika. Samtidigt uppgav 32 procent (42 procent av männen och 19 procent av kvinnorna) att deras ”missbruks- och beroendeproblem” hade bidragit till den nuvarande hemlösheten. Vi antog att narkotikaanvändning orsakade hälften (50 procent kausalitetsjustering) av de 19 procenten³² av fall med personer med narkotikarelaterade långsiktiga boendeformer. Det motsvarar 1 470 personer.

De flesta (83 procent) av personer i akut hemlöshet bodde på ett fast boende (akutboende, jourboende, härbärke) och alla personer (100 procent) i långsiktiga boendeformer (78), som vi antog betalas av kommunen. Enligt en rapport från Malmö kommun var kostnaden per boendedygn i genomsnitt 282 kronor år 2018 (79), vilket vi antog är representativt för hela landet. Vi antog också att hemlösheten varade hela året, eftersom uppgifter från Socialstyrelsen visade att hälften av alla personer i akut hemlöshet (trots dess namn) hade varit hemlösa i minst ett år och likaså nästan alla personer i långsiktiga boendeformer (78). Den totala kostnaden för hemlöshet kopplat till narkotika blir därmed 213,06 miljoner kronor i 2020 års penningvärde.

5.1.3 Rättsväsende

Användning av narkotika är förbjudet i Sverige. Det inkluderar exempelvis köp, innehav, försäljning, odling, framställning, m.m. Det finns flera brott som är direkt relaterade till narkotika. Dels omfattar det brott enligt narkotikastrafflagen (1968:64), dels narkotikarattfylleri enligt trafikbrottslagen (1951:649). De vanligaste typerna av brott enligt narkotikastrafflagen var eget bruk (47 procent) och innehav (43 procent), medan överlåtelse/langning (9 procent) och framställning (1 procent) var mycket mindre vanliga under 2020 (80).

Det finns också brottstyper som är indirekt relaterade till narkotika. Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) är narkotika inblandat i brott relaterade till gängvåld, skjutningar och andra grova våldsbrott (81). I sin senaste rapport om organiserad brottslighet slår Europol (Europeiska unionens byrå för samarbete inom brottsbekämpning) också fast att ”mycket av våldet i samband med grov och

³⁰ Produkt av uppskattningsvis 32 procent som uppgav ”missbruk” som en bidragande orsak och 71 procent (genomsnitt av 75 procent kvinnor och 67 procent män) som relaterar till narkotika.

³¹ Socialt kontrakt, kommunalt kontrakt, referensboende, försökslägenhet, m.m.

³² Produkt av 32 procent som uppgav ”missbruk” som en bidragande orsak och 58 procent (genomsnitt av 57 procent kvinnor och 58 procent män) som relaterar till narkotika.

organiserad brottslighet är relaterat till handeln med narkotika” (82). Uppgifter om hur många sådana brott som entydigt kan knytas till narkotika fattas. Därför inkluderas inga uppskattningar om dem i denna studie.

Brottsutredningar innebär en kostnad för polisen. Brott som lagförs innebär en kostnad för domstolarna. Om en person döms till fängelse eller frivård innebär det en kostnad för Kriminalvården. Därutöver gör Tullverket kontroller för att förhindra införsel (smuggling) av narkotika in i landet, vilket också medför kostnader och leder till ärenden i domstol.

5.1.3.1 Polisen

Enligt Brå anmäldes omkring 124 000 narkotikabrott och 16 800 brott om rattfylleri under påverkan av enbart narkotika (drograttfylleri) år 2020 (83). Enligt polisen uppgick antalet inkomna narkotikabrottsärenden³³ till drygt 73 400 och trafikbrottsärenden till 150 000 år 2020 (84). Inte alla inkomna ärenden utreds dock utan somliga läggs ned direkt. Under 2020 bearbetades runt 73 500 narkotikabrottsärenden och 77 600 trafikbrottsärenden av polisen (84). Polisen redovisar inga uppgifter om hur många drograttfylleribrottsärenden som fanns bland trafikbrottsärenden. Enligt Brå utreddes det 17 300 drograttfylleribrott av totalt 67 700 utredda trafikbrott (85), motsvarande en andel på 26 procent. Vi tillämpade denna andel på antalet bearbetade trafikbrottsärenden av polisen för att få en uppskattning på antalet drograttfylleribrottsärenden (drygt 19 800). Styckkostnaden i utredningsverksamheten per ärende om narkotikabrott var 29 241 kronor och per ärende om trafikbrott 3 333 kronor år 2020 enligt polisen (84). Den totala kostnaden för polisens narkotikarelaterade brottsutredningar blir således 2 214,95 miljoner kronor.

Polisens verksamhet inbegriper också brottsförebyggande arbete. Drygt 10 miljoner arbetstimmar lades på brottsförebyggande arbete under 2020 (84). Antal brottsförebyggande insatser som avser narkotikabrott och trafikbrott var 36 respektive 20 (4 för drograttfylleri om man tillämnar en andel som motsvarar andelen anmälda brott) av totalt 174 insatser (84), motsvarande en andel på 23 procent.³⁴ Polisen redovisar ingen kostnad per arbetstimme för denna verksamhet. Vi beräknade en kostnad per arbetstimme utifrån den genomsnittliga månadslönen för en polis som var 36 800 kronor år 2020 (86), vilket blir 52 600 kronor inklusive sociala avgifter på runt 43 procent. Med en arbetstid om 160 timmar i månaden innebär det en timkostnad på 239 kronor. Den totala kostnaden för polisens narkotikarelaterade förebyggande arbete blir således drygt 535,5 miljoner kronor.

5.1.3.2 Domstolar

Utredda brott av polisen som leder till lagföring behandlas i tingsrätten och vi antog att inga ärenden går vidare till högre instanser. Enligt polisen var antalet narkotikabrottsärenden som redovisades till åklagare 39 698 år 2020 (84). Antalet trafikbrottsärenden som redovisades till åklagare var 44 125

³³ Ett ärende kan innehålla flera brott.

³⁴ Vi antog att alla insatser kräver samma antal arbetstimmar i brist på bättre information.

och vi antog att 26 procent av dessa avsåg drograttfylleribrott (enligt fördelningen av utredda brott; se föregående avsnitt). Det framgår av Sveriges Domstolars årsredovisning att genomsnittskostnaden för ett brottsmål i tingsrätten var 12 684 kronor år 2020 (87). Den totala kostnaden för tingsrätten som kan kopplas till narkotika blir således 646,55 miljoner kronor.

Lagen om vård av missbruk (LVM) utgör även en kostnad för rättsväsendet eftersom beslutet om omhändertagandet ska bekräftas av förvaltningsrätten. Enligt kapitel 5.1.1.4 uppgick antalet som fick narkotikarelaterad LVM-vård till 534 år 2020. Den genomsnittliga styckkostnaden för ett mål hos förvaltningsrätten uppgick till 7 448 kronor år 2020 (87). Kostnaden för förvaltningsrätten blir därmed 3,98 miljoner kronor.

5.1.3.3 Kriminalvården

Under 2020 var det totalt 3 046 personer som dömdes till fängelse och som intogs på anstalt (fängelse) på grund av narkotikabrott eller narkotikasmuggling enligt uppgifter från Kriminalvården (88). Dessa personer dömdes till sammanlagt knappt 1,3 miljoner dagars fängelse (88),³⁵ vilket motsvarar en genomsnittlig strafftid på 416 dagar per person. Vidare var det 607 personer som intogs på anstalt på grund av rattfylleri och som dömdes till totalt drygt 26 000 dagars fängelse, vilket motsvarar en genomsnittlig strafftid på 44 dagar per person. Vi antog att 26 procent av dessa personer intogs på grund av drograttfylleri (enligt fördelningen av utredda brott; se kapitel 5.1.3.1). Som huvudregel sitter personer bara under två tredjedelar av sin utdömda strafftid i fängelse (så kallad villkorlig frigivning). Vi antog att alla personer fick straffrabatt. Det framgår av Kriminalvårdens årsredovisning att vårddygnskostnaden för anstalt uppgick till 3 198 kronor år 2020 (89). Den totala narkotikarelaterade kostnaden för fängelse blir således 2 715,72 miljoner kronor.

Frivård är en annan påföljd som man kan dömas till för brott och som Kriminalvården har hand om. Under 2020 påbörjades det totalt 10 250 verkställigheter inom frivården bestående av antingen skyddstillsyn, villkorlig dom med samhällstjänst, eller intensivövervakning med elektronisk kontroll (fotboja) (88). 3 564 verkställigheter avsåg narkotikabrott eller narkotikasmuggling och ytterligare 1 873 verkställigheter avsåg rattfylleri (88), varav vi antog att 26 procent berodde på drograttfylleri (enligt fördelningen av utredda brott; se kapitel 5.1.3.1). Det motsvarar drygt 4 000 narkotikarelaterade verkställigheter eller 35 procent av alla verkställigheter. Vi tillämpade andelen på 35 procent på Kriminalvårdens totala kostnader för frivård,³⁶ som uppgick till 1,2 miljarder kronor år 2020 (89). Den totala narkotikarelaterade kostnaden för frivård blir därmed 419,14 miljoner kronor.

³⁵ Egna beräkningar baserade på den redovisade fördelningen av dömda personer till narkotikabrott/narkotikasmuggling efter olika strafftidsintervaller.

³⁶ Kostnader för frivård beräknas här utifrån en top-down ansats till skillnad från kostnader för fängelse. Det beror på att det saknas uppgifter om strafftider fördelat på olika brottstyper i Kriminalvårdens offentligt tillgängliga statistik för frivård.

5.1.3.4 Tullen

Enligt Tullverkets årsredovisning gjordes totalt 94 000 fysiska kontroller år 2020, vilket ledde till drygt 7 200 beslag av narkotika och dopningsmedel (90), varav knappt 6 500 enbart avsåg narkotika. Styckkostnaden för tullen per beslag uppgick till 20 861 kronor (90). Den totala kostnaden för narkotikabeslag blir således 135,30 miljoner kronor. År 2020 gjordes dessutom totalt 1 459 narkotikasmugglingsutredningar (90). Styckkostnaden för tullen per utredning uppgick till 125 210 kronor. Den totala kostnaden för brottsutredningar för narkotikasmuggling blir därmed 182,68 miljoner kronor. Den totala narkotikarelaterade kostnaden för tullen blir 317,99 miljoner kronor.

5.1.4 Arbetsgivare

När en person har fått lämna/avskedats från sitt arbete på grund av narkotikabruk uppstår en kostnad för arbetsgivaren. Arbetsgivaren kommer att vara tvungen att ersätta personen, vilket kräver resurser för rekrytering. Dessutom ansvarar arbetsgivare för att tillhandahålla en god arbetsmiljö vilket även innefattar hjälp vid narkotikabruk. Det säkerställer många arbetsgivare genom att betala särskilda företag för att utföra företagshälsovård.

5.1.4.1 Rekrytering

Det finns inga direkta uppgifter i någon svensk undersökning om hur många personer som har blivit arbetslösa till följd av narkotikabruk. Däremot innehåller nationella folkhälsoenkäten bakgrundsinformation om personens sysselsättning vid tidpunkten för enkäten. Tabell 4 visar hur många personer som angav att de hade varit ”arbetslösa” i åldersgruppen 16–64 år. För att beräkna kostnaderna för rekrytering räknar vi bort den underliggande andelen av personer som är arbetslösa i befolkningen enligt enkätuppgifter (genom att använda oss av personer utan narkotikabruk) från den uppmätta andelen bland personer med narkotikabruk i ett första steg; se Tabell 4. Den observerade överskjutande andelen av arbetslöshet skulle kunna ha orsakats av narkotikabruk, men samtidigt skulle även arbetslösheten kunna vara det som orsakat narkotikabruk. Enligt Socialstyrelsen brukar personer med ett ”missbruk” uppge att arbetslöshet är ett problem som uppstått till följd av missbruket (2), samtidigt som annan forskning tyder på att det omvända också gäller (91). Eftersom orsakssambandet tycks gå i båda riktningarna, antas det att hälften (50 procent kausalitetsjustering) av den överskjutande andelen av arbetslöshet har orsakats av narkotikabruk.

Tabell 4: Arbetslöshet i nationella folkhälsoenkäten 2018 och 2020, 16–64 år

	Andel som är arbetslösa
Personer med narkotikaanvändning	10,6 %
Personer utan narkotikaanvändning	5,3%
Skillnad i andel mot "utan narkotikaanvändning"	+5,3%

Noter: Tabellen visar andelen personer som angav "arbetslös" som nuvarande sysselsättning. Notera att 100 procent motsvarar alla personer (och ej enbart personer i arbetskraften så som i SCB:s statistik) mellan 16–64 år som svarade på frågan om sin nuvarande sysselsättning i nationella folkhälsoenkäten. Andelarna beräknades utifrån de samlade svaren för 2018 års och 2020 års enkäter. Uppgifterna är inte åldersstandardiserade. Källa: Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten.

Utifrån uppgifter från nationella folkhälsoenkäten om att 4,4 procent av befolkning har använt narkotika under det senaste året i åldersgruppen 16–64 år,³⁷ åldersgruppens storlek (6 334 000) enligt SCB (92), samt den överskjutande och kausalitetsjusterade andelen narkotikaorsakad arbetslöshet, resulterar det i runt 7 400 personer som är arbetslösa till följd av narkotikabruk. Vi antog att alla dessa personer har blivit arbetslösa under år 2020.³⁸

Vi följde tidigare studier och antog att arbetsgivarens kostnad för rekrytering motsvarar omkring 10 procent av en genomsnittlig årslön (inkl. sociala avgifter på runt 43 procent) (26).³⁹ Den genomsnittliga månadslönen i Sverige var 36 100 kronor år 2020 enligt SCB (95), vilket motsvarar en årslön på 619 500 kronor inklusive sociala avgifter. Den totala kostnaden för arbetsgivare för rekrytering blir således 457,5 miljoner kronor.

5.1.4.2 Företagshälsovården

Företagshälsovården är en extern resurs som arbetsgivare kan ge sina anställda och som framför allt syftar till att förebygga ohälsa på arbetsplatsen. Det innefattar exempelvis ergonomiska insatser, arbetsanpassning efter en sjukskrivning, åtgärder mot psykisk ohälsa, läkarundersökningar och hälsokontroller, hjälp med stresshantering och även hjälp vid skadligt bruk/beroende av narkotika och alkohol (96). Arbetsmiljöupplysningen uppskattar att ungefär 65 procent av alla sysselsatta har tillgång till företagshälsovård (97). Det finns inga säkra uppgifter om hur mycket som företags-hälsovården kostar totalt, men branschorganisationen för företagshälsovårdsföretag, Sveriges Företagshälsor, uppskattar att omsättningen ligger på omkring 4 miljarder kronor (98). Det saknas också aktuella uppgifter om hur stor andel av dessa kostnader som relaterar till narkotika. En rapport

³⁷ Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten, som baserar sig på de samlade svaren från 2018 års och 2020 års enkäter.

³⁸ Frågan i folkhälsoenkäten ger bara en ögonblicksbild av nuvarande sysselsättning. Vissa personer som uppgav att de är arbetslösa hade kanske redan varit det innan årets början, i vilket fall som dessa personer räknas med här men som inte borde räknas med. Å andra sidan finns det vissa personer som uppgav att de är sysselsatta, men som antingen tidigare eller senare på året var arbetslösa respektive blev arbetslösa, i vilket fall som dessa personer ej räknas med här men som borde räknas med. Medianlängden av arbetslöshetstiden var i intervallet 5–26 veckor enligt SCB år 2020 (93).

³⁹ En svensk rapport av fackförbundet Vision uppskattade kostnaden av en rekrytering till 50 200 kronor år 2015, vilket liknar vår uppskattning på 61 900 kronor år 2020 (94). Uppskattningen i Visions rapport gäller kostnader för rekryteringsförfarande och introduktion på jobbet, och vi bortser från övriga kostnader för inskolning och avveckling av vakanser.

från Statskontoret fann att 1,9 procent av företagshälsovårdens olika aktiviteter relaterade till alkohol och narkotika år 2001 (99), men saknar en noggrannare uppdelning mellan alkohol och narkotika. Vi antog att denna andel på 1,9 procent fortfarande är representativ år 2020 och tillämpade den på de totala kostnaderna. Vidare antog vi att narkotika utgjorde 54 procent av den resulterade kostnaden enligt diagnosfördelningen mellan alkoholrelaterade diagnoser (ICD-10 kod F10) och narkotika-relaterade diagnoser (ICD-10 kod F11–F16 och F18–F19) i den specialiserade öppenvården (36). Den totala kostnaden för arbetsgivare för narkotikarelaterad företagshälsovård blir således 41,04 miljoner kronor.

5.1.5 Prevention, forskning, tillsyn

Det finns ett flertal statliga och kommunala insatser som är inriktade på prevention av narkotikabruk. Ideella organisationers arbete med narkotika har också till stor del ett preventivt syfte. Statliga forskningsmedel fördelas på olika forskningsprojekt och tillsyn utövas också på statlig nivå.

5.1.5.1 Prevention

Folkhälsomyndigheten

Förebyggande av narkotikabruk är en central del av Folkhälsomyndighetens verksamhet. Inom verksamhetsområdet ”Kunskap” hade en del av Folkhälsomyndighetens samlade kostnader på 396,5 miljoner kronor en koppling till narkotika år 2020 (100).⁴⁰ Det gäller exempelvis olika undersökningar (nationella folkhälsoenkäten), kostnader för redovisning av statistik (Folkhälsodata, FolkhälsoStudio, Indikatorlabbet), framtagning av kunskapsstöd (olika rapporter) och utvärdering av hälsoinsatser. Det är dock svårt att uppskatta en andel som specifikt relaterar till narkotika. Inom uppdraget om ANDT-strategin 2016–2020 fördelar Folkhälsomyndigheten statsbidrag till ideella organisationer, regioner, kommuner och myndigheter. Även vissa organisations- och verksamhetsbidrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention har en tydlig narkotikakoppling. Utifrån en genomgång av beviljade medel för 2020 identifierades sex bidragstagare med koppling till narkotika (101).⁴¹ Den totala summan av beviljade bidrag uppgick till 7,13 miljoner kronor och därav tas 5,01 miljoner kronor med i beräkningar här medan resten tas med nedan i avsnittet om ideella organisationer.

⁴⁰ Folkhälsomyndigheten hade flera regeringsuppdrag relaterade till narkotika under 2020. Ett uppdrag om att ”stödja genomförandet av en samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopings- och tobakspolitiken 2016–2020”, ett annat om ”Samordnande myndighet för samverkan mot alkohol och droger i trafiken SMADIT” och ett tredje om att ”föreslå åtgärder för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika”.

⁴¹ Högskolans Dalarna (Jag & min familj) 1,1 miljoner kr, Karolinska institutet (Prevention av bensodiazepinberoende i primärvården) 1,9 miljoner kr, Centrum för psykiatriforskning (CRAFT som stöd för anhöriga till ungdomar med alkohol och drogproblem), 2,0 miljoner kr, Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- & narkotikabrukare 0,9 miljoner kr, Föräldraföreningen Mot Narkotika 0,6 miljoner kr, Maskrosbarn 0,7 miljoner kr.

Inom verksamhetsområdet ”EU-arbete och internationellt samarbete” hade också en del av de samlade kostnaderna på 31,2 miljoner kronor en koppling till narkotika år 2020 (100). Inom narkotikaområdet fanns exempelvis ett nära samarbete med EU:s narkotikabyrå (EMCDDA). Även här är det svårt att uppskatta en andel som specifikt relaterar till narkotika och därför beräknades inga kostnader.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen ansvarar också för frågor om alkohol och missbruksmedel med en preventiv inriktning (102). Det omfattar exempelvis uppföljning och kunskapsutveckling inom ANDT-området i form av faktablad, lägesrapporter och öppna jämförelser. Ett exempel som publicerades under 2020 var kunskapsstöd om LARO. Därutöver ansvarar Socialstyrelsen för att utbilda och stödja regionala utbildare med den standardiserade metoden Addiction Severity Index som används inom socialtjänsten för att utreda och bedöma klienters behov av insatser när det gäller alkohol- och narkotikarelaterade problem. Socialstyrelsens totala kostnader uppgick till 1,4 miljarder kronor år 2020 (102). Det är dock svårt att uppskatta en andel som specifikt relaterar till narkotika och därför beräknades inga kostnader.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

CAN har en verksamhet med en preventiv inriktning, som handlar om att sprida kunskap om konsumtions- och skadeutvecklingen av alkohol och andra droger i samhället. CAN:s totala kostnader uppgick till 31,2 miljoner kronor år 2020 (103). CAN hade ett fokus på alla områden inom ANDTS under 2020. I brist på en specifik andel av verksamheten som avser narkotika antog vi att narkotika stod för en femtedel. Därmed blir den uppskattade kostnaden för narkotika 6,24 miljoner kronor.

Stödlinjer

Droghjälpen är en stödlinje där både personer som använder narkotika och närstående kan få stöd. Stödlinjen inrättades hos Beroendecentrum Stockholm som är en del av Stockholms läns sjukvårdsområde 2018. Under 2020 ringdes 2 588 samtal till Droghjälpen och knappt 300 frågor kom in via deras webbplats (104). Enligt uppgifter⁴² från Droghjälpen motsvarade verksamheten i sin helhet ungefär 1,4 heltidstjänster samt omkring 50 000 kronor i övriga kostnader under 2020. Vi antog att arbetet utfördes av personal motsvarande socialsekreterare vars genomsnittliga månadslön var 35 900 kronor år 2020 enligt SCB (74). Efter att ha inkluderat sociala avgifter på runt 43 procent hamnar årslönen på runt 616 000 kronor per heltidstjänst. Kostnaden för personal samt övriga kostnader skattas därmed till 0,9 miljoner kronor.

⁴² Uppgifter via e-post från Droghjälpen.

En allmän stödlinje är Vårdguiden 1177 dit personer som söker stöd kan ringa. Det saknas uppgifter om hur mycket av dess verksamhet som relaterar till narkotika.

UMO (Ungdomsmottagning på nätet) är en webbplats som riktar sig till unga personer mellan 13 och 25 år och erbjuder stöd och information inom en lång rad områden inklusive narkotika (105). UMO finansieras av regionerna. Inga publicerade kostnader av verksamheten hittades.

Webbplatsen Drugsmart.com drivs av CAN och ger möjlighet för ungdomar och vuxna att anonymt ställa frågor om narkotika. Dess kostnader är inkluderade i CAN:s verksamhet ovan.

Ideella organisationer

Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) erbjuder stöd för anhöriga till personer som använder narkotika. Inga uppgifter om organisationens kostnader hittades för år 2020, men år 2019 uppgick kostnaderna till 0,9 miljoner kronor och budgeten för 2021 var på 1,2 miljoner kronor (106, 107). Under 2020 fick FMN också 0,6 miljoner kronor i form av verksamhetsbidrag från Folkhälsomyndigheten (101). Vi antog en kostnad på 0,9 miljoner kronor för år 2020 i beräkningarna.

Maskrosbarn erbjuder stöd till barn som har en förälder med ett skadligt bruk/beroende (inkl. narkotika), psykisk sjukdom eller som utsätter barn för våld (108). Föreningens kostnader uppgick till 18,7 miljoner kronor år 2020, dock är det oklart hur stor andel som relaterar till narkotika. Under 2020 fick Maskrosbarn 0,7 miljoner kronor i form av verksamhetsbidrag från Folkhälsomyndigheten (101). Vi antog en kostnad på 0,7 miljoner kronor för år 2020 i beräkningarna.

Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare (RFHL) erbjuder också samtal och andra aktiviteter, antingen enskilt eller i grupp (109). Inga publicerade kostnader av verksamheten hittades för år 2020, men RFHL fick 0,9 miljoner kronor i form av statsbidrag från Folkhälsomyndigheten det året (101). Vi antog en kostnad på 0,9 miljoner kronor för år 2020 i beräkningarna.

Det finns åtminstone två organisationer som inte erhållit bidrag från Folkhälsomyndigheten under 2020 men som gjorde det 2021. Den ena är Verdandi som är en organisation som bland annat verkar för ett drog- och alkoholskadefritt samhälle. Dess totala verksamhetskostnader uppgick till 8,8 miljoner kronor år 2020 (110), men det saknas uppgifter om hur stor andel som relaterar till narkotika. Den andra är Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS) som är en organisation som verkar för en restriktiv narkotikapolitik och arbetar med kunskapspridning, egna drogförebyggande projekt och opinionsbildning och politisk påverkan (111). Det finns inga publicerade kostnader av dess verksamhet.

Därutöver finns det en rad andra enskilda organisationer såsom Anonyma Narkomaner (NA), Unga Drogförebyggare, Riksförbundet Kontraktsmetoden, Sällskapen Länkarnas riksförbund, Riksförbundet SIMON (Svenskar och invandrade mot narkotika), Hela Människan, Riksförbundet

Anhöriga Mot Droger och paraplyorganisationer/nätverk/samarbetsorgan såsom Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor (KSAN), Narkotikapolitiskt Center, Sveriges Landsråd för Alkohol- och Narkotikafrågor (SLAN). Publicerade kostnader om verksamheten av alla dessa organisationer saknas och många har också en verksamhet som inte bara riktar sig mot narkotika. Därför beräknades inga kostnader för dessa organisationer.

De samlade kostnaderna för ideella organisationer blir 2,47 miljoner kronor, vilket utgör en underskattning i brist på fullständig information om organisationernas kostnader. Därtill kommer kostnader för oavlönat arbete av ideella organisationer som inte heller togs med i beräkningarna.

Kommuner

Kommuner jobbar aktivt med förebyggande arbete inom ANDT-området. Baserat på uppgifter från Folkhälsomyndighetens årliga datainsamling, Länsrapportens undersökning, framgår att den kommunala arbetstiden för att samordna och planera hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbete uppgick till 84,5 årsarbetskrafter år 2019 (112).⁴³ För att beräkna kostnaden av verksamheten (enbart personalkostnaden) antog vi att arbetet utförs av en planerare/utredare i kommunen,⁴⁴ vars genomsnittliga månadslön var 37 200 kronor år 2020 enligt SCB (74). Efter att ha inkluderat sociala avgifter på runt 43 procent hamnar årslönen på runt 638 000 kronor per arbetskraft. Den totala personalkostnaden för kommunala ANDT-samordnare blir därmed 53,94 miljoner kronor. Vi antog att denna funktions tid för det arbetet som är narkotikarelaterat uppgick till en fjärdedel. Därmed blir den uppskattade kostnaden för narkotika 13,49 miljoner kronor.⁴⁵

Kommuner försöker lägga grunden för ett förebyggande arbete redan i skolan. Det finns aktuella uppskattningar om hur mycket tid som läggs på undervisning om ANDTS. I Socialstyrelsens hälsoekonomiska studie om alkohol och narkotika från 2010 uppskattades det att elever från och med årskurs 4 får 30 timmars ANT-undervisning (5 timmar x 6 läsår) i grundskolan och 15 timmars ANT-undervisning i gymnasieskolan (5 timmar x 3 läsår) (10). Det motsvarar 0,4 procent av grundskolans totala garanterade undervisningstimmar på 6 890 timmar (113), och 0,7 procent av gymnasiets totala garanterade undervisningstimmar på i genomsnitt 2 305 timmar⁴⁶ (114). Vi tillämpade dessa andelar på kommunernas totala kostnader för grundskolan (inkl. grundsärskolan) och gymnasieskolan (inkl. gymnasiesärskolan) som uppgick till 137 miljarder kronor respektive 49 miljarder kronor år 2020 (115). Vidare antog vi att narkotika avser en tredjedel av ANT-undervisningen. Därmed blir den uppskattade kostnaden för narkotika 306,10 miljoner kronor.

⁴³ 270 (av 290) kommuner ingick i datainsamlingen år 2019 (112).

⁴⁴ SSK 2422.

⁴⁵ Här finns det en risk att vi dubbelräknar kostnader eftersom kommunernas individomsorg för vuxna personer beräknades utifrån en top-down ansats i kapitel 5.1.2.2, och det är möjligt att dessa kostnader redan är inkluderade i kategorin ”övriga öppna insatser”.

⁴⁶ Genomsnitt av 2 180 undervisningstimmar för högskoleförberedande program och 2 430 undervisningstimmar för yrkesprogram.

Länsstyrelser

Kommunernas ANDT-samordnare stöds av länsstyrelsernas ANDT-samordnare (112). Enligt uppgifter från Folkhälsomyndigheten uppgick länsstyrelsernas arbete till motsvarande 22,93 årsarbetskrafter för ANDT för verksamhetsåret 2020.⁴⁷ Med samma antagande som för de kommunala samordnarna, dvs. att en fjärdedel kan tillskrivas narkotikarbetet, blir det totalt 5,7 årsarbetskrafter som ägnar sig åt arbete med narkotika. För att beräkna kostnaden av verksamheten (enbart personalkostnaden) antog vi att arbetet utförs av en planerare/utredare i regionen,⁴⁸ vars genomsnittliga månadslön var 43 300 kronor år 2020 enligt SCB (116). Efter att ha inkluderat sociala avgifter på runt 43 procent hamnar årslönen på runt 734 000 kronor per arbetskraft. Personalkostnaden för arbete som avser narkotika av länsstyrelsernas ANDT-samordnare blir därmed 4,26 miljoner kronor.

5.1.5.2 Forskning

Bortsett från egen forskning kring narkotikabruk av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen delas det även ut statliga forskningsanslag från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). Inom ANDTS-området finns det fyra program som har fått forskningsanslag från Forte för perioden 2016 till 2022 (117). Tre av dessa program inkluderar narkotika och var och en har ett anslag på 18 miljoner kronor.⁴⁹ I två av dessa program (ett hos Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet och ett hos Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet) kretsar forskningen kring både narkotika och alkohol och vi antog att hälften av kostnaden avser narkotika. I det tredje programmet (hos Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet) kretsar forskningen kring narkotika, alkohol och tobak och vi antog att en tredjedel av kostnaden avser narkotika. Eftersom programmen löper över sju år från 2016 till 2022 antog vi att en sjundedel av kostnaden uppstod under 2020. Det motsvarar totalt 3,43 miljoner kronor.

Vetenskapsrådet delar också ut statliga forskningsanslag, men inga pågående projekt identifierades som var kopplade till narkotika under 2020.

Även Riksbankens Jubileumsfond delar ut forskningsanslag. Vi identifierade ett projekt (hos Institutionen för socialt arbete vid Malmö universitet) som handlar om narkotika och som har ett anslag på 4,1 miljoner kronor under perioden 2019 till 2021 (118, 119).⁵⁰ Eftersom projektet löper över tre år från 2019 till 2021 antog vi att en tredjedel av kostnaden uppstod under 2020. Det motsvarar 1,38 miljoner kronor.

⁴⁷ Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten.

⁴⁸ SSK 2422.

⁴⁹ Dessa tre projekt är ”Alkohol och cannabis: interventionsforskning”, ”STANCE-Programmet: Studier av socialtjänstens interventioner för alkohol- och narkotikaproblem och hälsoeffekter – ett kollaborativt longitudinellt forskningsprogram” och ”Alkohol, tobak och droger: Från prediktorer till policy och praxis”.

⁵⁰ Projektet heter ”Urbana drogscener som riskmiljöer – hur intervenerar polisen och sociala välfärdsinstitutioner och hur påverkar det narkotikaanvändare?”

5.1.5.3 Tillsyn

Folkhälsomyndigheten utövar tillsyn på nationell nivå inom området narkotika. Folkhälsomyndigheten bevakar och utreder behovet av klassificering av nya psykoaktiva substanser och föreslår till regeringen vilka substanser som ska klassificeras som narkotika enligt lagen om kontroll av narkotika eller som hälsofarlig vara enligt lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Under 2020 reglerades 40 nya substanser som narkotika (100). Inom verksamhetsområdet ”Regelgivning, tillståndsgivning och tillsyn” hade en del av Folkhälsomyndighetens samlade kostnader på 66,8 miljoner kronor en koppling till narkotika år 2020 (100). Det är dock svårt att uppskatta en andel som specifikt relaterar till narkotika och därför beräknades ingen kostnad.

5.2 Indirekta kostnader

Tabell 5 sammanfattar kostnadsskattningarna av de indirekta kostnaderna av narkotikabruk. Totalt beräknas de indirekta kostnaderna uppgå till 8,4 miljarder kronor.

Tabell 5: Indirekta kostnader av narkotikabruk, 2020

Typ av kostnad	Tillskrivningsfaktor†	Osäkerhet	Kostnad i miljoner kronor
Sjuknärvaro	-	-	ej beräknat
Arbetsfrånvaro			
- på grund av korttidssjukskrivning	-	-	ej beräknat
- på grund av långtidssjukskrivning och förtidspensionering	-	-	ej beräknat
- på grund av fängelsestraff	100 %	låg	1 090,2
Arbetslöshet	50 %	hög	1 407,8
Förtida dödsfall	100 %	låg	5 883,9
SUMMA			8 381,9

Not: † Tillskrivningsfaktor som tillämpas på de totala kostnaderna för att ta hänsyn till att vissa samband inte nödvändigtvis är helt kausala. Kostnadssumman stämmer inte exakt överens med summan av kostnadsposterna på grund av avrundning.

5.2.1 Sjuknärvaro

Nedsatt arbetsförmåga bland personer i arbete på grund av narkotikaanvändningens konsekvenser (illamående, trötthet, depression, osv. (120)) ger upphov till en indirekt kostnad i form av produktionsbortfall. Denna typ av indirekt kostnad kallas för sjuknärvaro, eftersom användaren fortfarande går till sitt arbete men inte är lika produktiv. Kostnaden mäter värdet av hur mycket mer arbete som hade kunnat utföras om användaren hade varit frisk.

Inga uppgifter i någon svensk undersökning eller uppgifter i studier har identifierats som mäter hur mycket ens arbetsproduktivitet påverkas av narkotikabruk. På grund av brist på lämplig information går det således inte att beräkna omfattningen av kostnaden för sjuknärvaro.

5.2.2 Arbetsfrånvaro

Arbetsfrånvaro bland personer i arbete på grund av problem relaterade till narkotikabruk ger upphov till en indirekt kostnad i form av produktionsbortfall. Denna typ av indirekt kostnad kallas även för sjukfrånvaro och mäter värdet av det arbete som hade kunnat utföras om användaren hade varit frisk.

5.2.2.1 Arbetsfrånvaro på grund av korttidssjukskrivning

Personer med narkotikabruk som har ett förvärvsarbete kan bli sjukskrivna på grund av sitt bruk eller dess konsekvenser, så som psykisk ohälsa och självmordsförsök. Sjukskrivningsperioden kan vara tidsbegränsad eller permanent (se nästa avsnitt). Försäkringskassans MiDAS databas innehåller alla sjukskrivningar (inkl. diagnosen som ligger till grund för sjukskrivningen) som varar längre än 14 dagar. Den offentligt tillgängliga delen av MiDAS databasen innehåller dock inte tillräckligt hög detaljnivå för att kunna spåra personer som hade en narkotikarelaterad (huvud)diagnos för sin sjukskrivning.⁵¹ Nationella folkhälsoenkäten innehåller inte heller några brukbara uppgifter om tidsbegränsade sjukskrivningar. På grund av brist på lämplig information går det således inte att beräkna omfattningen av kostnaden för arbetsfrånvaro på grund av korttidssjukskrivning.

5.2.2.2 Arbetsfrånvaro på grund av långtidssjukskrivning och förtidspensionering

Som nämnt i föregående avsnitt kan sjukskrivningsperioden av personer med narkotikabruk som har/hade ett förvärvsarbete bli mer eller mindre permanent. Antingen handlar det om en långtidssjukskrivning under vilken tid som sjukpenning fås av Försäkringskassan eller om en förtidspensionering under vilken tid som aktivitets- eller sjukersättning fås av Försäkringskassan. I brist på detaljerade och offentligt tillgängliga uppgifter i Försäkringskassans MiDAS databas försökte vi använda uppgifter i nationella folkhälsoenkäten för att skatta antalet personer som hade en narkotikarelaterad långtidssjukskrivning/förtidspensionering.

Som nämnt i kapitel 5.1.4, innehåller nationella folkhälsoenkäten bakgrundsinformation om personens sysselsättning vid tidpunkten för enkäten. Tabell 6 visar hur många personer som angav att de var ”långtidssjukskrivna (i mer än 3 månader)” eller hade fått ”aktivitets- och sjukersättning” i åldersgruppen 16–64 år. Andelen som angav långtidssjukskrivning/förtidspensionering var högre bland personer som inte använt narkotika (4,6 procent) än bland personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna (3,6 procent). Uppgifterna här visar alltså inte på någon överskjutande andel av långtidssjukskrivning/förtidspensionering orsakat av narkotikabruk. Det kan dock vara ett resultat av att uppgifterna inte är åldersstandardiserade samtidigt som narkotikabruk inte är jämnt fördelat i olika åldersgrupper (högre bland yngre personer). På grund av brist på lämplig information går det således inte att beräkna omfattningen av produktionsbortfall av arbetsfrånvaro på grund av långtidssjukskrivning/förtidspensionering.

⁵¹ Databasen innehåller enbart uppgifter för hela ICD-10 diagnosgruppen F00–F99 (psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar).

Tabell 6: Permanent sjukskrivning i nationella folkhälsoenkäten 2018 och 2020, 16–64 år

	Andel som är långtids- eller permanent sjukskrivna
Personer med narkotikaanvändning	3,6 %
Personer utan narkotikaanvändning	4,6%
Skillnad i andel mot "utan narkotikaanvändning"	-1,0%

Noter: Tabellen visar andelen personer som angav "långtidssjukskriven (mer än 3 månader)" eller "sjuk- eller aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)" som nuvarande sysselsättning. Notera att 100 procent motsvarar alla personer (och ej enbart personer i arbetskraften) mellan 16–64 år som svarade på frågan om sin nuvarande sysselsättning i nationella folkhälsoenkäten. Andelarna beräknades utifrån de samlade svaren för 2018 års och 2020 års enkäter. Uppgifterna är inte åldersstandardiserade. Narkotikaanvändning uppgavs ha skett "under senaste året". Källa: Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten.

Tidigare forskning tyder dock på att narkotikabruk är förknippat med långtidssjukskrivning/förtidspensionering. Enligt Socialstyrelsen kan ett narkotikaberoende leda till långtidssjukskrivning/förtidspensionering (121), samtidigt som annan forskning pekar på att det inte går att utesluta att långtidssjukskrivning/förtidspensionering leder till ett narkotikaberoende (122). I Missbrukstutredningen (SOU 2011:6) skattades kostnaden för narkotikarelaterad sjukskrivning till 1,57 miljarder kronor och för narkotikarelaterad förtidspensionering till 1,28 miljarder kronor. Dessa kostnadsuppgifter är dock mycket osäkra och skattades utifrån tidigare uppgifter om kostnader för sjukskrivning/förtidspensionering till följd av alkohol och ett antagande om kostnadsrelationen mellan alkohol och narkotika.

5.2.2.3 Arbetsfrånvaro på grund av fängelsestraff

I samband med uträkningarna för Kriminalvården i kapitel 5.1.3 konstaterades att antalet personer som dömdes och intogs på fängelse på grund av narkotikabrott eller narkotikasmuggling var 3 046 personer år 2020, varav 3 009 personer var mellan 15 och 64 år (88).⁵² Den genomsnittliga strafftiden bland dessa personer (alla åldrar) var 416 dagar per person, vilket motsvarar drygt 9 månader efter inkludering av straffrabatt på två tredjedelar. Dessutom dömdes och intogs det 607 personer på fängelse på grund av rattfylleri, varav 564 var mellan 15 och 64 år, och den genomsnittliga strafftiden var omkring 1 månad efter inkludering av straffrabatt. Vidare antog vi att 26 procent av alla fall av rattfylleri berodde på drograttfylleri.

Under tiden för fängelseuppehållet står dessa personer inte till arbetsmarknadens förfogande, vilket skapar ett produktionsbortfall. Ett produktionsbortfall uppstår endast för intagna personer som hade kunnat antas vara i arbete. Detta tas hänsyn till genom att multiplicera den genomsnittliga månadslönen i befolkningen på 36 100 kronor (51 600 kronor inkl. sociala avgifter på runt 43 procent) med den genomsnittliga sysselsättningsgraden på 77 procent i åldersgruppen 16–64 år⁵³ under 2020 enligt uppgifter från SCB (95, 124). Den totala kostnaden för arbetsfrånvaro på grund av narkotikarelaterat fängelsestraff blir därför 1 090,24 miljoner kronor.

⁵² Generellt sett intas inga personer under 18 år på fängelse.

⁵³ Antalet sysselsatta enligt AKU för 2020 var 4 852 100 i åldersgruppen 16–64 år och befolkningen i samma åldersgrupp var 6 334 000 (92, 123).

5.2.3 Arbetslöshet

Arbetslöshet ger upphov till en indirekt kostnad i form av produktionsbortfall, om orsaken bakom att man förlorade sitt arbete och inte kan hitta ett nytt arbete är narkotikabruk. Som nämnt i kapitel 5.1.4, verkar det finnas evidens på att orsakssambandet mellan arbetslöshet och narkotikabruk går i båda riktningarna. I det kapitlet uppskattades att narkotikabruk antas stå bakom omkring 7 400 fall (efter 50 procent kausalitetsjustering) av personer som är arbetslösa utifrån uppgifter från nationella folkhälsoenkäten; se Tabell 4.

Utöver antal arbetslösa personer krävs det uppgifter om arbetslöshetstidens längd för att beräkna kostnaderna av arbetslöshet. Nationella folkhälsoenkäten innehåller inga uppgifter om arbetslöshetstidens längd. Enligt SCB är mediantiden av arbetslöshetstiden mellan 5 och 26 veckor.⁵⁴ I brist på en noggrannare uppdelning antas en mediantid på 16 veckor.⁵⁵ Arbetslöshetstiden värderas enligt en genomsnittlig månadslön som var 36 100 kronor år 2020 enligt SCB (95), vilket blir 51 600 kronor inklusive sociala avgifter på runt 43 procent. Den totala kostnaden för arbetslöshet blir således 1 407,8 miljoner kronor.

5.2.4 Förtida dödsfall

När personer i arbetsför ålder dör ger det upphov till en indirekt kostnad i form av framtida produktionsbortfall. Detta eftersom personer som egentligen skulle ha fortsatt producera värde för samhället inte längre kan göra det till följd av dödsfall i förtid. Utifrån en incidensansats, som är den vedertagna ansatsen i litteraturen (125), har produktionsbortfallet beräknats som nuvärdet av det framtida bortfall som antas uppstå under återstoden av en persons arbetslivslängd som dör 2020.

Den senaste statistiken om narkotikarelaterade dödsfall avser år 2019. Folkhälsomyndigheten rapporterade 540 narkotikarelaterade dödsfall, varav 166 kvinnor och 374 män, till EMCDDA baserat på uppgifter från Socialstyrelsen (112). Uppgifter om åldersfördelningen av dessa dödsfall i 5-års åldersintervaller från 15 till 64 år och dödsfall i gruppen ≥ 65 år tillhandahölls av Folkhälsomyndigheten.⁵⁶ Genomsnittsåldern vid dödsfall var 46,5 år för kvinnor och 40,6 år för män. Nuvärdet av det förväntade framtida produktionsbortfallet av förvärvsarbete togs fram för varje åldersintervall mellan 15–64 år separat för kvinnor och män baserat på uppgifter för år 2019 (75).⁵⁷

⁵⁴ SCB:s arbetskraftsundersökningarna (AKU) för 2020 visar att 27 % var arbetslösa i 1–4 veckor och 39 % i 5–26 veckor och resterande andel längre än 26 veckor.

⁵⁵ Hela perioden på 16 veckor tas med i beräkningen enligt humankapitalmetoden.

⁵⁶ Uppgifter via e-post från Folkhälsomyndigheten.

⁵⁷ Nuvärdet av produktionsbortfall av förvärvsarbete beräknas enligt humankapitalmetoden. Nuvärdet av produktionsbortfall tar sin utgångspunkt i antal förlorade levnadsår mellan 15 och 64 år i denna studie. Åren justeras för underliggande åldersspecifik dödsrisk och könsspecifik sysselsättningsgrad (t.ex. 87 % sysselsättning i 45–54 åldersgruppen för kvinnor) enligt data från SCB. Sedan multipliceras de justerade åren med en genomsnittlig, ålders- och könsspecifik lön (inkl. sociala avgifter) enligt data från SCB. En diskonteringsränta på 3,5 % används och en tillväxtfaktor på 2 % antas.

Ingen kausalitetsjustering gjordes. Kostnaden för förtida dödsfall uppgår därmed till 5,88 miljarder kronor i 2020 års penningvärde.

5.3 Immateriella kostnader

Tabell 7 sammanfattar kostnadsskattningarna av de immateriella kostnaderna av narkotikabruk. Totalt beräknas de immateriella kostnaderna uppgå till 15,5 miljarder kronor.

Tabell 7: Immateriella kostnader av narkotikabruk, 2020

Typ av kostnad	Tillskrivningsfaktor†	Osäkerhet	Kostnad i miljoner kronor
Livskvalitet hos användare	100 %	hög	9 435,2
Livskvalitet hos närstående	100 %	hög	6 076,8
Livskvalitet hos brottsoffer	-	-	ej beräknat
SUMMA			15 512,0

Not: † Tillskrivningsfaktor som tillämpas på de totala kostnaderna för att ta hänsyn till att vissa samband inte nödvändigtvis är helt kausala. Närstående hänvisar till personer som har någon i sin närhet som använder narkotika. Kostnadssumman stämmer inte exakt överens med summan av kostnadsposterna på grund av avrundning.

5.3.1 Livskvalitet hos användare

Försämrad livskvalitet i form av psykisk och/eller fysisk påfrestning till följd av narkotikabruk hos användaren ger upphov till en immateriell kostnad. Som nämnt i kapitel 5.1.1 är exempelvis olika former av psykisk ohälsa vanligt förekommande bland personer som använder narkotika. Även antal förlorade levnadsår på grund av för tidig död ger upphov till att livskvalitet går miste om. Försämrad eller förlorad livskvalitet är av subjektiv karaktär och svår att kvantifiera och värdera i monetära termer. Ett sätt som har använts i sjukdomskalkyler av t.ex. alkoholkonsumtion är att utgå ifrån mått som funktionsjusterade levnadsår (DALY) eller kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) (126). Värderingen av ett förlorat DALY/QALY är också en utmaning.⁵⁸

Både Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) och Socialstyrelsen använder QALY i sina utvärderingar av läkemedel respektive hälsoekonomiska underlag till riktlinjer (129). QALY är ett mått som kombinerar tid och subjektivt upplevd livskvalitet i ett visst hälsotillstånd (127). Ett QALY motsvarar ett år i full hälsa. QALY beräknas genom att tillämpa en livskvalitetsvikt (som går från 0, vilket är sämsta tänkbara tillståndet, till 1, vilket är bästa tänkbara tillståndet) för ett visst hälsotillstånd på tiden som spenderas i detta hälsotillstånd. Antal förlorade QALY beräknas utifrån det

⁵⁸ För Sverige finns det uppgifter om DALY av narkotika. DALY mäter summan av den tid som man förlorar på grund av för tidig död (YLL) och måste leva med nedsatt funktionsförmåga (YLD) jämfört med ett idealtillstånd med optimal livslängd och fullt friskt liv (127). Utifrån ett globalt sjukdomsbördeprojekt (Global Burden of Disease 2010) beräknades sjukdomsbördan orsakad av narkotika uppgå till 32 000 förlorade DALY i Sverige år 2010 (128). I sjukdomsbördan orsakad av narkotika ingick åtta sjukdomar och skador i denna studie; hepatit B och C, HIV/aids, levercancer, levercirros (orsakad av hepatit B och C), psykiska störningar och beteendestörningar (såsom schizofreni och narkomani), och självtillfogade skador inklusive självmord. Det som saknas är en vedertagen svensk värdering av ett DALY i kronor.

kontrafaktiska förloppet, d.v.s. hur bra livskvalitet och hur lång livslängd en person skulle ha haft om denne inte hade blivit sjuk eller skadats. Det finns en stor spännvidd i publicerade skattningar av värdet av ett QALY i Sverige. Svensson & Nilsson (2016) konstaterar att Socialstyrelsen ofta citerar 500 000 kronor per QALY som en gräns för rimlig kostnadseffektivitet i sina bedömningar och att TLV:s betalningsvilja för ett nytt läkemedel i termer av kostnad per QALY låg i intervallet 700 000 kronor till 1 220 000 kronor för perioden 2005 till 2011 (129). Persson och Olofsson (2018) värderar ett QALY till 2,4 miljoner kronor utifrån hur den svenska befolkningen värderar ett statistiskt liv (130). I denna rapport antas att ett QALY har ett värde på 500 000 kronor.

Antal förlorade QALY till följd av narkotikabruk hos användaren beräknas i denna studie som summan av två delar; QALY förlorade till följd av försämrad livskvalitet och QALY förlorade till följd av förtida dödsfall. Socialstyrelsen har i sina riktlinjer antagit att graden av försämrad livskvalitet hos personer med ett ”tungt narkotikamissbruk” är 0,25 på en skala mellan 0 och 1, med hänvisning till en tidigare studie av Världshälsoorganisationen (9). Under ett år motsvarar det en förlust av 0,25 QALY. Under samma antagande som Socialstyrelsen gör om att det finns omkring 29 500 ”tunga narkotikamissbrukare” (enligt tidigare uppskattningar av Socialstyrelsen från år 2007; se kapitel 4) och att dessa påverkades av sitt skadliga bruk/beroende året runt (vilket är något Socialstyrelsen antar (9)), uppgick den totala förlusten till 7 375 QALY år 2020. Givet att värdet av ett QALY kan tänkas motsvara 500 000 kronor, blir den totala kostnaden för QALY förlorade till följd av försämrad livskvalitet 3,69 miljarder kronor.

QALY förlorade till följd av förtida dödsfall beräknades utifrån uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall (540 stycken) under år 2019 från Folkhälsomyndigheten; se kapitel 5.2.4. Antal förlorade levnadsår fram till medellivslängden (84 år för kvinnor, 81 år för män enligt SCB) beräknades separat för dödsfall i olika åldersgrupper och kön. QALY-vikter (mellan 0 och 1) för åldersgrupper och kön tillämpades på alla förlorade levnadsår (131), samtidigt som 0,25 drogs bort från alla QALY-vikter för att ta hänsyn till den redan försämrade livskvaliteten hos användarna (se föregående stycke). Som ett resultat uppgick antalet förlorade QALY till 11 495. Givet att värdet av ett QALY kan tänkas motsvara 500 000 kronor, blir den totala kostnaden för QALY förlorade till följd av förtida dödsfall 5,75 miljarder kronor.

Totalt uppgår därmed kostnaden för förlorad livskvalitet hos användarna till 9,44 miljarder kronor.

5.3.2 Livskvalitet hos närstående

Användning av narkotika påverkar inte bara den enskilda användaren utan kan även leda till försämrad livskvalitet hos dennes närstående. Enligt CAN:s undersökning från 2017 om narkotikavanor uppgav 3,6 procent av befolkningen (17–84 år), motsvarande omkring 280 000 personer, att de hade påverkats negativt av någon i sin närhet som använder narkotika under de senaste 12 månaderna (29). Det finns inga nyare uppgifter om antalet närstående som påverkats negativt, men skillnaden mellan

2017 och senare år är troligtvis liten eftersom narkotikabruk inte har ökat mycket sedan dess (se kapitel 4).

Det verkar inte finnas motsvarande uppskattningar av nedsatt livskvalitet hos närstående med standardiserade mått (t.ex. DALY eller QALY) som för användare. Vi följer tidigare studier om spelproblem och värderar försämrad livskvalitet hos närstående med hjälp av en proxykostnad som baserar sig på beloppet för brottsskadeersättning (26).⁵⁹ Det genomsnittliga beloppet för brottsskadeersättning var 21 703 kronor år 2020 (132). Givet detta belopp blir kostnaden för närstående som påverkats negativt 6,08 miljarder kronor. Det är viktigt att notera att denna kostnad inte innefattar försämrad livskvalitet hos barn yngre än 17 år, i brist på uppgifter om hur många barn som påverkas negativt av vuxnas narkotikaanvändning i sin närhet.

5.3.3 Livskvalitet hos brottsoffer

I kapitel 5.1.3 beskrevs brott som har narkotika som brottsrubricering. Det omfattar narkotikabrott, som huvudsakligen består av eget bruk och innehav, och även narkotikarattfylleri. Narkotikabrott involverar alltså huvudsakligen inte någon annan än den enskilda användaren. Däremot skulle brott mot tredje part (t.ex. våldsbrott, tillgreppsbrott) kunna begås antingen medan användaren är påverkad eller även som en konsekvens av dennes beroende. Det finns dock inga uppgifter om hur många personer som utsätts för sådana brott av personer som använder narkotika. Även narkotikarattfylleri skulle kunna leda till att andra personer skadas i samband med en olycka som i sig kan innebära en egen brottsrubricering (t.ex. vållande till kroppsskada). Här finns det inte heller några uppgifter om hur många personer som skadas.

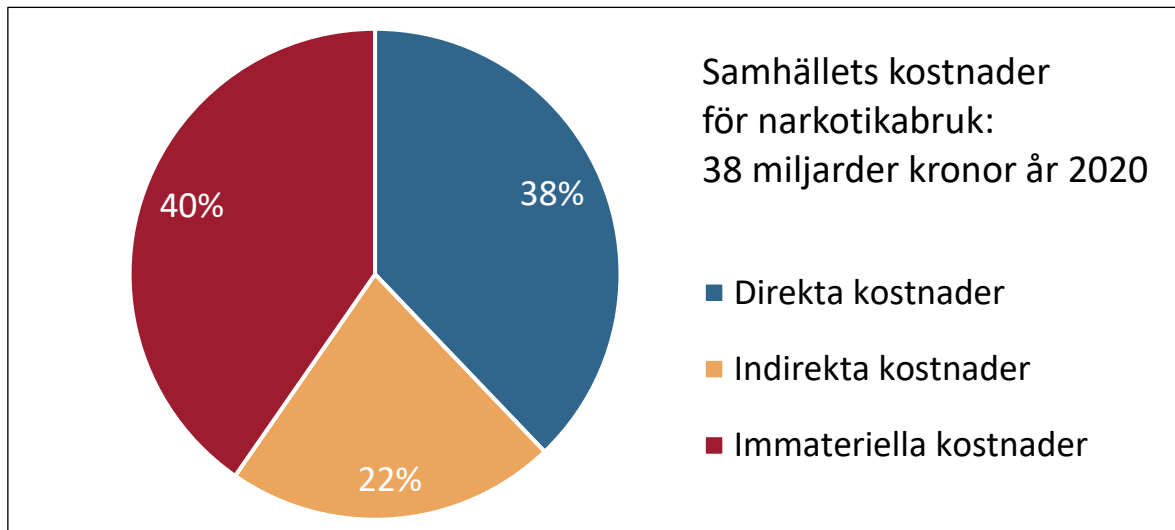
En tredje brottskategori som skördar brottsoffer består av kriminella nätverk. Som nämnt i kapitel 5.1.3 är narkotika inblandat i mycket av våldet i samband med grov och organiserad brottslighet. Det innebär att den förlorade livskvaliteten hos personer som skadas eller till och med mister sitt liv till följd av narkotikarelaterad organiserad brottslighet också borde tas med i beräkningarna. Även här fattas det dock lämpliga uppgifter för att kvantifiera hur många personer som drabbas. På grund av brist på lämplig information går det således inte att beräkna omfattningen av kostnaden för försämrad livskvalitet hos brottsoffer.

⁵⁹ Ett brottsoffer kan, under vissa förutsättningar, få brottsskadeersättning om en dömd gärningsperson inte kan betala det utdömda skadeståndet och brottsoffret saknar någon försäkring som täcker skadan.

5.4 Totala samhällskostnader

Kostnadsskattningarna av direkta, indirekta och immateriella kostnader resulterar i en total kostnad av narkotikabruk för samhället på 38,5 miljarder kronor år 2020. Figur 2 visar att immateriella kostnader och direkta kostnader nästan är lika stora och vardera svarar för runt två femtedelar av de totala kostnaderna. Indirekta kostnader svarar för den resterande femtedelen av de totala kostnaderna.

Beloppet på 38,5 miljarder kronor innehåller inte alla samhällsekonomiska kostnader och utgör därför en underskattning. Direkta kostnader som inte kunde tas med i beräkningarna i brist på data var mycket av arbetet (både avlönat och oavlönat) som görs av ideella organisationer och arbete av vissa statliga myndigheter där det var svårt att avgränsa arbetet med narkotika från annat arbete. Indirekta kostnader som inte kunde värderas i brist på data var kostnader för sjuknärvaro samt korttidssjukskrivning, långtidssjukskrivning och förtidspensionering. Immateriella kostnader bör tolkas försiktigt då värderingen av förlorad livskvalitet inte är problemfri.



Figur 2: Samhällets kostnader för narkotikabruk, 2020

Tabell 8 sammanfattar resultaten och ställer de samhällsekonomiska kostnaderna i relation till andra mått för att få en bättre uppfattning om kostnadernas storlek. Räknat på hela befolkningen blir kostnaden drygt 3 700 kronor per person. Om man fördelar kostnaden på antal personer som uppgav att de hade använt narkotika under de senaste 12 månaderna blir kostnaden ungefär 118 000 kronor per person. Den totala kostnaden motsvarar dessutom 0,77 procent av bruttonationalprodukten (BNP).⁶⁰

⁶⁰ Jämförelsen med BNP haltar lite eftersom immateriella kostnader inte borde relateras till BNP, eftersom BNP är ett mått på resursanvändning.

Tabell 8: Samhällets kostnader för narkotikabruk, 2020

Typ av kostnad	Osäkerhet	Kostnad i miljoner kronor
Direkta kostnader	låg – hög	14 557,6
Indirekta kostnader	medel – hög	8 381,9
Immateriella kostnader	hög	15 512,0
Totala samhällskostnader		38 451,5
Jämförelser		
Totala samhällskostnader		Värde
per invånare (10,4 miljoner)		3 705 kr
per person som använde narkotika under de senaste 12 månaderna (326 000)		117 949 kr
i förhållande till BNP (4 977 mdkr)		0,77 %

Noter och källor: Kostnadssumman stämmer inte exakt överens med summan av kostnadsposterna på grund av avrundning. BNP = bruttonationalprodukt. Uppgifter om befolkning och BNP är från SCB. Antal personer med narkotikaanvändning enligt CAN:s undersökning från 2017.

Tabell 9 sammanfattar hur resultaten i denna studie skiljer sig från tidigare studier. Den största skillnaden är att denna rapport också inkluderade immateriella kostnader. Bortsett från immateriella kostnader ligger de uppskattade direkta och indirekta kostnaderna i denna rapport ungefär i linje med tidigare studier. Detta är tämligen oväntat eftersom prevalensen av narkotikabruk gradvis har ökat fram till 2020; se kapitel 4. En noggrannare beräkning av de direkta kostnaderna samt att värdet av hemarbete inte togs med i beräkningen av produktionsbortfallet för de indirekta kostnaderna kan delvis förklara skillnaden. Dessutom kunde indirekta kostnader till följd av sjukskrivning och förtids-pensionering inte inkluderas på grund av brist på tillförlitliga uppgifter i motsats till tidigare studier. Det är också värt att betona att vi inte bedömer att effekten av coronapandemin skulle ha medfört en nedgång i de samhällsekonomiska kostnaderna. Det gäller framför allt de direkta kostnaderna där det ofta fanns uppgifter över tid och där inga större förändringar i resursanvändningen noterades.

Tabell 9: Jämförelse av resultatet med tidigare svenska skattningar (belopp i miljarder kronor, ej inflationsjusterat)

Typ av kostnad	Socialstyrelsen (år 2003) (10)	Missbruksutredningen (år 2008) (11)	Folkhälsoinstitutet (år 2008) (12)	Denna studie (år 2020)
Direkta kostnader	(29,62)*	13,69	13,52	14,56
Indirekta kostnader	ej beräknat	9,91	9,91	8,38
Immateriella kostnader	ej beräknat	ej beräknat	ej beräknat	15,51
Totala samhällskostnader		23,60	23,43	38,45

Not: * Beloppet avser narkotika och alkohol eftersom studien inte särredovisar kostnader för narkotika.

6. Slutsats och diskussion

Denna rapport beräknade de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk till 38,5 miljarder kronor i Sverige år 2020. Det är mer än tidigare svenska studier har visat, men beror huvudsakligen på att denna rapport också inkluderade immateriella kostnader, som är värdet av försämrad och förlorad livskvalitet hos användare och deras anhöriga, till skillnad från tidigare studier. Resultaten för direkta och indirekta kostnader i denna rapport ligger i linje med vad som visats tidigare. Att dessa kostnader inte tycks ha blivit större över tid trots att narkotikaanvändning gradvis har ökat är något oväntat men kan förklaras av en noggrannare beräkning av de direkta kostnaderna, en mer restriktiv värdering av produktionsbortfall för de indirekta kostnaderna samt att vissa typer av indirekta kostnader inte inkluderats på grund av brist på tillförlitliga uppgifter.

Jämförelse med andra folkhälsoproblem

De samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i denna rapport kan också jämföras med tidigare kostnadsberäkningar av andra områden inom ANDTS i Sverige. För att göra en rättvis jämförelse exkluderas de immateriella kostnaderna i alla nedanstående uppgifter, eftersom inte alla studier inkluderade immateriella kostnaderna. Summan av direkta och indirekta kostnaderna för alkoholkonsumtion uppgick till 60,3 miljarder kronor år 2017, varav direkta kostnader stod för 42 procent (28). Summan av direkta och indirekta kostnaderna för rökning uppgick till 31,5 miljarder kronor år 2015, varav direkta kostnader stod för 38 procent (27). Summan av direkta och indirekta kostnaderna för dopning uppgick till 0,3 miljarder kronor år 2017, varav direkta kostnader stod för 74 procent (133).⁶¹ Summan av direkta och indirekta kostnaderna för spelproblem uppgick till 10,4 miljarder kronor år 2018, varav direkta kostnader stod för 18 procent (26). Summan av direkta och indirekta kostnaderna för narkotikabruk uppgår enligt denna rapport till 22,9 miljarder kronor och ger således upphov till den tredje största summan av direkta och indirekta kostnader inom ANDTS efter alkohol och tobak.

En intressant aspekt är att de direkta kostnaderna för narkotikabruk utgör en något större andel (63 procent) av summan av direkta och indirekta kostnader än hos de andra ANDTS-folkhälsoproblemen förutom dopning. Det verkar delvis bero på relativt sett större utgifter för rättsväsendet, vilket kan förklaras av att narkotikabruk (precis som dopning) är illegalt medan spel om pengar och konsumtion av alkohol och tobak inte är det.

Hantering av osäkerhet och validitet av kostnadsskattningarna

Kostnadsskattningarna i denna rapport innehåller en del osäkerhet. Det grundar sig antingen i tillförlitligheten av underliggande uppgifter om rådande förhållanden i Sverige eller i oklara

⁶¹ Studien om kostnader för dopning använder en metod som skiljer sig från de övriga sjukdomskostnadskalkylerna, vilket gör att det finns begränsningar i hur jämförbara dessa resultat är.

orsakssamband mellan narkotikabruk och en viss kostnadsdrivande faktor. Genom att ange graden av osäkerhet i kostnadsskattningarna pekar analysen i denna rapport också på vilka områden som är i behov av mer forskning. Följande områden bedöms var särskilt osäkra:

- För vissa av de direkta kostnaderna, exempelvis kommunala insatser genom socialtjänsten, finns ingen tydlig avgränsning i underliggande uppgifter mellan hur stor andel som kan tillskrivas narkotika och andra typer av ”missbruk” (främst alkohol). Ofta klumpas kostnader för ”missbruk” ihop, och i denna rapport fick vi skatta fördelningen mellan olika typer av missbruk utifrån hur det ser ut inom hälso- och sjukvården där en tydligare diagnosbaserad avgränsning är möjlig.
- Flera indirekta kostnader skattades utifrån uppgifter från nationella folkhälsoenkäten. Användning av enkätsbaserade uppgifter är inte optimal, dels eftersom respondenterna är tvungna att uppge att de ägnar sig åt något illegalt, dels för att bortfallet är stort. Det bidrar troligtvis till en underskattning av det faktiska antalet användare och ett selektivt urval som inte är helt representativt för befolkningen.
- I skattningen av de immateriella kostnaderna för användaren och de direkta kostnader som relaterar till konsekvenser av skadligt bruk/beroende användes en äldre uppgift om 29 500 ”personer med problematisk narkotikaanvändning” från Socialstyrelsen. Uppgiften baserar sig på registerdata vilket troligtvis gör att den är mer trovärdig. Däremot är den över tio år gammal. Om antalet personer med problematisk narkotikaanvändning har ökat de senaste åren skulle det innebära en underskattning av flera stora kostnadsposter i denna rapport.
- De socioekonomiska förhållandena hos personer som använder narkotika (arbetslöshet, sjukskrivning, boende) borde kartläggas bättre och helst med hjälp av registerdata. Det vore särskilt önskvärt att få bättre kunskap om de socioekonomiska förhållandena före och efter olika insatser görs. Det skulle också hjälpa att bättre förstå orsakssambandet mellan exempelvis arbetslöshet och narkotikaanvändning.
- Värderingen av förlorad livskvalitet i beräkningen av de immateriella kostnaderna innehåller en del osäkerhet som har stor inverkan på resultatet. Det gäller såväl hur stor den negativa påverkan är på livskvaliteten hos användaren och dess närstående som hur livskvaliteten värderas i monetära termer.
- Enligt både Brå och Europol är narkotika inblandade i mycket av våldet i samband med grov och organiserad brottslighet. Det medför stora kostnader för rättsväsendet och de drabbade. Däremot saknas det uppgifter om hur mycket av detta som rimligtvis kan tillskrivas narkotika och vi avstod från att göra en egen skattning. Det leder till en underskattning av kostnaderna i denna rapport.

- Vissa relevanta samhällsekonomiska kostnader kunde bara inkluderas delvis eller inte alls, såsom värdet av det arbete som görs av ideella organisationer eller produktionsbortfall till följd av tidsbegränsad sjukskrivning. Det leder till en underskattning av kostnaderna i denna rapport.

Sammanfattningsvis bör det påpekas att kostnadsskattningarna i denna rapport är konservativa. Flera typer av kostnader beskrevs enbart i textform men kunde inte kvantifieras av olika skäl. Det leder till en viss underskattning av de verkliga samlade samhällsekonomiska kostnaderna av narkotikabruk. Emellertid bedömer vi att vi kunde kvantifiera de största kostnadsposterna.

Framtida utveckling

Analysen i denna rapport avser år 2020. Det är svårt att bedöma hur de samhällsekonomiska kostnaderna kommer att utvecklas framöver. En viktig faktor är den ökande användningen av narkotika i samhället som enkätundersökningar pekar på. Om ökningen fortsätter och motsvarar en uppgång i faktiska antal användare - snarare än fler respondenter som i enkäter vågar erkänna att de använder narkotika - så kommer kostnaden för samhället troligtvis att öka framöver.

En annan faktor som kan spela roll under de kommande åren är förändringar i policy kopplat till narkotika. Efter att vissa delstater i USA började tillåta köp och konsumtion av cannabis 2012 har även andra länder följt efter (134). Kanada tillåter konsumtion av cannabis sedan 2018 (135). I Kroatien, Luxemburg, Portugal och Slovenien bötfälls inte längre eget bruk av cannabis och vissa andra typer av narkotika (136). I Tyskland planerar den nya regeringen legalisering av cannabis under den kommande mandatperioden (137). En förändring av policy i Sverige av t.ex. cannabis, som är den avsevärt vanligaste formen av narkotika som används, skulle påverka många olika typer av kostnader. Av de stora kostnaderna är det framför allt kostnaderna för rättsväsendet som skulle minska men eventuellt vägas upp av ökade kostnader för sjukvård och socialtjänst samt ökade indirekta och immateriella kostnader om fler skulle hamna i ett skadligt bruk och beroende av narkotika.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/> [2021-11-10].
2. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Socialstyrelsen. 2019.
3. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. *Europeisk narkotikarapport - Trender och utveckling*. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå. 2021.
4. Internetmedicin (Johan Franck). Narkotikaberoende, diagnostik och behandling. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/narkotikaberoende-diagnostik-och-behandling/> [2021-11-11].
5. Statens folkhälsoinstitut. *Narkotikabruket i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. 2010.
6. Läkemedelsverket. *Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:10) om förteckningar över narkotika*. 2021.
7. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Hur definieras alkohol-, narkotika- och tobaksberoende inklusive substansbrukssyndrom? Hämtad från: <https://www.can.se/fragor-och-svar/allmant-om-droger/hur-definieras-alkohol-narkotika-och-tobaksberoende-inklusive-substansbrukssyndrom/> [2021-11-11].
8. Vårdguiden. Beroende av droger. Hämtad från: <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/beroende-och-skadligt-bruk/beroende-av-droger/> [2021-11-11].
9. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Hälsoekonomiskt underlag - Bilaga*. Socialstyrelsen. 2019.
10. Socialstyrelsen. *Kostnader för alkohol och narkotika - Beräkning av samhällets kostnader 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.
11. Socialdepartementet. *Missbruket, Kunskapen, Vården - Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6)*. Stockholm: Socialdepartementet. 2011.
12. Statens folkhälsoinstitut. *Ekonomiska beräkningar och bedömningar - Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. 2011.
13. Socialdepartementet. *Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)*. Stockholm: Socialdepartementet. 2011.
14. Lievens D, Vander Laenen F, Verhaeghe N, Putman K, Pauwels L, Hardyns W, et al. *Economic consequences of legal and illegal drugs: The case of social costs in Belgium*. Int J Drug Policy. 2017;44:50-7.
15. Rivera B, Casal B, Currais L. *The social cost of illicit drugs use in Spain*. Int J Drug Policy. 2017;44:92-104.
16. Byford S, Torgerson DJ, Raftery J. *Economic note: cost of illness studies*. BMJ. 2000;320(7245):1335.
17. Guinness L. *Counting the costs*. In: Guinness L, Wiseman V, editors. Introduction to Health Economics. Maidenhead: Open University Press. 2011. s. 201-16.
18. Sculpher MJ. *The role and estimation of productivity costs in economic evaluation*. In: Drummond MF, McGuire A, editors. Economic evaluation in health care: merging theory with practice. Oxford: Oxford University Press. 2001. s. 94-112.

19. Schmidt A, Andersson A. *Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper – 2006* CMT Rapport 2008:2. Linköpings universitet. 2008.
20. Rice DP. *Estimating the cost of illness*. Am J Public Health Nations Health. 1967;57(3):424-40.
21. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2021. Hämtad från: <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE/> [2021-11-11].
22. Barrio P, Reynolds J, Garcia-Altes A, Gual A, Anderson P. *Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review*. Drug Alcohol Rev. 2017;36(5):578-88.
23. Becker P, Razzouk D. *Direct healthcare costs and their relationships with age at start of drug use and current pattern of use: a cross-sectional study*. Sao Paulo Med J. 2021;139(1):18-29.
24. Cartwright WS. *Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services*. J Subst Abuse Treat. 2008;34(2):224-33.
25. Potapchik E, Popovich L. *Social Cost of Substance Abuse in Russia*. Value Health Reg Issues. 2014;4:1-5.
26. Hofmarcher T, Gustafsson A, Persson U. *Samhällets kostnader för spelproblem i Sverige*. IHE rapport 2020:1. Lund: IHE. 2020.
27. Andersson E, Toresson Grip E, Norrlid H, Fridhammar A. *Samhällskostnaden för rökningssjuklighet i Sverige*. IHE rapport 2017:4. Lund: IHE. 2017.
28. Ramboll Management Consulting. *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser - En beskrivande samhällsekonomisk studie*. Ramboll Management Consulting. 2019.
29. Sundin E, Landberg, J., Ramstedt, M. *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. Rapport nr 174. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2018.
30. Johnson TP. *Sources of Error in Substance Use Prevalence Surveys*. Int Sch Res Notices. 2014;2014:923290.
31. Socialstyrelsen. *Individ- och familjeomsorg - Lägesrapport 2020*. Socialstyrelsen. 2020.
32. Region Jönköpings län. *Missbruk och beroende*. Hämtad från: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=15045&nodeId=39803#vardnivaochremiss> [2021-10-25].
33. Södra regionvårdsnämnden. *Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2020*. Lund: Södra regionvårdsnämnden. 2019.
34. Sveriges Kommuner och Regioner. *Förändrade patientavgifter 2020*. Hämtad från: <https://old-skr.skr.se/arkiv/aldrenyheter/nyhetsarkiv/forandradepatientavgifter2020.31379.html> [2021-11-17].
35. Stockholms beroendeklinik. *Introduktion till att söka hjälp: behandling*. Hämtad från: <https://beroendekliniken.se/valja-behandling> [2021-10-25].
36. Socialstyrelsen. *Statistikdatabas*. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/> [2021-10-19].
37. Sveriges Kommuner och Regioner. *KPP Somatik*. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppsomatik.46726.html> [2021-10-19].

38. Socialstyrelsen. *Tvångsvård enligt LPT*. Socialstyrelsen. 2021.
39. Statens institutionsstyrelse. *SiS årsredovisning 2020*. Solna: SiS. 2021.
40. Inspektionen för vård och omsorg. *Verksamhet för sprututbyte*. 2019.
41. Socialstyrelsen. *Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler*. 2019.
42. Pramsten S. *Pandemin stoppar sprututbyte i Dalarna*. Läkartidningen. 2021;4-5.
43. Harström E. Inget sprututbyte före 2020 i Västernorrland. Hämtad från: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/inget-sprututbyte-fore-2020-i-vasternorrland> [2021-10-22].
44. Mellesmo L. Västmanland sist i landet med naloxon och sprututbytesprogram. Hämtad från: <https://sverigesradio.se/artikel/vastmanland-sist-i-landet-med-naloxon-och-sprututbytesprogram> [2021-10-22].
45. Odén C. Regionens mottagning för sprututbyte försenas. Hämtad från: <https://sverigesradio.se/artikel/7349048> [2021-10-22].
46. Boman D, Bowin R, Gabrielsson C, Lidwall P, Magnusson C. *Sprututbytesprogram, Västra Götalandsregionen*. 2016.
47. Statistiska centralbyrån. Statistikdatabasen. Hämtad från: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/> [2021-10-15].
48. Socialstyrelsen. *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende: Kunskapsstöd - i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Socialstyrelsen. 2020.
49. KEFU Skåne. *Delrapport 3: Vårdvalets och ersättningsmodellens effekter för Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)*. 2016.
50. InfCareHIV. *Årsrapport InfCareHIV 2020*. Stockholm: QRC Stockholm. 2021.
51. Internetmedicin (Magnus Gisslén). Hiv - behandling. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/hiv/hiv-behandling/> [2021-10-01].
52. Fass. Emtricitabine/Tenofovir disoproxil. Hämtad från: <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20160202000230#list-of-contents> [2021-10-19].
53. Fass. Edurant. Hämtad från: <https://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=20100914000036> [2021-10-01].
54. Folkhälsomyndigheten. Hivinfektion. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hivinfektion/> [2021-10-14].
55. Vårdgivarguiden. Läkemedelsförskrivning enligt smittskyddslagen. Hämtad från: <https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/patientavgifter/avgiftshandboken/smittskydd/lakemedelsforskrivning/> [2021-11-18].
56. Hiv-Sverige. Leva med hiv. Hämtad från: <https://hiv-sverige.se/rattigheter/> [2021-10-22].
57. Folkhälsomyndigheten. Hepatit C. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-c/#statistics-nav> [2021-11-18].
58. World Health Organization. Hepatitis C. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> [2021-10-22].
59. Lindgren P, Löfvendahl S, Brådvik G, Weiland O, Jönsson B. *Value appropriation in hepatitis C*. European Journal of Health Economics. 2021;(forthcoming).

60. Folkhälsomyndigheten. Hepatit B. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-b/#statistics-nav> [2021-11-18].
61. Vårdguiden. Hepatit B. Hämtad från: <https://www.1177.se/Skane/sjukdomar--besvar/mage-och-tarm/lever-galla-och-bukspottkörtel/hepatit-b/> [2021-12-12].
62. Stockholms läns landsting. *Väsentligt fler kvinnor än män vårdas för psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting*. Faktablad 2017:2. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. 2017.
63. Ekman M, Granström O, Omerov S, Jacob J, Landen M. *Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest*. Läkartidningen. 2014;111(CWZX).
64. Socialstyrelsen. *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar*. Socialstyrelsen. 2021.
65. Folkhälsomyndigheten. Statistiken för suicidförsök. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/> [2021-10-19].
66. Räddningsverket. *Suicid och samhällsekonomiska kostnader*. Karlstad: Räddningsverket. 2004.
67. Statistiska centralbyrån. *Kostnad och intäkter för kommunernas individ- och familjeomsorg. År 2014 - 2020*. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_OE_OE0107_OE0107B/IndFamTkrRN/ [2021-11-22].
68. Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020*. Socialstyrelsen. 2021.
69. Socialstyrelsen. *Kompetens för arbete på HVB för barn och unga*. Socialstyrelsen. 2018.
70. Statens institutionsstyrelse. *SiS i korthet 2020*. Statens institutionsstyrelse. 2021.
71. Statens institutionsstyrelse. *Missbruksvård - LVM*. Hämtad från: <https://www.statinst.se/var-verksamhet/missbruksvard/> [2021-11-17].
72. Socialstyrelsen. *Statistik om ekonomiskt bistånd 2020*. Socialstyrelsen. 2021.
73. Konsumentverket. *Läget i landet 2020 - Budget- och skuldrådgivning*. Konsumentverket. 2020.
74. Statistiska centralbyrån. *Genomsnittlig månadslön efter yrke, 2020*. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-kommuner/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-efter-yrke/> [2021-10-19].
75. Olofsson S, Hjalte F. *Produktionsbortfall - en metodologisk genomgång och beräkningar*. IHE rapport 2020:4. Lund: IHE. 2020.
76. Kronofogdemyndigheten. *Årsredovisning 2020*. Sundbyberg: Kronofogdemyndigheten,. 2021.
77. Kronofogdemyndigheten. *Årsredovisning 2018*. Sundbyberg: Kronofogdemyndigheten. 2019.
78. Socialstyrelsen. *Hemlöshet 2017 - omfattning och karaktär*. Socialstyrelsen. 2017.
79. Stadskontoret. *Malmö stads kostnader för hemlöshet*. Malmö: Malmö Stad. 2019.
80. Brottsförebyggande rådet. *Narkotikabrott*. Hämtad från: <https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/narkotikabrott.html> [2011-11-18].
81. Brottsförebyggande rådet. *Dödligt våld i den kriminella miljön 2005–2017*. Rapport 2020:4. Stockholm: Brå. 2020.

82. Europol. *European Union serious and organised crime threat assessment, A corrupting influence: the infiltration and undermining of Europe's economy and society by organised crime*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2021.
83. Brottsförebyggande rådet. *Kriminalstatistik 2020 - Anmälda brott*. Stockholm: Brå. 2021.
84. Polismyndigheten. *Årsredovisning 2020*. Stockholm: Polismyndigheten. 2021.
85. Brottsförebyggande rådet. *Kriminalstatistik 2020 - Handlagda brott*. Stockholm: Brå. 2021.
86. Statistiska centralbyrån. *Genomsnittlig månadslön och lönespridning efter yrke, 2020*. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-statlig-sektor/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-och-lonespridning-efter-yrke/> [2021-11-18].
87. Sveriges Domstolar. *Årsredovisning 2020*. Jönköping: Domstolsverket. 2021.
88. Kriminalvården. *Kriminalvård och Statistik 2020*. Kriminalvården. 2021.
89. Kriminalvården. *Årsredovisning 2020*. Kriminalvården. 2021.
90. Tullverket. *Årsredovisning 2020*. Stockholm: Tullverket. 2021.
91. Janlert U. *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa - en kunskapsöversikt*. Underlagsrapport nr 2 - S 2015:02. Stockholm: Kommissionen för jämlik hälsa. 2016.
92. Statistiska centralbyrån. *Folkmängden den 1 november efter region, ålder och kön. År 2002 - 2020*. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/FolkmandNov/ [2021-11-15].
93. Statistiska centralbyrån. *Arbetslösa 15-74 år (AKU) efter arbetslöshetstidens längd, utbildningsnivå och kön. År 2005 - 2020*. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0401_AM0401P/NAKUArblosaTUtbnivAr/ [2021-11-15].
94. Vision. *Kostnader för personalomsättning - en beräkningsmodell*. 2015.
95. Statistiska centralbyrån. *Genomsnittlig månadslön efter sektor 1992-2020*. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-hela-ekonomin/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-efter-sektor/> [2021-10-15].
96. Vårdgivarguiden. *Företagshälsovård (Företagshälsan)*. Hämtad från: <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/olika-varldformer/foretagshalsovard-foretagshalsan/> [2021-11-23].
97. Arbetsmiljöupplysningen. *Företagshälsovård*. Hämtad från: <https://www.arbetsmiljoupplysningen.se/Vem-gor-vad/Foretagshalsovard/> [2021-11-23].
98. Sveriges Företagshälsor. *Branschfakta*. Hämtad från: <https://www.foretagshalsor.se/sv/branschfakta> [2021-11-23].
99. Statskontoret. *Utnyttja företagshälsovården bättre*. Statskontoret. 2001.
100. Folkhälsomyndigheten. *Årsredovisning 2020*. Östersund: Folkhälsomyndigheten. 2021.
101. Folkhälsomyndigheten. *Beviljade medel 2020*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/statsbidrag/beviljade-medel/beviljade-medel-2020/> [2021-11-23].
102. Socialstyrelsen. *Årsredovisning 2020*. Socialstyrelsen. 2021.
103. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Verksamhetsberättelse med årsredovisning 2020*. CAN. 2021.

104. Beroendecentrum Stockholm. 2020 - *En årsrapport från de nationella stöddlinjerna Alkoholhjälp, Alkoholhjälp och Droghjälp*. Beroendecentrum Stockholm. 2021.
105. UMO. Om UMO. Hämtad från: <https://www.umo.se/om-oss/> [2021-11-24].
106. Föräldraföreningen Mot Narkotika. *Årsredovisning för Riksförbundet Föräldraföreningen Mot Narkotika - Räkenskapsåret 2019-01-01 – 2019-12-31*. 2020.
107. Föräldraföreningen Mot Narkotika. *Riksstämman 2020 - Handlingar*. 2020.
108. Maskrosbarn. Aktiviteter + Stöd. Hämtad från: <https://maskrosbarn.org/aktiviteter-stod/> [2021-11-23].
109. Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare - Göteborg. Häng med på RFHL Göteborgs olika aktiviteter. Hämtad från: <https://www.rfhl-goteborg.com/aktiviteter/> [2021-11-24].
110. Verdandi. *Verksamhetsberättelse och ekonomisk berättelse 2020*. Stockholm: Verdandi. 2021.
111. Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle. Vad vi gör. Hämtad från: <https://www.rns.se/vad-vi-g%C3%B6r-27912170> [2021-11-24].
112. Folkhälsomyndigheten. *Den svenska narkotikasituationen 2020*. Folkhälsomyndigheten. 2021.
113. Skolverket. Timplan för grundskolan. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/undervisning/grundskolan/loroplan-och-kursplaner-for-grundskolan/timplan-for-grundskolan> [2021-11-23].
114. Skolverket. Scheman och lärotider. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/regler-och-ansvar/ansvar-i-skolfragor/scheman-och-larotider> [2021-11-23].
115. Statistiska centralbyrån. Kommunernas kostnader inom pedagogisk verksamhet år 2016–2020. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2020/kommunernas-kostnader-inom-pedagogisk-verksamhet-ar-20162020/> [2021-11-23].
116. Statistiska centralbyrån. Genomsnittlig månadslön efter yrke, 2020. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/loner-och-arbetskostnader/lonestrukturstatistik-regioner/pong/tabell-och-diagram/genomsnittlig-manadslon-efter-yrke/> [2021-12-14].
117. Forskningsrådet för hälsa aov. Programbidrag 2016 – Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Hämtad från: <https://forte.se/om-forte/sarskilda-satsningar/forskningsprogram-inom-strategiska-forskningsomraden/programbidrag-2016-andts/> [2021-11-24].
118. Malmö universitet. Urbana drogscener som riskmiljöer – hur intervenerar polisen och sociala välfärdsinstitutioner och hur påverkar det narkotikaanvändare? Hämtad från: <https://mau.se/forskning/projekt/urbana-drogscener-som-riskmiljoer/> [2021-11-24].
119. Riksbankens Jubileumsfond. Urbana drogscener som riskmiljöer – hur intervenerar polisen och sociala välfärdsinstitutioner och hur påverkar det narkotikaanvändare? Hämtad från: <https://www.rj.se/anslag/2018/urbana-drogscener-som-riskmiljoer--hur-intervenerar-polisen-och-sociala-valfardsinstitutioner-och-hur-paverkar-det-narkotikaanvandare/> [2021-11-24].
120. Internetmedicin (Joar Guterstam). Narkotikaabstinens. Hämtad från: <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/abstinens-vid-narkotikamissbruk-handlaggning/> [2011-11-15].
121. Socialstyrelsen. Skadligt bruk av droger, drogberoende. Hämtad från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/skadligt-bruk-av-droger-drogberoende/558> [2021-11-15].

122. Vingård E, Alexanderson K, Norlund A. *Consequences of being on sick leave*. Scand J Public Health Suppl. 2004;63:207-15.
123. Statistiska centralbyrån. Sysselsatta 15-74 år (AKU), därav i arbete samt därav frånvarande hela veckan efter kön och ålder. År 1970 - 2020. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AM_AM0401_AM0401I/NAKUSysselsatta2Ar/ [2021-11-15].
124. Statistiska centralbyrån. Sysselsättning i Sverige. Hämtad från: <https://scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/samhallets-ekonomi/sysselsattning-i-sverige/> [2021-10-20].
125. Hartunian NS, Smart CN, Thompson MS. *The incidence and economic costs of cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease, and stroke: a comparative analysis*. Am J Public Health. 1980;70(12):1249-60.
126. Møller L, Matic S. *Best practice in estimating the costs of alcohol – Recommendations for future studies*. Copenhagen: World Health Organization. 2010.
127. Olofsson S, Hjalte F. *Personskadekostnader och livskvalitetsförluster till följd av olyckor i hem- och fritidsområdet – En förstudie av definition och mätning*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. 2019.
128. Agardh E, Boman U, Allebeck P. *Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsburden - Utvecklingen i Sverige 1990-2010 kartlagd utifrån DALY-metoden*. Läkartidningen. 2015;112(C4TH).
129. Svensson M, Nilsson F. *TLV:s betalningsvilja för nya läkemedel har analyserats. Kostnadseffektivitet och sjukdomens svårighetsgrad avgörande för subvention – cancerläkemedel får kosta mer*. Läkartidningen. 2016;113(DX44).
130. Persson U, Olofsson S. *Ett QALY är värt mer än två miljoner kronor*. Läkartidningen. 2018;115(E96F).
131. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. *Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden*. Health Policy. 2001;55(1):51-69.
132. Brottsoffermyndigheten. *Årsredovisning 2020*. Umeå: Brottsoffermyndigheten. 2021.
133. Uppsala universitet. *Hälsoekonomiskakonsekvenser av användning av anabola steroider i Sverige*. Folkhälsomyndigheten. 2020.
134. Pacula RL, Smart R. *Medical Marijuana and Marijuana Legalization*. Annu Rev Clin Psychol. 2017;13:397-419.
135. The Conversation. *Canada's marijuana legalization provides lessons to the world on selling cannabis*. Hämtad från: <https://theconversation.com/canadas-marijuana-legalization-provides-lessons-to-the-world-on-selling-cannabis-166645> [2021-11-24].
136. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Cannabis legislation in Europe - An overview*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2018.
137. Tagesspiegel. *Das steht im Koalitionsvertrag von SPD, FDP und Grünen*. Hämtad från: <https://www.tagesspiegel.de/politik/ampel-regierung-stellt-plaene-vor-das-steht-im-koalitionsvertrag-von-spd-fdp-und-gruenen/27829770.html> [2021-11-24].

Appendix

Tabell A1: Antal besök och vårdtillfällen inom hälso- och sjukvården

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Slutenvård	13 571	15 081	16 753	19 943	21 009	19 264	20 286	20 793	20 714	19 667
Specialiserad öppenvård	39 002	41 347	45 165	52 059	62 519	6 2714	65 024	65 623	67 191	64 203
Psykiatrisk tvångsvård (LPT)	1 053	1 371	1 936	2 269	1 978	2 022	2 272	2 498	2 266	2 181

Not: Uppgifter avser diagnoskoder F11–F16 och F18–F19. Källa: Socialstyrelsen (36).

Tabell A2: Antal anmälda narkotikabrott

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Narkotika-brott	89 436	94 602	96 178	95 324	94 035	90 883	100 447	106 521	113 071	124 044

Not: Med narkotikabrott avses brott som regleras i narkotikastrafflagen (1968:64). Källa: Brå (80).

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) grundades 1979, och är därmed det äldsta hälsoekonomiska forskningscentret i Sverige. Som ett oberoende forskningsinstitut med rötterna i hälsoekonomi arbetar vi med uppdragsgivare från alla samhällssektorer för att generera evidens för ett sunt beslutsfattande. Våra uppdragsgivare finns såväl i Sverige som internationellt.

IHE är specialiserat på tillämpad policyanalys och hälsoekonomiska studier, baserat på kunskap från framkanten av internationell utveckling samt oberoende intern metodutveckling. Arbetet var tidigt inriktat på att utveckla metoder för hälsoekonomiska utvärderingar och att genomföra analyser av behandlingsalternativ för att stödja beslutsfattande inom hälso- och sjukvården.

IHE är en av Nordens största och mest erfarna hälsoekonomiska forskargrupper. Vår personal består av erfarna akademiska hälsoekonomer och högkvalificerade tvärvetenskapliga specialister inom hälsoekonomi, medicinsk vetenskap, statistik och företagsekonomi.

Utöver våra projektuppdrag arrangerar IHE också årligen IHE Forum, en policyinriktad, tvådagarskonferens där hälso- och sjukvårdens aktörer möts och diskuterar aktuella ämnen. Vi håller också öppna och skräddarsydda kurser inom hälsoekonomi, samt organiserar ett nätverk för svenska hälsoekonomer med årliga möten sedan 2002.



Informerat beslutsfattande för hälsa och välfärd

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
The Swedish Institute for Health Economics
www.ihe.se