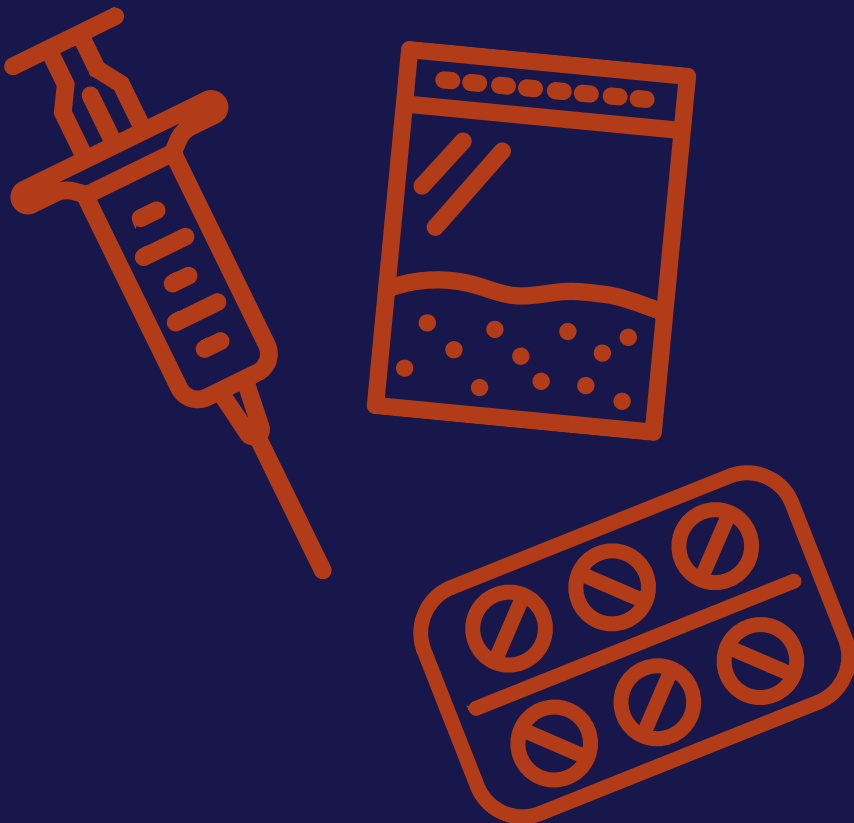


Samhällsekonomiska konsekvenser av förändrat narkotikabruk i Sverige – Scenarier för förändrad användning

Emelie Andersson och Sofia Löfvendahl



Författare:

Emelie Andersson, IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Sofia Löfvendahl, IHE - Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Citera rapporten som:

Andersson E, Löfvendahl S. Samhällsekonomiska konsekvenser av förändrat narkotikabruk i Sverige - Scenarier för förändrad användning. IHE RAPPORT 2024:7, IHE: Lund

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

IHE RAPPORT 2024:7

e-ISSN: 1651-8179

ISSN: 1651-7598

© IHE- Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi

Rapporten kan laddas ner från IHE's hemsida

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Sammanfattning	5
Summary.....	7
1. Introduktion	9
2. Syfte.....	10
3. Metod	11
3.1 Studieupplägg	11
3.2 Uppdatering av samhällskostnaderna för narkotikabruk	11
3.2.1 Personer med problematiskt narkotikabruk	11
3.2.2 Beräkning av kostnader	11
3.3 Scenarioanalys av förändrat narkotikabruk	12
3.3.1 Förekomst av narkotikaanvändning per substansgrupp	13
3.3.2 Kostnader per substansgrupp.....	14
4. Resultat.....	15
4.1 Samhällskostnader för narkotikabruk	15
4.2 Eventuella konsekvenser av förändrat narkotikabruk	16
4.2.1 Känslighetsanalys	17
5. Diskussion.....	19
Referenser.....	23
Bilaga	25

Förord

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) har gjort en uppdatering av studien samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige år 2020 (IHE-rapport 2022:5). Anledningen till uppdateringen är att Folkhälsomyndigheten har gjort en ny registerbaserad skattning av förekomsten av problematiskt narkotikabruk i Sverige för år 2020. Kostnadsberäkningarna som presenteras i rapporten baseras på ny information om antal personer med problematiskt narkotikabruk medan studieupplägg, antaganden och beräkningsmetoder är desamma som i IHE-rapport 2022:5. För en detaljerad redovisning av metod och data hänvisas till den tidigare rapporten. I denna rapport har IHE också beräknat hur de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige skulle påverkas av ett förändrat antal personer som använder narkotika utifrån nivåer för länder i EU. Vi riktar ett stort tack till Joakim Strandberg, Anne Leppänen och Sofie Larsson vid Folkhälsomyndigheten som har bistått med synpunkter och underlagsmaterial. Folkhälsomyndigheten har finansierat denna rapport. Det är författarna ensamma som svarar för analys och rapportens innehåll.

Lund, maj 2024

Peter Lindgren

Verkställande direktör, IHE

Sammanfattning

Denna rapport har beräknat de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk år 2020 baserat på en tidigare rapport från IHE (1) och utifrån ny information om antal personer i Sverige med problematiskt narkotikabruk år 2020 från Folkhälsomyndigheten. I rapporten presenteras också en analys av hur de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige eventuellt skulle påverkas till följd av förändrad användning av narkotika.

Den nya skattningen av antalet personer med problematiskt narkotikabruk i Sverige innebär mer än en fördubbling, från 29 500 i den tidigare rapporten till 71 000 personer. Kostnader relaterade till vård av psykisk ohälsa, suicidförsök samt immateriella kostnader kopplade till livskvalitet hos personer som använder narkotika baserades i den tidigare rapporten på skattningen av antalet personer med problematiskt narkotikabruk och har därför uppdaterats i denna rapport. Scenarioanalyserna av konsekvenser till följd av förändrat narkotikabruk i Sverige baserades på data om användning av olika typer av narkotika för länder i EU (2). Statistiken över narkotikaanvändning i Europa presenteras uppdelat på substansgrupperna cannabis, kokain, MDMA (ecstasy), amfetaminer och opioider. I scenarioanalysen jämfördes användningen av respektive substansgrupp i Sverige med den genomsnittliga användningen per substansgrupp i EU samt med den genomsnittliga användningen i den högsta respektive lägsta kvartilen av användning i EU. Metoden för analyserna har delvis tagit utgångspunkt från en norsk rapport från 2020 (3).

Samhällskostnaderna för narkotikabruk beräknas uppgå till 44,1 miljarder kronor år 2020. De direkta kostnaderna beräknades stå för 15 miljarder (34%), de indirekta kostnaderna för 8,4 miljarder (19%) och de immateriella kostnaderna för 20,7 miljarder (47%). Värderingen av de immateriella kostnaderna ska dock 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.

Uppdaterade samhällskostnader för narkotikabruk år 2020 per kostnadspost

Kostnadspost	Kostnader (Miljoner kronor)
Direkta kostnader	15 005
Indirekta kostnader	8 382
Immateriella kostnader	20 700
Totala kostnader	44 086

Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige varit i nivå med kvartilen länder med lägst rapporterad användning i EU så beräknas samhällskostnaderna till 23,4 miljarder kronor. Detta skulle innebära en minskning av kostnaderna från nuvarande nivå med 20,6 miljarder (-47%). Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara lika hög som i EU i genomsnitt så beräknas kostnaderna till 64,4 miljarder kronor, vilket innebär en ökning av samhällskostnaderna med 46%. Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara lika hög som i kvartilen länder med högst användning i EU så beräknas kostnaderna till 109,6 miljarder kronor. Detta skulle innebära en ökning av samhällskostnaderna med 65,5 miljarder kronor (+149%).

Beräknade kostnader enligt scenarios (miljoner kronor)

Substansgrupp	Sverige idag	EU-Låg	EU-Genomsnitt	EU-Hög
Cannabis	3 349	2 809	5 073	7 487
Kokain	10 577	3 173	11 140	16 204
Ecstasy	8 462	2 115	9 024	15 213
Amfetamin	7 404	1 058	7 404	10 780
Opioider	14 294	14 294	31 781	59 912
TOTALT	44 086	23 449	64 422	109 595
Förändring i kronor		-20 637	+20 336	+65 509
Förändring i andel		-47%	+46%	+149%

Scenarioanalysen och fördelningen av samhällskostnaderna per substansgrupp ska tolkas med försiktighet då det bygger på självrapporterade uppgifter och antaganden om frekvent användning eller användning som leder till samhällskostnader. Analysen pekar dock på att en förändring av narkotikaanvändningen i Sverige kan få stora samhällsekonomiska konsekvenser, både i form av kostnadsbesparingar vid en minskad användning och kostnadsökningar vid en ökad användning. Det finns alltså starka samhällsekonomiska skäl att arbeta förebyggande för att minska narkotikaanvändning och relaterade skador.

Summary

This report has calculated the socioeconomic costs of narcotic drug use in 2020 based on a previous report from the IHE (1) and on new information on the number of people in Sweden with problem drug use in 2020 from the Public Health Agency of Sweden. The report also presents an analysis of how the socioeconomic costs of narcotic drug use in Sweden might be affected by changes in narcotic drug use.

The new estimate of the number of people with problem drug use in Sweden more than doubles, from 29 500 in the previous report to 71 000. In the previous report, costs related to mental health care, suicide attempts and intangible costs related to the health-related quality of life of people who use narcotic drugs were based on the estimate of the number of people with problem drug use and have therefore been updated in this report. The scenario analyses of the consequences of changes in narcotic drug use in Sweden were based on data on the use of different types of drugs for countries in the EU (2). The statistics on narcotic drug use in Europe are presented by substance groups: cannabis, cocaine, MDMA (ecstasy), amphetamines and opioids. In the scenario analysis, the use of each substance group in Sweden was compared with the average use per substance group in the EU and with the average use in the highest and lowest quartiles of use in the EU. The methodology for the analyses was partly based on a Norwegian report from 2020 (3).

The societal costs of narcotic drug use are estimated at SEK 44.1 billion in 2020, with direct costs accounting for an estimated SEK 15 billion (34%), indirect costs for SEK 8.4 billion (19%) and intangible costs for SEK 20.7 billion (47%). However, the valuation of intangible costs should be interpreted with caution. The causal link between narcotic drug use and, for example, homelessness, unemployment, or mental health problems is not clear cut and often runs in both directions, leading to uncertainty about the magnitude of the costs.

Updated societal costs of narcotic drug use in 2020 by cost item

Cost item	Costs (in million SEK)*
Direct costs	15 005
Indirect costs	8 382
Intangible costs	20 700
Total costs	44 086

*SEK=Swedish kronor

If the prevalence of narcotic drug use in Sweden had been in line with the quartile of countries with the lowest reported use in the EU, the societal costs are estimated at SEK 23.4 billion. This would mean a reduction in costs from the current level of 20.6 billion (-47%). If the prevalence of narcotic drug use in Sweden were to be as high as the EU average, costs would be estimated at SEK 64.4 billion, representing an increase in societal costs of 46%. If the prevalence of narcotic drug use in Sweden were to be as high as in the quartile of countries with the highest use in the EU, the costs would be estimated at SEK 109.6 billion. This would mean an increase in societal costs of SEK 65.5 billion (+149%).

*Estimated costs under different scenarios (in million SEK)**

Substance group	Sweden today	EU-Low	EU-Average	EU-High
Cannabis	3 349	2 809	5 073	7 487
Cocaine	10 577	3 173	11 140	16 204
Ecstasy	8 462	2 115	9 024	15 213
Amphetamines	7 404	1 058	7 404	10 780
opioids	14 294	14 294	31 781	59 912
TOTALT	44 086	23 449	64 422	109 595
Change in SEK*		-20 637	+20 336	+65 509
Change in proportion		-47%	+46%	+149%

*SEK=Swedish kronor

The scenario analysis and the distribution of societal costs per substance group should be interpreted with caution as it is based on self-reported data and assumptions about frequent use or use that leads to societal costs. However, the analysis indicates that a change in narcotic drug use in Sweden could have major socioeconomic consequences, both in terms of cost savings from reduced use and cost increases from increased use. There are thus strong socioeconomic reasons to work preventively to reduce narcotic drug use and related harm.

1. Introduktion

I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät från 2021 uppgav 3,9 procent av befolkningen i åldern 16-64 år att de använt någon typ av narkotika under de senaste 12 månaderna. I Folkhälsomyndighetens rapport om den svenska narkotikasituationen 2021 framgår att antalet narkotikabeslag och narkotikabrott ökat sedan 2016 (4). Under de senaste tio åren har också antalet som vårdas i slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för problem orsakade av narkotika ökat. När det gäller narkotikarelaterade dödsfall skedde en årlig minskning mellan 2018 och 2021, men 2022 ökade åter antalet dödsfall och ligger fortsatt på en hög nivå (5).

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) genomförde tidigare, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten, en hälsoekonomisk studie för att belysa de ekonomiska konsekvenserna av narkotikabruk (1). Studien gav en helhetsbild av samhällets kostnader för narkotikabruk i Sverige år 2020. Analysen antog ett brett samhällsperspektiv där direkta, indirekta och även immateriella kostnader inkluderades. De samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk år 2020 beräknades till 38,5 miljarder kronor, där de direkta kostnaderna svarade för 38 procent, de indirekta kostnaderna för 22 procent och de immateriella kostnaderna stod för runt 40 procent av de totala kostnaderna.

En del av kostnaderna i den tidigare IHE rapporten baserades på en skattning av antalet personer i Sverige med ”problematiskt narkotikabruk” år 2007 (6). Man definierade problematiskt narkotikabruk som den användning av narkotika som leder till problem för individen och som uppkommit till följd av narkotikabruket. Folkhälsomyndigheten har nyligen publicerat en uppdaterad skattning av antalet personer med problematiskt narkotikabruk som är högre än tidigare skattning (7), vilket tyder på att kostnaderna i den tidigare IHE rapporten delvis är underskattade.

Jämfört med andra europeiska länder ligger Sverige under den genomsnittliga nivån, 9 procent jämfört med 14 procent, när det gäller andelen unga vuxna (15-34 år) som använt någon form av narkotika under de senaste 12 månaderna (8, 9). Andelen i den vuxna befolkningen (15-64 år) i Sverige som någon gång provat cannabis var 17,4 procent år 2020 enligt en europeisk sammanställning, vilket kan jämföras med 27,3 procent i genomsnitt i Europeiska unionen (EU) (10). Samtidigt har användningen av cannabis ökat i Sverige under 2000-talet, där den största ökningen skett i åldersgruppen 30-44 år (11). Användningen av narkotika kan påverkas av många olika faktorer såsom förebyggande arbete, narkotikamarknaden och lagstiftning. Förändringar inom dessa områden kan exempelvis påverka användningen genom förändrade attityder och riskbeteenden (3, 12).

I en norsk studie av Oslo Economics från 2020 analyserades konsekvenserna av en förändrad användning av illegala droger i Norge baserat på användningen av narkotika i EU och USA (3). Studien beräknade att om användningen av narkotika i Norge skulle öka till genomsnittsanvändningen för EU så skulle den totala sjukdomsburden mätt i kostnader öka med 39 procent. En motsvarande analys för Sverige saknas.

2. Syfte

Syftet med denna studie är tvådelat:

1. Att uppdatera de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk som presenterats i en tidigare rapport från IHE utifrån ny information om antal personer i Sverige med problematiskt narkotikabruk år 2020 från Folkhälsomyndigheten.
2. Att kvantifiera hur de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige eventuellt skulle påverkas till följd av förändrad användning av narkotika.

3. Metod

3.1 Studieupplägg

Beräkningen av samhällskostnaderna för narkotikabruk är en uppdatering av den tidigare studien om samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige år 2020 (1). De uppdaterade kostnadsberäkningarna har baserats på en ny skattning av antal personer med problematiskt narkotikabruk i Sverige för år 2020 (7) medan studieupplägg, antaganden och beräkningsmetoder är desamma som i den tidigare IHE rapporten (1). I avsnittet nedan ges en kort beskrivning av aktuell studiepopulation och metod för kostnadsberäkningarna. För en detaljerad redovisning av metod och data för övriga delar hänvisas till den tidigare IHE rapporten (1).

Scenarioanalyserna av konsekvenser till följd av förändrat narkotikabruk i Sverige baserades på data om användning av olika typer av narkotika för länder i EU (2). Metoden för analyserna har delvis tagit utgångspunkt från en norsk rapport från år 2020 (3).

3.2 Uppdatering av samhällskostnaderna för narkotikabruk

3.2.1 Personer med problematiskt narkotikabruk

Folkhälsomyndigheten har nyligen publicerat en uppdaterad skattning av antalet personer med problematiskt narkotikabruk som är högre än tidigare skattningar (7). Problematiskt narkotikabruk definierades som ett återkommande bruk av narkotika som orsakar faktiska skador för individen, alternativt medför ökad risk för att individen ska råka ut för sådana skador. Baserat på registerdata¹ tillsammans med en korrigeringsfaktor för mörkertalet skattades det totala antalet personer med problematiskt narkotikabruk i Sverige år 2020 till omkring 71 000 personer.

3.2.2 Beräkning av kostnader

I den tidigare IHE rapporten om de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige år 2020 beräknades kostnaderna utifrån en sjukdomskostnads kalkyl. Ett brett samhällsperspektiv antogs i kalkylen och inkluderade direkta kostnader, indirekta kostnader samt immateriella kostnader. De *direkta kostnaderna* utgjordes bland annat av kostnader för vård och behandling för personer som använder narkotika och kostnader för rättsväsendet. De *indirekta kostnaderna* inkluderade kostnader för produktionsbortfall till följd av arbetslöshet och förtida dödsfall. De *immateriella kostnaderna* skattades utifrån värdet av försämrad livskvalitet hos personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika och hos närstående. Beräkningarna baserades på offentligt tillgängliga uppgifter från myndigheter och registerhållare samt publicerade studier. För en detaljerad beskrivning av olika kostnadskomponenter och antaganden för beräkningarna, se tidigare rapport (1).

Kostnader relaterade till 1) vård vid psykisk ohälsa, 2) suicidförsök samt 3) immateriella kostnader kopplade till livskvalitet hos personer som använder narkotika inkluderades i den tidigare IHE rapporten och baserades på den tidigare skattningen av antalet personer med problematiskt narkotikabruk (6). I den skattningen beräknades runt 29 500 personer i Sverige ha ett problematiskt narkotikabruk år 2007. Jämfört med den nya skattningen baserades den äldre på en snävare definition av problematiskt narkotikabruk samt på en annan statistisk

¹ Data från patientregistret (både slutenvård och specialiserad öppenvård) på Socialstyrelsen, Registret över tvångsvård enligt Lagen om vård av missbrukare (LVM), Försäkringskassans register och Kriminalvårdsregistret.

metod. Den föregående skattningen byggde på information om narkotikarelaterade diagnoser registrerade i Patientregistret (endast slutenvård) hos Socialstyrelsen samt information om ”grava narkotikamissbrukare”² inom kriminalvården enligt Kriminalvårdens register (6). Den nya skattningen innebär mer än en fördubbling av det beräknade antalet personer med problematiskt narkotikabruk, 71 000 personer jämfört med tidigare 29 500.

3.3 Scenarioanalys av förändrat narkotikabruk

Scenarioanalysen har utgått från metoden i den norska rapporten från år 2020. Där analyserades konsekvenserna av en förändrad användning av illegala droger i Norge i relation till användningen av narkotika i EU och USA (3). Scenarioanalysen i den norska studien utgick från uppgifter ur den europeiska narkotikarapporten från år 2020 publicerad av EU:s narkotikamyndighet (EMCDDA) (13). Statistiken över narkotikaanvändning i Europa presenterades uppdelad på substansgrupperna cannabis, kokain, MDMA (ecstasy), amfetamin och opioider. Uppgifter om användning redovisas för varje land separat och för EU som helhet samt för EU tillsammans med Turkiet och Norge. I den norska scenarioanalysen jämfördes användningen av respektive substansgrupp i Norge med den genomsnittliga användningen per substansgrupp i EU samt med den genomsnittliga användningen i den högsta respektive lägsta kvartilen av användning i EU (3). Samma upplägg har använts i denna studie men med data från EMCDDA's rapport från år 2023 (2)³.

Uppgifter om användningen av narkotika i Europa finns presenterad för andelen i olika länder som använt respektive substansgrupp under de senaste 12 månaderna (2). Det är därför dessa uppgifter ligger som grund för scenarioanalysen av eventuella konsekvenser för samhällskostnaderna vid förändrad användning av narkotika. Men för att få en rättvis bild av hur de samhällsekonomiska kostnaderna påverkas av en förändrad narkotikaanvändning måste användningsmönstret inom de olika substansgrupperna beaktas. Bakgrunden är att det finns grupper av personer vars narkotikabruk inte leder till att de kommer i kontakt med sjukvården, kriminalvården, blir frånvarande från sitt arbete eller på annat sätt föranleder en kostnad för samhället (3). Exempelvis är användningen av cannabis relativt hög jämfört med andra substansgrupper, men endast en mindre andel av cannabisbruket förväntas leda till samhällsekonomiska kostnader jämfört med andra substansgrupper (3, 14). Effekterna av en ökad användning av cannabis borde därför få en mindre effekt på de samhällsekonomiska kostnaderna jämfört med exempelvis en ökad användning av opioider.

Scenarioanalysen av förändrat narkotikabruk är sammanfattningsvis uppbyggd i två delar. I den första delen identifierades relevanta substansgrupper samt andelen brukare inom varje grupp baserat på uppgifter om användning de senaste 12 månaderna. Dessa andelar ligger till grund för scenarioanalysen där användningen i Sverige jämförs med användningen i EU. I den andra delen skattades hur stor andel av samhällskostnaderna för narkotika som kan härledas till respektive substansgrupp. Dessa kostnader speglar sedan hur stor påverkan en förändring av användningen av olika substansgrupper får på de totala samhällskostnaderna för narkotikaanvändning i Sverige.

² Personer som injicerat narkotika eller använt narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen under de senaste tolv månaderna i frihet vid inskrivning i Kriminalvården.

³ Rapporten är från 2023 men året för datainhämtning om narkotikabruk varierar för olika länder (vanligast är data från åren 2018-2021 men för något land är data från 2013).

3.3.1 Förekomst av narkotikaanvändning per substansgrupp

Uppgifter om andelen av befolkningen som använt respektive substansgrupp de senaste 12 månaderna i Sverige och i EU-länder användes för att skapa scenarios för procentuell förändring av narkotikabruk i Sverige. Information om andel i den svenska befolkningen (17-84 år) som använt cannabis, kokain och MDMA (ecstasy) under de senaste 12 månaderna har hämtats från en rapport av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) från år 2022 (15). Rapporten är baserad på en datainsamling från en enkät riktad till ett riksrepresentativt urval av befolkningen i åldern 17-84 år. Totalt medverkade 36 844 personer i undersökningen.

För opioider, för vilket det saknas tillförlitliga data i CAN-rapporten på grund av få observationer och en större risk för underskattning av opioidanvändning jämfört med andra substansgrupper i denna typ av enkätundersökningar (16), har vi använt oss av information från Narkotikautredningen från 2023 (12). I utredningen bedöms att antalet personer med skadligt bruk av opioider i Sverige skulle kunna vara lika högt som EU-genomsnittet för år 2021, vilket enligt utredningen motsvarar 0,4 procent eller cirka 40 000 personer i Sverige givet en befolkningensmängd på 10 miljoner. Vidare i utredningen uppskattas att cirka 10 000 av de potentiella 40 000 personerna har återkommande kontakt med sjukvården med anledning av bruk av opioider. Mot bakgrund av att det råder osäkerhet kring antalet personer som använder opioider gjorde vi två scenarioanalyser av förändrat narkotikabruk, där vi för Sverige varierade antalet användare av opioider mellan de två analyserna. I grundanalysen antogs att andelen i befolkningen som använt opioider under de senaste 12 månaderna är 0,1 procent. I en känslighetsanalys antogs att en högre andel, 0,4 procent, brukat opioider under de senaste 12 månaderna. Uppgifter om antalet personer som brukar opioider presenteras i Bilaga⁴.

I Tabell 1 presenteras uppgifterna om andelen som använt olika typer av narkotika de senaste 12 månaderna i Sverige och i genomsnitt i EU samt i den lägsta respektive högsta kvartilen av användning i EU-länder, vilket ligger till grund för scenarioanalysen av förändrat narkotikabruk i Sverige. Uppgifterna pekar på att Sverige ligger nära genomsnittet i EU för användningen av kokain, ecstasy och amfetamin, medan användningen av cannabis och opioider är lägre i Sverige än genomsnittet i EU. I känslighetsanalysen ligger användningen av opioider i Sverige högre än genomsnittet i EU.

Tabell 1 Andel som använt olika typer av narkotika under de senaste 12 månaderna

Substansgrupp	Sverige*	EU-Låg**	EU-Genomsnitt**	EU-Hög**
Cannabis	3,1%	2,6%	6,1%	10,3%
Kokain	1,0%	0,3%	1,1%	2,0%
Ecstasy	0,8%	0,2%	0,9%	2,0%
Amfetamin	0,7%	0,1%	0,7%	1,3%
Opioider	0,1%	0,1%	0,3%	0,7%

*Andel i befolkningen (17-84 år) som använt narkotikaklassade preparat under de senaste 12 månaderna, båda könen år 2021 (15). Källa för opioidanvändning: Narkotikautredningen 2023 (12). **Källa: European Drug Report 2023 (2).

⁴ Skattningen av antalet personer som använder opioider baseras i denna rapport på befolkningsstatistik från SCB där en befolkningensmängd på 8,2 miljoner personer i åldersgruppen 17-84 år har använts. (17) Detta skiljer sig från Narkotikautredningen där ett befolkningsunderlag på 10 miljoner personer har antagits. Antalet personer som använder opioider i denna analys blir därför något lägre än de 10 000 respektive 40 000 personer som presenteras i Narkotikautredningen (8 172 respektive 32 688 personer i denna analys).

3.3.2 Kostnader per substansgrupp

För att koppla scenarioanalysen av förändrad narkotikaanvändning till konsekvenser för de samhällsekonomiska kostnaderna har vi ankrat i den norska studien och i vad de kallar ”högrisk-användning” (3). Detta begrepp definierades som all användning av opioider under de senaste 12 månaderna, användning av cannabis minst 20 av de senaste 30 dagarna, eller användning av kokain eller centralstimulerande medel minst en gång i veckan under de senaste 12 månaderna. Enligt vår kännedom finns det inga vedertagna definitioner av ”högrisk-användning” inom olika substansgrupper och analysen bygger därför på samma antaganden som i den norska studien. Dock används begreppet ”frekvent användning” i denna rapport.

Statistik över användningsfrekvens per substansgrupp i Sverige har primärt hämtats från rapporten av CAN från 2022 (15). I brist på annan data definierades frekvent användning av kokain, ecstasy och amfetamin som användning 50 gånger eller mer det senaste året. I Sverige saknas dock uppgifter om användning av cannabis minst 20 av de senaste 30 dagarna. Därför användes den norska studien för att skatta hur stor del av kostnaderna för narkotikabruk som kan kopplas till bruk av cannabis (3). Denna andel skattades till omkring 8 procent i Norge baserat på de särrapporterade kostnaderna för cannabisbruk i den norska rapporten. Andelen på 8 procent användes för att bryta ut kostnader för cannabisbruk från de totala kostnaderna i Sverige. Resterande 92 procent av samhällskostnaderna för narkotika fördelades på övriga substansgrupper efter antagande om frekvent användning. Definitionen av frekvent användning av opioider antogs vara all användning under det senaste året. Det skattade antalet frekventa användare av kokain, ecstasy, amfetamin och opioider samt fördelningen av samhällskostnaderna för narkotikaanvändning på substansgrupp presenteras i Bilaga.

Fördelningen av samhällskostnaderna för narkotikabruk i Sverige utifrån substansgrupp och frekvent användning ska tolkas med försiktighet då uppdelningen av samhällskostnaderna inte nödvändigtvis speglar den sanna fördelningen av kostnader. Den ursprungliga beräkningen av samhällskostnader i Sverige som ligger till grund för scenarioanalysen är inte skattad utifrån substansgrupp och en uppdelning bedömdes inte vara möjlig utifrån det underlag som låg till grund för de initiala beräkningarna. Därför användes antaganden om frekvent användning för att kunna skatta andelen av kostnaderna som kan härledas till kokain, ecstasy och amfetamin. Andelen av samhällskostnaderna för narkotika som härleds till cannabisbruk ska också tolkas med försiktighet då det baseras på användningen av narkotika i Norge. Dessutom förekommer användning av andra substanser av narkotika som genererar kostnader men som inte ingår i scenarioanalysen.

I den norska studien antogs att nya användare av narkotika i något mindre utsträckning får hälso- och arbetsrelaterade problem jämfört med befintliga användare (3). För att ta hänsyn till detta antog man hälften så stor hälsoförlust för nya användare jämfört med befintliga, bortsett från bruk av opioider där samma hälsoförlust antogs. Samma antagande gjordes för anhörigas hälsoförlust. För resterande kostnader, bortsett från sjukvårdskostnader, antogs hälften så stora kostnader för nya användare jämfört med befintliga. För sjukvårdskostnaderna antogs samma kostnader för nya användare som befintliga (3). Utifrån de skattade samhällskostnaderna som ligger till grund för denna studie saknas möjlighet att bryta ut opioider från de immateriella kostnaderna på motsvarande sätt som gjordes i den norska rapporten för sjukdomsburda. Men baserat på en liknande princip applicerades hälften så stora kostnader för nya användare av narkotika jämfört med befintliga när det gäller alla kostnader bortsett från sjukvårdskostnader där vi antog samma kostnader för nya användare som för befintliga.

4. Resultat

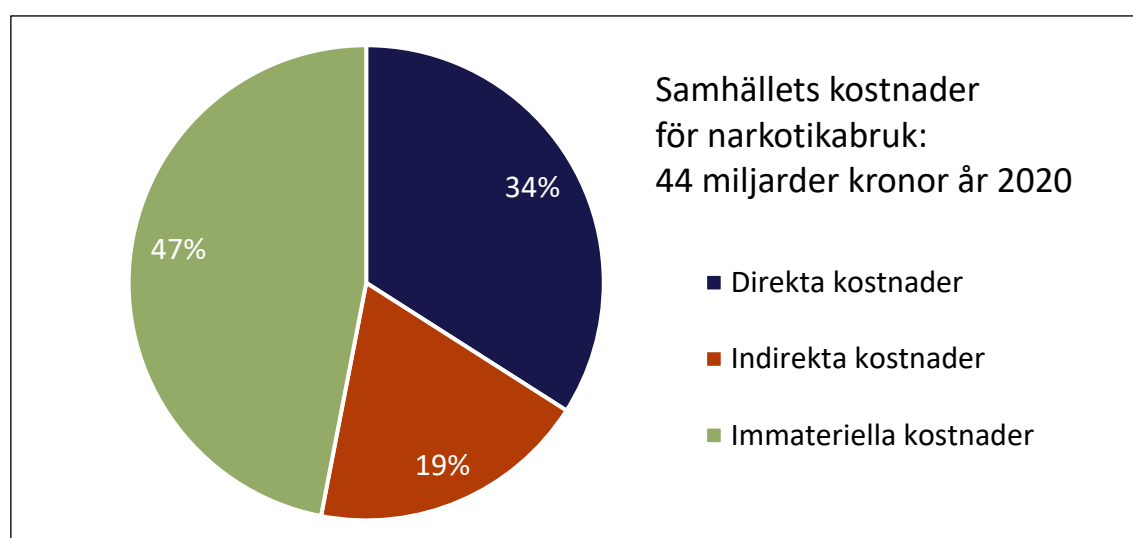
4.1 Samhällskostnader för narkotikabruk

Resultaten för samhällskostnaderna för narkotikabruk i Sverige år 2020 redovisas i Tabell 2 och Figur 1. De uppdaterade beräkningarna för kostnader relaterade till vård av psykisk ohälsa och suicidförsök inkluderas i de direkta kostnaderna medan kostnader kopplade till livskvalitet hos personer som använder narkotika inkluderas i de immateriella kostnaderna. Samhällskostnaderna för narkotikabruk beräknades till 44,1 miljarder kronor år 2020. De direkta kostnaderna beräknades stå för 15 miljarder (34%), de indirekta kostnaderna för 8,4 miljarder (19%) och de immateriella kostnaderna för 20,7 miljarder (47%).

Det är således en tredjedel av samhällskostnaderna som beräknas leda till direkta samhällskostnader, såsom kostnader för vård och behandling av personer som använder narkotika och för rättsväsendet. Kostnader för organiserad brottslighet inkluderas dock inte då uppgifter saknas för hur stor andel som entydigt kan knytas till narkotika. Nästan hälften av de skattade samhällskostnaderna relateras till värdet av försämrad livskvalitet hos personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika och hos närstående.

Tabell 2 Uppdaterade samhällskostnader för narkotikabruk år 2020 per kostnadspost

Kostnadspost	Kostnader (Miljoner kronor)
Direkta kostnader	15 005
Indirekta kostnader	8 382
Immateriella kostnader	20 700
Totala kostnader	44 086



Figur 1 Fördelning av uppdaterade samhällskostnader för narkotikabruk år 2020

4.2 Eventuella konsekvenser av förändrat narkotikabruk

I Tabell 3 visas hypotetisk procentuell förändring av andelen som använt olika typer av narkotika i Sverige för de tre scenarioanalyserna EU-Låg, EU-Genomsnitt och EU-Hög. Detta indikerar att användningen av cannabis och opioider får störst genomslag på skillnaden i kostnader om Sverige skulle ha en liknande användning av dessa substansgrupper som genomsnittet i EU eller som kvartilen länder med högst användning. Om Sverige i stället låg på samma användarnivå som kvartilen länder med lägst användning så skulle skillnaden i kostnader få störst genomslag för användningen av kokain, ecstasy och amfetamin.

Tabell 3 Procentuell förändring av andel som använt olika typer av narkotika under de senaste 12 månaderna jämfört med nuvarande nivå

Substansgrupp	EU-Låg	EU-Genomsnitt	EU-Hög
Cannabis	-16%	97%	232%
Kokain	-70%	10%	100%
Ecstasy	-75%	13%	150%
Amfetamin	-86%	0%	86%
Opioider	0%	230%	600%

De beräknade samhällskostnaderna för scenarioanalysen av förändrat narkotikabruk i Sverige presenteras i Tabell 4. Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige varit i nivå med kvartilen länder med lägst användning så beräknas samhällskostnaderna till 23,4 miljarder kronor. Detta skulle innebära en minskning av kostnaderna från nuvarande nivå med 20,6 miljarder (-47%). Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara lika hög som i EU i genomsnitt så beräknas kostnaderna till 64,4 miljarder kronor, vilket innebär en ökning av samhällskostnaderna med 46%. Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara lika hög som i kvartilen länder med högst användning så beräknas kostnaderna till 109,6 miljarder kronor. Detta skulle innebära en ökning av samhällskostnaderna med 65,5 miljarder kronor (+149%).

Tabell 4 Beräknade kostnader enligt scenarios (miljoner kronor)

Substansgrupp	Sverige idag	EU-Låg	EU-Genomsnitt	EU-Hög
Cannabis	3 349	2 809	5 073	7 487
Kokain	10 577	3 173	11 140	16 204
Ecstasy	8 462	2 115	9 024	15 213
Amfetamin	7 404	1 058	7 404	10 780
Opioider	14 294	14 294	31 781	59 912
TOTALT	44 086	23 449	64 422	109 595
Förändring i kronor		-20 637	+20 336	+65 509
Förändring i andel		-47%	+46%	+149%

4.2.1 Känslighetsanalys

På grund av hög osäkerhet kring uppgifter om förekomsten av opioidanvändning i Sverige genomfördes en känslighetsanalys med en högre förekomst av opioidanvändning (0,4% jämfört med 0,1% i grundanalysen). Känslighetsanalysen visar endast hur fördelningen i kostnader mellan de specifika substansgrupperna förändras vid en högre förekomst av opioidanvändning medan den totala samhällskostnaden för narkotika i Sverige idag förblir densamma som i grundanalysen.

Resultaten presenteras i Tabell 5 och Tabell 6. Antagandet om en användning av opioder hos 0,4% av befolkningen leder till att den svenska opioidanvändningen hamnar strax över den genomsnittliga användningen i EU. Opioider får därmed en mindre påverkan på scenarioanalysen för EU-genomsnitt och EU-hög men en större påverkan på EU-låg jämfört med i grundanalysen.

Tabell 5 Procentuell förändring av andel som använt olika typer av narkotika de senaste 12 månaderna jämfört med nuvarande nivå, Känslighetsanalys

Substansgrupp	EU-Låg	EU-Genomsnitt	EU-Hög
Cannabis	-16%	97%	232%
Kokain	-70%	10%	100%
Ecstasy	-75%	13%	150%
Amfetamin	-86%	0%	86%
Opioider	-75%	-18%	75%

De beräknade samhällskostnaderna för känslighetsanalysen av förändrat narkotikabruk i Sverige presenteras i Tabell 6. Om Sverige hade haft en lika låg förekomst av narkotikaanvändning som i kvartilen länder med lägst användning så beräknas samhällskostnaderna till 12,9 miljarder kronor. Detta skulle innebära en minskning av kostnaderna från nuvarande nivå med 31,2 miljarder (-71%). Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara på samma nivå som i EU i genomsnitt så beräknas kostnaderna till 41,5 miljarder kronor, vilket innebär en minskning av samhällskostnaderna med 2,6 miljarder (-6%). Om förekomsten av narkotikaanvändning i Sverige skulle vara lika hög som i kvartilen länder med högst användning så beräknas kostnaderna till 67 miljarder kronor. Detta skulle innebära en ökning av samhällskostnaderna med 22,9 miljarder kronor (+52%).

Tabell 6 Beräknade kostnader enligt scenarios (miljoner kronor), känslighetsanalys

Substansgrupp	Sverige idag	EU-Låg	EU-Genomsnitt	EU-Hög
Cannabis	3 349	2 809	5 073	7 487
Kokain	5 153	1 546	5 427	7 894
Ecstasy	4 122	1 031	4 397	7 412
Amfetamin	3 607	515	3 607	5 252
Opioider	27 854	6 964	22 980	38 966
TOTALT	44 086	12 864	41 484	67 010
Förändring i kronor		-31 221	-2 602	+22 924
Förändring i andel		-71%	-6%	+52%

5. Diskussion

Denna rapport redovisar en uppdatering av de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk år 2020 utifrån en tidigare rapport från IHE (1). Det som skiljer rapporterna åt är att kostnadsberäkningarna i aktuell rapport baseras på information om det skattade antalet personer i Sverige med problematiskt narkotikabruk år 2020 som var 71 000 personer (7). Utgångspunkten i den förra rapporten var att 29 500 personer i Sverige har någon form av problematisk narkotikaanvändning, en skattning baserad på data från år 2007 (6). Skattningarna är inte helt jämförbara eftersom de har genomförts med olika metoder men beräkningarna som såväl Folkhälsomyndigheten som Narkotikautredningen nyligen låtit göra indikerar att den tidigare skattningen delvis har underskattat antalet personer med problematiskt narkotikabruk (7, 12).

De samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige i den uppdaterade beräkningen uppskattas till 44 miljarder. Detta är en kostnadsökning med 16 procent jämfört med den tidigare rapporten som beräknade motsvarande kostnad till 38,5 miljarder (1).

Immateriella kostnader var den kostnadspost som påverkades mest av ett ökat antal personer med problematiskt narkotikabruk. Dessa kostnader ökade med 33 procent, från drygt 15 till knappt 21 miljarder vid en jämförelse mellan den tidigare och den uppdaterade beräkningen. Immateriella kostnader bygger delvis på skattningar av minskad livskvalitet bland personer som använder narkotika. Dessa personer lider i högre utsträckning än den allmänna befolkningen av psykisk ohälsa, vilket också har en påverkan på livskvalitet. Orsakssambandet mellan narkotikabruk och psykisk ohälsa är inte entydigt och går oftast i båda riktningarna (18) varför skattningarna för de immateriella kostnaderna bör tolkas med försiktighet.

De direkta kostnaderna ökade med tre procent. Detta är en marginell ökning och kan förklaras av att det endast är kostnader för psykisk ohälsa och suicidförsök som påverkas av ett ändrat antal personer med problematiskt narkotikabruk och att dessa kostnadsposter utgör en mindre del av de direkta kostnaderna. Direkta kostnader för till exempel vård och behandling för narkotikabruk påverkas dock inte av det skattade antalet personer med problematiskt narkotikabruk. Denna kostnadspost utgår istället från antal personer som fått vårdinsatser för narkotikarelaterade diagnoser enligt statistik från patientregistret. För en detaljerad redovisning av poster som ingår i direkta kostnader, se tidigare rapport (1).

Rapportens scenarioanalyser visar på potentiellt stora kostnadsbesparingar om narkotikabruket i Sverige minskar till nivåer jämförbara med kvartilen länder i EU som rapporterar lägst narkotikaanvändning. Rapportens scenarioanalyser visade även att ett ökat narkotikabruk i Sverige till nivåer jämförbara med genomsnittet i EU eller högre skulle innebära en kraftig ökning av samhällskostnaderna för narkotikabruk. När vi antog att antalet personer som använder opioider i Sverige utgör cirka 0,1 procent av den vuxna befolkningen (12) svarade opioiderna för den högsta procentuella kostnadsökningen vid ett förändrat bruk. När vi i stället antog en högsta nivå av antal personer som antas använda opioider (0,4 procent av den vuxna befolkningen) (12) var det i stället cannabis som svarade för den högsta procentuella kostnadsökningen vid ett förändrat bruk.

Underlaget i scenarioanalyserna bygger till största delen på självrapporterad information om narkotikabruk (15), vilket medför en inneboende osäkerhet i skattningarna om hur kostnaderna påverkas vid förändrat bruk. Narkotikabruk är förknippat med stigmatisering och social utsatthet, och traditionella enkätundersökningar tenderar att underskatta förekomsten på grund

av underrapportering och bortfall. Risken för underskattning ökar ju mer stigmatisering användningen av en substans är kopplad till. Det är särskilt utmanande att få tillförlitliga data om användningen kan få rättsliga konsekvenser, till exempel böter eller fängelse, och om det saknas möjlighet att vara anonym (19).

Svårigheter att mäta narkotikabruk i självrapporterade enkäter gäller särskilt problematiskt narkotikabruk (till exempel bland personer som använder narkotika ofta och bland de som använder opioider) och osäkerheten i statistiken kring detta bruk är därför särskilt stor (7). Känslighetsanalysen för ett ökat opioidbruk inkluderades för att ta hänsyn till osäkerheten kring andelen personer som använder opioider. Osäkerheten kring självrapporterade uppgifter får potentiellt en effekt på kostnadsfördelningen mellan substansgrupper i scenarionanalysen och därmed hur stor förändringen blir i kostnaderna jämfört med EU-länder. Det påverkar dock inte beräkningen av samhällskostnaderna med dagens användning eftersom de inte är skattade efter substansgrupp eller efter självrapporterade uppgifter.

En annan osäkerhet som påverkar scenarionanalysen vid ett förändrat narkotikabruk är fördelningen av samhällskostnader på substansgrupp baserat på frekvent användning. Det är inte nödvändigtvis så att det helt speglar de faktiska samhällskostnaderna och vissa substansgrupper kan generera mer eller mindre kostnader än vad som baseras på frekvent användning. I tillägg ligger det en stor osäkerhet i samhällskostnaden kopplat till cannabisbruk, som på grund av bristande underlag fick baseras på cannabisbrukets andel av samhällskostnaderna för narkotika i Norge.

Vid en jämförelse av andelen som använt cannabis, kokain, centralstimulerande medel och opioider i Norge någon gång de senaste 12 månaderna så kan man konstatera att användningen i Norge generellt ligger något över motsvarande användning i Sverige (3). Men om man i stället tittar på cannabisbrukets andel av den totala användningen av de ingående substansgrupperna så är det inga större skillnader mellan Norge och Sverige (59% i Norge och 54% i Sverige av de som använt substansgrupperna någon gång de senaste 12 månaderna). Detta skulle kunna tyda på att den norska skattningen av andelen av samhällskostnaderna för narkotikabruk som kan härledas till cannabis i Norge ligger någorlunda nära den svenska andelen. Det finns dock ett behov av mer substansspecifika data i Sverige (exempelvis om högfrekvent användning av cannabis och opioidanvändning) för att kunna få en mer nyanserad bild av den svenska narkotikasituationen, inklusive de samhällsekonomiska kostnaderna relaterat till olika substansgrupper.

Kostnaden per substansgrupp är förmodligen något överskattad eftersom det förekommer bruk av andra substanser som genererar samhällskostnader, vilket analysen inte tar hänsyn till. Bland personer som använder narkotika är det även vanligt att använda flera olika substanser. Därför kan man tänka sig att det kan finnas en korrelation mellan förändringen av narkotikabruk i olika substansgrupper. Exempelvis om en person som använder flera olika substanser slutar med sitt narkotikabruk så får det konsekvenser för samhällskostnaderna kopplade till flera substansgrupper. Detta är inte något som har kunnat beaktas i nuvarande beräkningar. Även detta kan bidra till att fördelningen av kostnader per substansgrupp skiljer sig från vad som antagits i scenarionanalyserna.

Förekomsten av narkotikaanvändning tycks vara lägre i Sverige än i många andra europeiska länder och i USA. Samtidigt visar flera olika undersökningar att användningen av narkotika i Sverige har ökat under 2000-talet. Scenarionanalyserna i rapporten är tänkta att illustrera hur kostnaderna skulle kunna förändras till följd av en förändring av narkotikabruket. En förändring av antalet personer som använder narkotika sker inte omedelbart utan över tid och i vilken riktning en förändring går beror på många olika faktorer i samhället. En faktor som kan påverka

narkotikaanvändningen är internationella trender. Inom narkotikaområdet sker det kontinuerligt förändringar internationellt, såsom ändrade distributionskanaler och försäljningsplatser samt förändringar inom kontroll och lagstiftning (3, 20). En del länder har numera en mer liberal narkotikapolitik och många länder inom EU tillåter bruk och mindre innehav av cannabis (12). Det finns även länder utanför EU där hela cannabismarknaden är legaliserad.

Dessa förändringar i omvärlden kan öka tillgängligheten till och acceptansen för narkotika på både individ- och samhällsnivå och bidra till ett ökat narkotikabruk även i Sverige. Exempelvis visar resultat från rapporten ”Upp till var och en? - förändringar i ungas attityder till narkotika mellan åren 2003 och 2019”, av CAN, att ungdomar i årskurs 9 var mindre benägna att uppfatta narkotika som ett problem och hade en mindre restriktiv syn på narkotika år 2019 jämfört med år 2003 (22). Det bör dock tilläggas att rapporten visar att de flesta svenska ungdomar fortfarande uppfattar narkotika som ett problem. De flesta vuxna har också en negativ inställning till narkotika men färre har en negativ inställning till cannabis jämfört med annan narkotika (23).

Samtidigt som det finns faktorer i samhället som kan bidra till en ökad användning av narkotika kan samhället genomföra insatser som kan bidra till att färre personer använder narkotika och får relaterade skador. I Narkotikautredningen 2023 (12) beskrivs att ett effektivt förebyggande arbete ska vara brett och anpassat för olika personer med olika grad av narkotikaanvändning. Det bör omfatta olika insatser beroende på om det handlar om att förhindra att barn- och ungdomar kommer i kontakt med och prövar narkotika, skjuta upp debuten, minska användningen, minska skadligt bruk eller beroende samt minska skador på hälsan som användningen leder till. Kunskap om riskfaktorer för ungas narkotikabruk och relaterade problem visar på vikten av att skapa strukturer för att kunna identifiera barn och unga i behov och kunna sätta in stöd i god tid, exempelvis genom extra resurser och hjälp i skolan, god tillgång till barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagningar och stöd till familjer (24). Hur man arbetar evidensbaserat och etiskt med förebyggande av substansanvändning i praktiken beskrivs bland annat i publikationen ”En guide för yrkesverksamma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention” (25).

Antalet dödsfall som orsakas av läkemedels- och narkotikaförgiftningar i Sverige ligger på en hög nivå och ett effektivt förebyggande arbete kan minska skador och dödsfall bland de som använder narkotika (5). Exempel på specifika insatser som eventuellt skulle kunna påverka de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk är en större tillgänglighet till läkemedlet Naloxon (12). Naloxon är ett läkemedel som ges som injektion eller nässprej och som snabbt upphäver blockeringen av andningscentrum vid överdos av opioider. Läkemedlet har därmed potential att förhindra död i vissa situationer, förutsatt att det finns tillgängligt. I våra beräkningar av de samhällsekonomiska kostnaderna till följd av narkotikabruk var de indirekta kostnaderna 8,3 miljarder och 70 procent av dessa kostnader kunde relateras till förtida död (för detaljerade uppgifter om indirekta kostnader, se tidigare rapport (1)). Detta visar att förebyggande insatser för att minska narkotikaanvändning tillsammans med mer specifika insatser för att minska skador kan ge stora samhällsekonomiska vinster.

Sammanfattningsvis visar resultaten att de samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikabruk i Sverige år 2020 var 44 miljarder baserat på att 71 000 personer i Sverige har ett problematiskt narkotikabruk. Vidare visar scenarionalyserna att kostnaderna för narkotikabruk påverkas betydligt om förekomsten av narkotikabruk förändras. En minskad narkotikaanvändning visar på stora samhällsekonomiska vinster medan en ökad narkotikaanvändning medför att fler personer i samhället exponeras för en ökad risk för skador vilket i sin tur kan leda till negativa konsekvenser både för individen och samhället i form av lidande och kostnader.

Den framtida utvecklingen av narkotikaanvändningen och relaterade kostnader är en växelverkan mellan faktorer som påverkar ökad användning och insatser för att förhindra narkotikabruk och mildra effekterna av ett skadligt bruk.

Referenser

1. Hofmarcher T, Ramdén V, Lindgren P. Samhällsekonomiska kostnader för narkotikamissbruk i Sverige. IHE rapport 2022:5. 2022.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2023: Trends and Developments. 2023.
3. Oslo Economics. Konsekvenser av ökat bruk av rusmidler i befolkningen. 2020_71. 2020.
4. Folkhälsomyndigheten. Den svenska narkotikasituationen 2021. 2021.
5. Folkhälsomyndigheten. Narkotikarelaterade dödsfall. 2023. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotikarelaterad-dodlighet/>.
6. Statens folkhälsoinstitut. Narkotikabruket i Sverige. R 2010:13. 2010.
7. Folkhälsomyndigheten. Problematiskt narkotikabruk i Sverige 2007-2020. 2023.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2022 – prevalence of drug use. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/gps_en.
9. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Hur ser narkotikaanvändningen i Sverige ut jämfört med andra länder? 2020. Available from: <https://www.can.se/fragor-och-svar/narkotika/hur-ser-narkotikaanvandningen-i-sverige-ut-jamfort-med-andra-lander/>.
10. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA). Europeisk narkotikarapport. Trender och utveckling 2022. 2022.
11. Folkhälsomyndigheten. Nationell folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. 2022. Available from: www.folkhalsomyndigheten.se.
12. SOU 2023:62. Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. 2023.
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2020: Trends and Developments. 2020.
14. Folkhälsomyndigheten. Att använda narkotika medför ökade risker för hälsoproblem. 2023 [updated 2023-02-21]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotika-medfor-okade-risker-for-halsoproblem/>.
15. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige. CAN Rapport 209. 2022. Available from: www.can.se.
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2022 – methods and definitions for problem drug use. 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/methods/pdu_en.
17. Statistiska centralbyrån. Folkmängd efter region, ålder, kön och år. 2022.
18. Socialstyrelsen. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. 2019.
19. Johnson TP. Sources of Error in Substance Use Prevalence Surveys. Int Sch Res Notices. 2014;2014:923290.
20. rådet. B. Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare. Rapport 2021:10. 2021.
21. Folkhälsomyndigheten. Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa. 2023.
22. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Upp till var och en? Förändringar i ungas attityder till narkotika mellan åren 2003 och 2019. Fokusrapport 07. 2020.

23. Folkhälsomyndigheten. Vuxnas attityder till cannabis och annan narkotika. 2023.
24. Folkhälsomyndigheten. Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem, version 2. En litteraturöversikt av longitudinella studier från Norden om barn och unga vuxna. 2021.
25. Folkhälsomyndigheten. En guide för yrkesverksamma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention. En svensk version av European Prevention Curriculum (EUPC) 2023.

Bilaga

Antalet skattade frekventa användare per narkotikagrupp i grundanalysen för kokain, ecstasy, amfetamin och opioider presenteras i Tabell B 1.

Tabell B 1 Högriskanvändare i respektive narkotikagrupp (kokain, ecstasy, amfetamin, opioider), grundanalys

Substansgrupp	Antal
Kokain	6 047
Ecstasy	4 838
Amfetamin	4 233
Opioider	8 172
Totalt	23 290

Andelen av samhällskostnaderna för narkotika fördelade på narkotikagrupp i grundanalysen presenteras i Tabell B 2.

Tabell B 2 Andelen av samhällskostnaderna per narkotikagrupp, grundanalys

Substansgrupp	Andel
Cannabis	8%
Kokain	24%
Ecstasy	19%
Amfetamin	17%
Opioider	32%
Totalt	100%

Antalet skattade frekventa användare per narkotikagrupp i känslighetsanalysen för kokain, ecstasy, amfetamin och opioider presenteras i Tabell B 3.

Tabell B 3 Högriskanvändare i respektive narkotikagrupp (kokain, ecstasy, amfetamin, opioider), känslighetsanalys

Substansgrupp	Antal
Kokain	6 047
Ecstasy	4 838
Amfetamin	4 233
Opioider	32 688
Totalt	47 806

Andelen av samhällskostnaderna för narkotika fördelade på narkotikagrupp i känslighetsanalysen presenteras i Tabell B 4.

Tabell B 4 Andelen av samhällskostnaderna per narkotikagrupp, känslighetsanalys

Substansgrupp	Andel
Cannabis	8%
Kokain	12%
Ecstasy	9%
Amfetamin	8%
Opioider	63%
Totalt	100%

IHE RAPPORT 2024:7