



Folkhälsomyndigheten

Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet

Publicerad: 4 februari 2020

Uppdaterad: -



Innehåll

Sammanfattning	3
Om publikationen	5
Cannabisanvändning är en folkhälsofråga	6
Låg cannabisanvändning i Sverige jämfört med andra länder	8
Bruk av cannabis kan ge hälsomässiga och sociala effekter	11
Cannabisanvändning kan förebyggas genom ett brett folkhälsoarbete	12
Svårt att utvärdera effekterna av olika länders sätt att hantera frågan	16
Slutsatser	18
Referenser	19

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.folkhalsomyndigheten.se

Sammanfattning

Cannabisanvändning är en folkhälsofråga

Cannabisanvändning kan leda till hälsomässiga och sociala problem, och omfattningen av dem varierar för olika individer och befolkningsgrupper. Det är fler män än kvinnor som använder cannabis, och användningen är högst bland unga och unga vuxna. Personer som använder cannabis anger i högre grad att de har psykisk ohälsa och använder också oftare andra substanser. Det finns även systematiska skillnader mellan olika grupper i samhället, i både användningen av cannabis och dess konsekvenser.

Cannabisbruket har ökat något de senaste 10 åren

De vanligaste indikatorerna för cannabisutveckling tyder på att cannabisbruket i Sverige har ökat under de senaste tio åren. Förändringarna är dock små och användningen är fortfarande låg jämfört med andra europeiska länder.

Bruk av cannabis kan ge hälsomässiga och sociala effekter

Ett omfattande bruk av cannabis i tidig ålder är i högre grad kopplat till mer allvarliga och varaktiga risker för hälsan än cannabisbruk i vuxen ålder. Forskningen visar att cannabisbruk bland annat kan leda till försämrade kognitiva funktioner, beroendutveckling och ökad risk för psykotiska symtom.

Cannabisanvändning kan förebyggas genom ett brett folkhälsoarbete

Cannabisförebyggande arbete har många likheter med övriga ANDT-området (alkohol, narkotika, dopning och tobak) eftersom flera av de bakomliggande orsakerna till varför man börjar använda eller utvecklar ett problematiskt bruk ofta är samma. Cannabisanvändning kan därför förebyggas genom ett brett folkhälsoarbete, även om förutsättningarna ser annorlunda ut på grund av att användningen är kriminaliserad. Ett effektivt förebyggande arbete behöver vara kunskapsbaserat, och för att få ett bra underlag är det viktigt att undersöka hur omfattande användningen är och hur den fördelar sig i befolkningen samt vilka faktorer som kan orsaka och bidra till situationen.

Svårt att utvärdera effekterna av olika länders sätt att hantera frågan

Det pågår många förändringar inom narkotikaområdet runt om i världen och cannabisfrågan hanteras politiskt på olika sätt. Det är dock svårt att göra utvärderingar av nationella policyer inom narkotikaområdet eftersom det är ett komplext område där många faktorer påverkar bruk och skador. Det är också svårt att avgöra om en strategi eller åtgärder som har implementerats i ett land också skulle fungera i ett annat eftersom förutsättningarna och problembilden varierar

mycket.

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten arbetar med narkotikafrågan ur ett folkhälsoperspektiv. Vi tar fram kunskap för att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, för att minska bruket och dess negativa konsekvenser.

I denna publikation sammanfattar vi kunskapsläget om cannabis vad gäller förekomst, utveckling, hälsoeffekter, förebyggande arbete och nationell policy. Fokus i rapporten är utvecklingen i Sverige under de senaste tio åren. Referenserna utgörs av publikationer och data från Folkhälsomyndigheten, EU och FN samt från de organisationer och nationella myndigheter som rapporterar eller på annat sätt bidrar till vårt arbete. För fördjupad kunskap om de olika delarna finns länkar till mer omfattande rapporter, statistikverktyg och webbsidor. När det inte finns specifika uppgifter om cannabis använder vi generella uppgifter om narkotika.

Publikationen vänder sig till regionala och lokala ANDT-samordnare och andra aktörer som arbetar med frågan eller har ett intresse av frågor som rör narkotika, cannabis och förebyggande arbete.

Vad är cannabis?

Cannabis är ett samlingsnamn för t.ex. hasch och marijuana, och är den vanligaste illegala drogen i Sverige och i världen. Det vanligaste är att cannabis röks, ofta utblandat med tobak, men det går även att t.ex. äta, dricka och inhalera.

Cannabis innehåller en mängd så kallade cannabinoider, varav de två primära är THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) och CBD (cannabidiol). THC har psykoaktiva effekter och är det ämne som ger ett rus. CBD dämpar i stället de psykoaktiva effekterna av THC (1, 2). THC omfattas av narkotikalagstiftningen och CBD av läkemedelslagstiftningen. Det finns läkemedel baserade på cannabis mot t.ex. muskelstelhet, epilepsi och neuropatisk smärta. Fokus i denna rapport är det icke-medicinska bruket av cannabis.

Cannabisanvändning är en folkhälsofråga

Cannabisanvändning kan leda till hälsomässiga och sociala problem i olika omfattning för olika individer och olika befolkningsgrupper. På senare år har kunskapen ökat om de negativa hälsoeffekterna av ett regelbundet bruk, och det är tydligt att unga personer är en extra sårbar grupp. Ett regelbundet bruk eller beroende av cannabis kan också orsaka problem i relationer, studier och arbete. Problem orsakade av cannabisanvändning påverkar inte bara dem som använder cannabis utan kan även påverka deras familjer, anhöriga och samhället i stort.

Det finns systematiska skillnader mellan olika grupper i samhället, i både användningen av cannabis och dess konsekvenser. Narkotikaberoende är nästan sex gånger vanligare bland män i gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst, och drygt åtta gånger vanligare bland kvinnor (3). Även cannabisanvändningen varierar mellan grupper i befolkningen. Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning, Hälsa på lika villkor, visar att en större andel män än kvinnor i åldern 16–64 år har använt cannabis, och det är också vanligare bland personer med låg inkomst jämfört med personer med medelhög och hög inkomst samt bland personer i storstäder jämfört med små och medelstora städer (4). Det är vanligare att personer med eftergymnasial utbildning har använt cannabis någon gång i livet jämfört med personer med förgymnasial utbildning (5). En tidig cannabisdebut medför ökad risk för hälsomässiga och sociala effekter, och därför är det relevant att undersöka om det finns systematiska skillnader i debutåldern. En nationell skolundersökning visar exempelvis på ett samband mellan att inte ha använt cannabis före 16 års ålder och att ha minst en vårdnadshavare med högskoleutbildning (6).

Många som använder cannabis använder också andra substanser, och det är vanligare att ha använt cannabis bland dem som också använt alkohol och tobak. Det finns också indikationer på att psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa generellt är vanligare bland de som använder narkotika jämfört med de som inte gör det (7, 8). Cannabisanvändningen kan ha syftet att minska psykiska symtom, t.ex. ångest (9), men det kan också handla om att cannabisbruket kan bidra till psykisk ohälsa.

Samsjuklighet innebär att en person uppfyller de diagnostiska kriterierna för flera sjukdomar. Personer med en narkotikarelaterad diagnos har t.ex. ofta ytterligare hälsoproblem, och ofta handlar det om psykisk ohälsa. Omvänt är det många som behandlas för psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser som samtidigt har ett substansberoende (10, 11).

Statistiska samband

När man redovisar den här typen av statistiska samband handlar det sällan om konstaterade orsakssamband. Två relaterade faktorer kan t.ex. bero på en tredje faktor. Det behövs därför fler och mer välgjorda studier där det går att utesluta omvända samband och påverkan av andra förklarande faktorer, exempelvis tobakens skadeverkningar i samband med cannabisrökning, och utesluta att utfallen förklaras av gemensamma riskfaktorer.

Mer information om cannabisanvändning i olika grupper och narkotika i ett folkhälsoperspektiv finns i [Folkhälsodata och Folkhälsostudio](#). De kan också ge underlag för relaterade faktorer, t.ex.

psykisk hälsa och skolbarns hälsovanor.

Låg cannabisanvändning i Sverige jämfört med andra länder

För att ta reda på hur många som använder cannabis och annan narkotika används framför allt enkäter där människor själva får uppge om de använder narkotika. Det finns ett antal befolkningsstudier i Sverige som ska kartlägga bruket av narkotika (12-17). Sammantaget visar de olika undersökningarna liknande mönster när det gäller cannabis.

Cannabisanvändningen är högre bland män än bland kvinnor, och högst bland unga och unga vuxna. I gruppen unga och unga vuxna (16–34 år) uppger cirka 10 procent av männen och cirka 5 procent av kvinnorna att de använt cannabis minst en gång under det senaste året. Mer frekvent användning av cannabis mäts med frågan om man har använt under den senaste månaden, och de svaren ger samma mönster för ålder och kön även om förekomsten är betydligt lägre. Jämfört med andra europeiska länder ligger Sverige lågt när det gäller bruk av cannabis. Detta gäller både 16-åriga skolelever och i de äldre åldersgrupperna (5, 13, 18).

En del som använder cannabis får så allvarliga problem att de uppfyller kriterierna för en narkotikarelaterad diagnos. Under 2017 vårdades knappt 40 000 personer för narkotikarelaterade diagnoser i Sverige, varav 10 procent hade cannabis som primär drog. Det är fler män än kvinnor som vårdas för cannabisrelaterade diagnoser, och fler yngre än äldre (5).

Självrapporterad data om cannabisanvändning

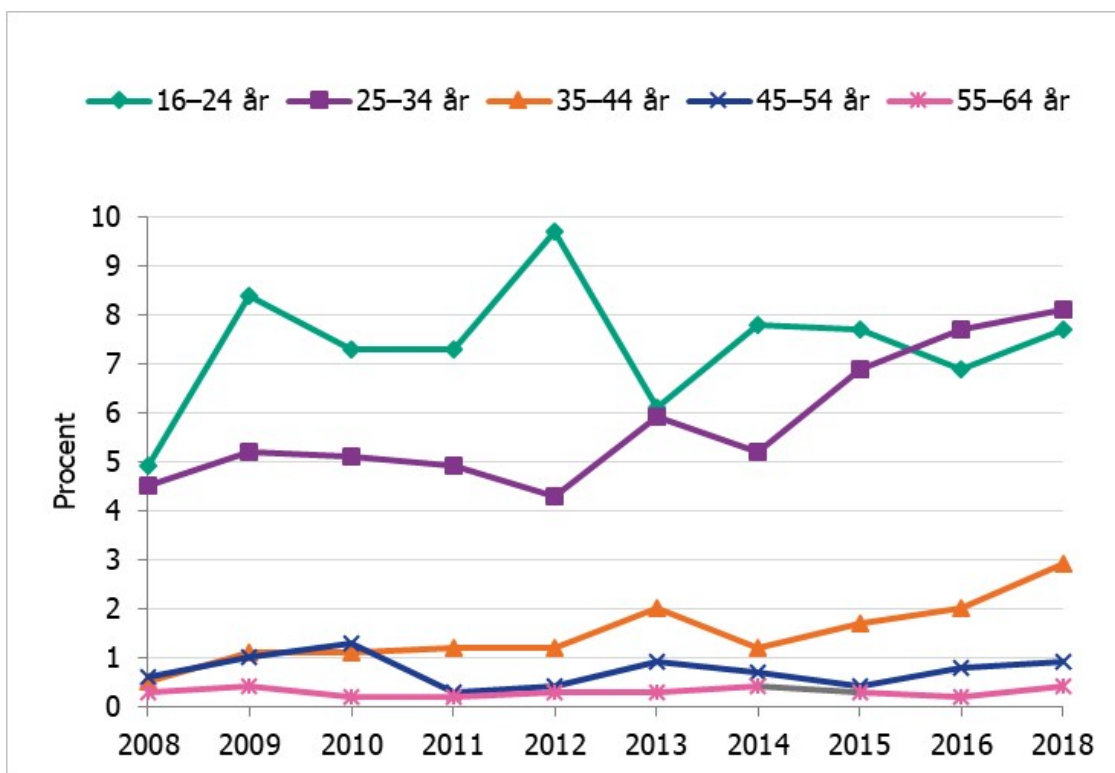
Med enkäter finns alltid en risk att individer underrapporterar sitt bruk av cannabis eftersom det är en känslig fråga (19). Personer med problematiskt substansbruk svarar också i mindre utsträckning på enkäter (8). Cannabisbruket är därmed sannolikt högre än vad som fångas upp i enkätstudier, men möjligheten att fånga upp trender i användning betraktas ändå som goda.

Uppgifter om bruk av cannabis finns i Folkhälsomyndighetens webbaserade verktyg [Indikatorlabbet](#) samt i [Folkhälsodata och Folkhälsostudio](#).

Cannabisbruket har ökat något de senaste tio åren

Enligt nationella befolkningsundersökningar har andelen som använt cannabis ökat under de senaste tio åren. Det handlar dock inte om några stora ökningarna. I åldersgruppen 16–24 år har andelen personer som använt cannabis någon gång det senaste året varierat mellan cirka 5 och 10 procent under de senaste tio åren, och 2018 var den 7,7 procent. Däremot är ökningen något större i åldersgrupperna 25–34 år och 35–44 år under de senaste fem åren (5). Orsakerna till det ökade bruket i dessa åldersgrupper är fortfarande oklara såväl som om detta beror på att fler börjar använda cannabis i dessa åldersgrupper eller om det är en kohorteffekt, det vill säga att vissa årskullar har en särskilt hög användning.

Diagram 1. Använt cannabis (%) någon gång under det senaste året i olika åldersgrupper, 2008–2018*



* Källa: Folkhälsomyndighetens enkät Hälsa på lika villkor (HLV). Sedan 2016 samlas data in vartannat år, och därför finns ingen data för 2017.

Bland elever i gymnasiet år 2 har andelen som använt narkotika någon gång under det senaste året varit relativt oförändrad de senaste tio åren, och 2019 var den 13 procent (20). Cannabis är den vanligaste substansen. Andelen skolelever som använder cannabis mer frekvent har ökat över tid, men ökningen har avstannat under de senaste åren (20). Debutåldern för cannabisbruk bland elever i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 har ökat något sedan 2005 (6).

Folkhälsomyndigheten följer också cannabisutvecklingen genom andra indikatorer. Ett sätt är att följa beslag av tull och polis, även om den indikatorn i hög grad påverkas av myndigheternas resurser och inriktning. Detsamma gäller antalet som anmäls och antalet som lagförs för narkotikabrott. Ytterligare indikatorer är pris, styrkan på cannabis och antal personer som fått någon cannabisrelaterad diagnos. Vi rapporterar årligen dessa uppgifter till EU:s narkotikabyrå EMCDDA och sammanfattar uppgifterna i en publikation (21) [Den svenska narkotikasituationen](#).

Både antalet beslag av cannabis och den beslagtagna volymen har ökat under de senaste tio åren. Detsamma gäller antalet anmälda narkotikabrott, och cannabis är den vanligaste drogen i samband med misstanke om eget bruk (22). Av de narkotikabrott som rapporterades 2018 gällde majoriteten eget bruk och innehav. Cannabispriserna har ökat något under 2000-talet, vilket främst beror på att styrkan (THC-halten) på dessa produkter har ökat (23).

Ytterligare indikatorer på cannabisutvecklingen är hur skolelever upplever tillgången till cannabis och risken med att använda cannabis. Drygt en fjärdedel av eleverna i gymnasiet år 2 uppger att de kan få tag på cannabis inom 24 timmar, och den andelen har legat relativt stabilt sedan 2012 då frågan infördes. Andelen elever som blivit erbjudna att köpa eller prova narkotika (oftast cannabis) har dock ökat något sedan 2012. Samtidigt kan man se att ungdomars attityd har förändrats: Det är fortfarande få som tror att det är riskfritt att använda cannabis varje helg,

men en mindre andel tror att det innebär en stor risk (20).

Uppgifter om sjukhusvårdade kan också ge en indikation på brukets utveckling, och antalet som vårdas för cannabisrelaterade diagnoser har ökat under en längre tid. Denna statistik måste dock tolkas med försiktighet eftersom inrapporteringsgraden till Socialstyrelsen har förbättrats (5).

De vanligaste indikatorerna för cannabisutvecklingen tyder alltså generellt på en ökning av cannabisbruket i Sverige under den senaste tioårsperioden. Förändringarna är dock små och cannabisanvändningen i Sverige är fortfarande låg jämfört med andra europeiska länder. Det finns många faktorer som kan påverka attityderna till och användningen av cannabis, t.ex. policyförändringar och hur cannabis framställs i media och i samhället i övrigt.

Uppgifter om cannabisutvecklingen över tid finns i Folkhälsomyndighetens webbaserade verktyg [Indikatorlabbet](#) men även i [Folkhälsodata och Folkhälsostudio](#).

Bruk av cannabis kan ge hälsomässiga och sociala effekter

Ett omfattande cannabisbruk i tidig ålder är i högre grad kopplat till allvarliga och varaktiga risker för hälsan än cannabisbruk i vuxen ålder. Cannabisprodukter med hög THC-halt innebär ökad risk. Flera faktorer avgör vilka effekter cannabisbruk har och hur starka effekterna blir: om man är van eller ovan, hur stark cannabisen är (THC-halt), hur den intas, hur mycket man intar och om man samtidigt använder andra substanser. Effekterna kan vara både kortsiktiga och långsiktiga. Kortsiktiga effekter uppkommer omedelbart efter cannabisanvändning, även efter enstaka tillfällen. Hälsoeffekter av ett långvarigt bruk kan uppkomma av bruk som sker dagligen eller nästan dagligen under en längre tidsperiod: månader, år eller decennier.

Forskningen visar att detta är de vanligaste kortsiktiga effekterna under ett cannabisrus:

- Försämrade kognitiva funktioner (minne, förmåga till planering, beslutsfattande, reaktion och precision).
- Försämrad motorisk koordination, vilket påverkar t.ex. körförmågan.
- Ängestkänslor, panikattacker och hallucinationer.

De flesta som använder cannabis gör det under en kort tid och utvecklar inte ett beroende eller får ett problematiskt bruk. Samtidigt kan cannabisanvändning ge allvarliga problem som påverkar hälsan, det sociala livet och det allmänna välbefinnandet. Ungefär 10 procent av de som använt cannabis någon gång utvecklar ett beroende, liksom upp till 50 procent av dem som använder cannabis dagligen. Enligt forskningen är detta de vanligaste långsiktiga effekterna av cannabisanvändning:

- Cannabisberoende, inklusive problem med relationer, studier och arbete.
- Försämrade kognitiva funktioner. Det är dock oklart om den kognitiva förmågan helt återställs om man slutar använda cannabis.
- Ökad risk att utveckla psykotiska symtom. Forskningen tyder även på att cannabisbruk kan ha en liten bidragande roll till uppkomsten av schizofreni.
- Fysiska hälsoeffekter, t.ex. bronkit.

Det finns också kopplingar mellan regelbunden cannabisanvändning som påbörjats i tidig ålder och lägre utbildningsnivå, arbetslöshet, problematisk skolfrånvaro, lägre inkomst samt bruk av andra droger. Det går dock inte att konstatera något orsakssamband mellan cannabisbruk och dessa utfall eller avgöra i vilken riktning sambanden går, se även faktaruta om statistiska samband.

Arbetet med att förebygga cannabisanvändning förutsätter bland annat att det finns trovärdig och kunskapsbaserad information om hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk. Folkhälsomyndigheten har sammanfattat WHO:s rapport från 2016 (2, 24) om effekterna av icke-medicinskt cannabisbruk [Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk](#).

Cannabisanvändning kan förebyggas genom ett brett folkhälsoarbete

Det går att förebygga ohälsa som är kopplad till alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT), och utgångspunkten är att förbättra människors livsvillkor och levnadsvanor. Det innebär att det förebyggande arbetet måste vara långsiktigt och omfatta olika insatser på olika arenor och nivåer. Arbetet med att förebygga cannabisanvändning i Sverige är inriktat på att barn och unga inte ska komma i kontakt med och pröva cannabis. Men det handlar också om att skjuta upp debuten och att minska bruket och det skadliga bruket hos dem som börjat använda cannabis.

Cannabisförebyggande arbete liknar preventionsarbete inom andra folkhälsoområden, förutom att användningen är kriminaliserad. Exempelvis finns stora likheter med övriga ANDT-området eftersom det till stor del är samma bakomliggande faktorer som gör att man börjar använda en substans eller får ett problematiskt bruk (25). Även om det vetenskapliga stödet för enskilda cannabisförebyggande metoder är oklart kan alltså det förebyggande arbetet utgå från den kunskap som finns inom andra folkhälsoområden. Ett brett folkhälsoarbete som också inkluderar insatser mot riskgrupper kan därmed minska cannabisanvändningen och de relaterade problemen.

Vi har konstaterat att det finns socioekonomiska skillnader i användning och skador av narkotika och cannabis (3), men forskningen är begränsad när det gäller hur olika förebyggande insatser påverkar socioekonomiska grupper och män respektive kvinnor. Insatser på universell nivå, som riktar sig till hela populationer, kan antas påverka fler riskutsatta än insatser på grupp- och individnivå, vilket betyder att små insatser för många kan ge större effekter i befolkningen som helhet. Samtidigt kan universella insatser öka ojämlikheten eftersom personer med bättre socioekonomiska förutsättningar och låg risk för ohälsa gynnas mer av breda insatser.

Ofta många olika bakomliggande orsaker till cannabisanvändning

För att förebygga cannabisanvändning behöver man främja respektive förebygga olika faktorer i människors livsvillkor och levnadsvanor. Dessa omnämns ofta som risk- och skyddsfaktorer. Enstaka risk- och skyddsfaktorer har i regel liten effekt på individens beteende, men fler faktorer tillsammans kan ge större effekt. Många av dessa faktorer är likartade för flera utfall inom folkhälsoområdet och de brukar delas in i strukturell, social och individuell nivå:

- På strukturell nivå kan det handla om människors livsförutsättningar och barns och ungas uppväxtvillkor, eller lagar och normer i samhället.
- På social nivå kan det handla om hur väl de sociala sammanhangen fungerar, såsom familj, vänner och skola.
- På individuell nivå kan det handla om olika personligheter och beteenden som innebär en ökad risk att använda droger eller utveckla ett problematiskt bruk.

Vilka risk- eller skyddsfaktorer som har störst betydelse för individens beteende förändras över tid, och det varierar också mellan olika samhälleliga och kulturella kontexter. Eftersom risk- och skyddsfaktorer samvarierar är det viktigt att arbeta på flera nivåer med olika faktorer samtidigt

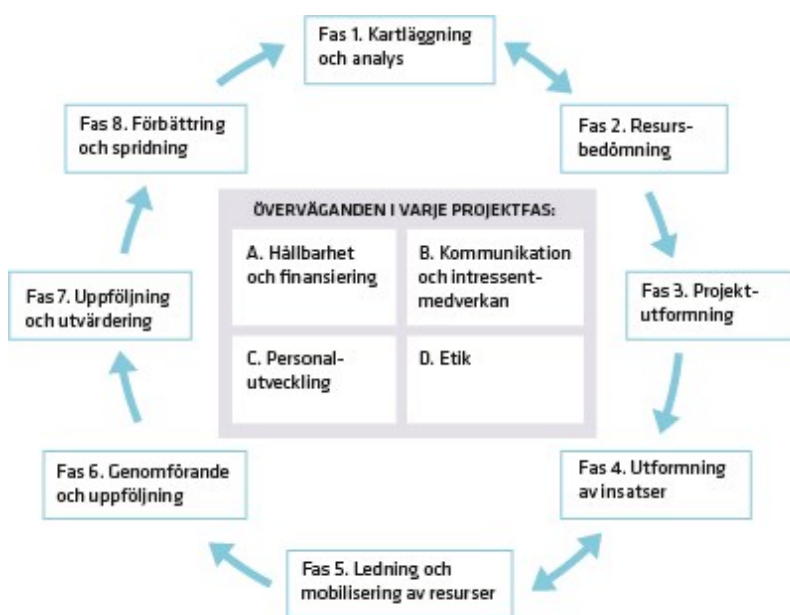
för att få större förebyggande effekt (25, 26).

En modell för förebyggande arbete med hög kvalitet

Kunskap om den lokala kontexten är en förutsättning för att bedriva ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Man bör därför kartlägga och analysera hur ANDT-användningen ser ut, lokalt och regionalt, och undersöka möjliga orsaker och bidragande faktorer till denna situation, för att få ett underlag för val av insatser, arenor, målgrupper etc. En kartläggning av utgångsläget är också nödvändig för att senare kunna följa upp det genomförda arbetet (25).

Vidare behöver man bland annat ha god kännedom om målgruppen, etablera en fungerande samverkan med berörda parter på olika nivåer, utgå från preventionsteoretiska modeller, välja insatser med vetenskapligt stöd, mobilisera resurser och planera för att följa upp och utvärdera arbetet. För att lättare kunna etablera en struktur för långsiktigt förebyggande arbete med hög kvalitet finns det en europeisk manual för drogförebyggande arbete: European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) (27). Det finns också en svensk sammanfattning av manualen i form av en [snabbguide](#) (28). De kan användas både i enskilda förebyggande projekt och för långsiktigt förebyggande arbete som behöver kvalitetssäkras. EDPQS är organiserad kronologiskt i en cykel med åtta faser, se figur 1.

Figur 1. En modell för förebyggande arbete – åtta faser och fyra återkommande överväganden.



Som stöd i kartläggningen av ANDT-området finns bl.a. [Indikatorlabbet](#) där det är möjligt att följa utvecklingen genom de indikatorer som är kopplade till ANDT-strategin. Även Folkhälsomyndighetens webbaserade verktyg [Folkhälsodata](#) och [Folkhälsostudio](#) kan ge underlag om relaterade indikatorer såsom psykisk hälsa och skolbarns hälsovanor.

Det vetenskapliga stödet för enskilda cannabisförebyggande metoder är ofta oklart

Under senare år har flera kunskapssammanställningar och systematiska litteraturöversikter

genomförts för att sammanställa kunskap om förebyggande metoder inom ANDT-området (25, 29-32). Cannabisförebyggande metoder har identifierats inom flera områden och arenor och med olika målgrupper, t.ex.

- skolprogram, riktade till elever eller i kombination med föräldrastöd
- familjestöd, både universella och selektiva
- program med samverkan i lokalsamhället
- kommunikationsinsatser
- korta interventioner, exempelvis på akutmottagningar.

Utvärderingarna av enskilda metoder visar generellt små eller inga effekter på cannabisanvändningen. De visar också att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för många insatser, vilket gör att det inte alltid går att avgöra om insatserna är effektiva eller inte. Inom folkhälsoområdet riktar man oftast generella insatser till stora grupper av befolkningen, i syfte att förebygga ohälsa. Det kan då vara svårt att påvisa stora effekter av insatsen, eftersom de flesta individer i studien inte har några av de problem som man vill förebygga. Då blir graden av förbättring förhållandevis liten.

[Mer information om kunskapsläget inom narkotikaprevention](#)

Relevant och trovärdig information viktigt för att kunna fatta beslut om sin hälsa

Kommunikations- och utbildningsinsatser är ett av samhällets styrmedel för att nå jämlik hälsa. De behöver dock kompletteras med andra insatser på olika nivåer och arenor för att nå långsiktiga beteendeförändringar. Normativa budskap som kommer ovanifrån snarare försvårar kommunikationsarbetet. Därför är det viktigt att utgå från individens självbestämmande och rätt till relevant och trovärdig information för att kunna fatta beslut som rör sin hälsa.

Folkhälsomyndigheten har sammanställt forskningslitteraturen om hälsokommunikation inom folkhälsoområdet med fokus på digital utveckling (33), [Hälsokommunikation i det nya medielandskapet](#).

Skademinimering och behandling inom cannabisområdet

Skademinimerande åtgärder (harm reduction) syftar till att minska de hälsomässiga och sociala effekterna av narkotikabruk för både individen och samhället. Eftersom skademinimering också kan handla om att förebygga en övergång till mer skadligt bruk överlappar det både prevention och behandling. Inom cannabisområdet kan skademinimering handla om att informera om hälsoriskerna med regelbundet bruk och tobakens skadeverkningar i samband med cannabisrökning. Man kan också informera om riskerna för sårbara grupper (t.ex. personer med ärftlighet för psykosjukdom) och åtgärder för att människor inte ska köra bil när de använt cannabis (34, 35). Skademinimerande insatser kan även genomföras på strukturell nivå. Förändringar inom nationell narkotikapolicy, t.ex. avkriminalisering av bruk, syftar ofta till att minska de sociala konsekvenserna genom att personer som har utvecklat ett problematiskt bruk lättare ska kunna få stöd och hjälp (35).

Behandlingsinsatser för cannabisberoende och skadligt bruk är framför allt psykologiska och psykosociala. I sina nationella riktlinjer rekommenderar Socialstyrelsen kognitiv beteendeterapi eller återfallsbehandling med tillägg av motiverande samtal eller motivationshöjande behandling (10). Det finns inga medicinska behandlingar för cannabisberoende.

Svårt att utvärdera effekterna av olika länders sätt att hantera frågan

Det är svårt att göra utvärderingar av nationella policyer inom narkotikaområdet eftersom det är ett komplext område där många faktorer påverkar bruk och skador. Det är dessutom svårt att avgöra om en strategi som har implementerats i ett land också skulle fungera i en annan del av världen, med tanke på att det finns stora skillnader i förutsättningar och problembild (36).

I Sverige är allt bruk av narkotika olagligt och kriminaliserat i syfte att tidigt kunna upptäcka och ingripa mot narkotikabruk, i första hand när det gäller ungdomar. Eget bruk och mindre innehav av cannabis leder vanligen till böter (37). Straffskalan omfattar dock fängelse även för ringa narkotikabrott, vilket ger polisen möjlighet att använda tvångsmedel i form av kroppsvisitation och provtagning om det finns misstanke om eget bruk av narkotika (38). Det behövs mer kunskap om i vilken utsträckning lagföring av unga leder till någon form av förebyggande eller behandlande insats (39). Eventuella negativa effekter av kriminaliseringen av bruket är heller inte utvärderade.

I Europa varierar påföljderna för eget bruk av narkotika. I runt hälften av länderna är narkotikabruk ett brott, och i ungefär hälften av dessa länder finns fängelse i straffskalan för cannabisbruk. Andra länder har valt andra sätt att reglera cannabisfrågan rättsligt. De två vanligaste systemen utöver kriminalisering är avkriminalisering och legalisering. Dessa begrepp har inga universella juridiska definitioner utan beskrivs här för att ge en förståelse för hur de används i narkotikapolitiska sammanhang.

- Avkriminalisering kan innebära att handlingen, ofta bruk eller mindre innehav, fortfarande är olaglig men den är inte längre kriminell och registreras därmed inte i belastningsregistret. Individen kan ändå få en påföljd.
- Legalisering kan innebära att det blir tillåtet att bruka och inneha cannabis, och även att tillverka och sälja cannabis i reglerad form.

Det pågår många förändringar inom narkotikaområdet runt om i världen. Att olika åtgärder vidtas beror bland annat på att cannabisanvändning och de konsekvenser den för med sig varierar i hög grad mellan länder.

Exempel på aktuella nationella policyförändringar

Portugal genomförde 2001 en avkriminalisering av bruk och innehav av narkotika, även om det fortfarande är olagligt och kan leda till påföljder. Huvudsyftet med lagstiftningen är dock att bedöma behandlingsbehov och främja hälsa (40).

I slutet av 2019 föreslog en norsk offentlig utredning att det fortfarande ska vara olagligt att bruka och inneha narkotika i Norge, men att de inte längre ska vara kriminella handlingar. Man vill också att ansvaret för narkotikafrågan ska föras över från rättssystemet till hälso- och sjukvårdssystemet (41).

Luxemburg har som första land i Europa nyligen beslutat att legalisera cannabismarknaden.

I USA har elva delstater legaliserat cannabismarknaden, och i femton delstater är bruket

avkriminaliserat. Cannabisbruk är dock olagligt på federal nivå.

Uruguay legaliserade som första land i världen cannabismarknaden 2013. Det främsta syftet var att minska våldet som följer med narkotikahandeln (42).

Kanada legaliserade cannabismarknaden 2018 som en folkhälsopolitisk insats.

Cannabisanvändningen är utbredd i landet och man sökte nya sätt för att minska bruket och skadeverkningarna samt förebygga att barn och unga börjar använda cannabis (42).

EU:s narkotikabyrå EMCDDA har tagit fram [en film](#) som förklarar skillnaderna mellan t.ex. avkriminalisering och legalisering. EMCDDA har också information om olika länders policy på sin hemsida – [Penalties at a glance](#).

Slutsatser

Cannabisanvändningen har ökat något under de senaste tio åren i Sverige men är fortfarande på en låg nivå. Det är viktigt att fortsätta följa utvecklingen eftersom cannabis har kopplingar till olika hälsomässiga och sociala problem. Vi behöver också mer kunskap om användningen – hur användningen och skadorna är fördelad i olika befolkningsgrupper, vad användningen beror på och vad som förklarar den ökning som skett i vissa åldersgrupper. Vi behöver också följa utvecklingen i andra länder och kunskapsläget. Genom att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet utgår från orsakerna bakom cannabisanvändning kan man i högre grad nå personer som riskerar att få cannabisrelaterade problem. På så sätt bidrar vi till att minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa.

Referenser

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Developments in the European cannabis market. 2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11391/TDAU19001ENN.pdf>
2. WHO. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: 2016. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
3. Folkhälsomyndigheten. Socioekonomiska skillnader i alkohol, narkotika och tobak – delvis olika mönster för beroende och utsatthet. 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/de63201127d5474db82ef5a8b20102d4/18094-faktablad-socioekonomiska-skillnader-ant.pdf> (PDF, 313 kB)
4. Folkhälsomyndigheten. Den svenska narkotikasituationen - en översikt över rapporteringen till EU:s narkotikabyrå. 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2019/>
5. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens rapportering om narkotikasituationen 2018 till EMCDDA. 2019.
6. CAN. Det går uppåt i åldrarna - substansdebut bland skolungdomar 1999–2019. Stockholm: 2019. 2019:5. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/6ed587bf77224cfaae65566723365387/fokusrappport-05-2019.pdf>
7. CAN. När huvudet bultar och magen värker - ungas psykosomatiska besvär och erfarenheter av alkohol, narkotika samt tobak. Stockholm: 2018. Fokusrappport 01. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: https://www.can.se/contentassets/73ba535015254ee69532828665eacb07/fokusrappport_01_2018.pdf
8. Statens folkhälsoinstitut. Narkotikabruket i Sverige. Östersund: 2010. 2010:13.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. A summary of reviews of evidence on the efficacy and safety of medical use of cannabis and cannabinoids. 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10173/MedicalCannabis-BackgroundPaper.pdf>
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. 2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>
11. Socialstyrelsen. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. 2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>
12. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>
13. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
14. CAN. Skolelevers drogvanor 2018. 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/Undersokningar/Skolelevers-drogvanor1/>
15. CAN. Vanor och konsekvenser. 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/Undersokningar/vanor-och-konsekvenser/>
16. CAN. ESPAD - den europeiska skolundersökningen 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/Undersokningar/ESPAD---Den-europeiska-skolundersokningen/>
17. Brottsförebyggande rådet. Skolundersökningen om brott 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.bra.se/statistik/statistiska-undersokningar/skolundersokningen-om-brott.html>
18. CAN. ESPAD i Sverige - Europaperspektiv på skolungdomars drogvanor 1995–2015. Stockholm: 2016. 159. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/4397a3abfb7d4c9c931f987e89ef5896/espada-i-sverige.pdf>
19. Statistiska Centralbyrån. Frågor och svar - om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar. Örebro: 2016. 2016:12. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från:

- https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d674ce728e4145f/ov9999_2016a01_br_x08br1601.pdf
20. CAN. Skolelevers drogvanor 2019. Stockholm: 2019. 187. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/34abb9ed650940d995813c8de9ab2a84/can-rapport-187-skolelevers-drogvanor-2019.pdf>
 21. Folkhälsomyndigheten. Den svenska narkotikasituationen 2019.2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2019/?pub=66860>
 22. Brottsförebyggande rådet. Narkotikaanvändning och misstankar om eget bruk bland ungdomar i Stockholm. 2018. 2018:2. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: https://www.bra.se/download/18.10aae67f160e3eba6292b7e9/1520581863937/2018_Narkotikaanvandning_och_misstankar_om_eget_bruk_bland_ungdomar_i_Stockholm.pdf
 23. CAN. Drogutvecklingen i Sverige 2019 - med fokus på narkotika. Stockholm: 2019. 180. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/c619eb88458e4be18463070f782989d4/drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf>
 24. Folkhälsomyndigheten. Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk. Stockholm: 2017. [citerad 12 december 2019]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0ec13c7b945949b0a5dec5e5e3938d77/halsomassiga-sociala-effekter-cannabisbruk-00062-2017-webb.pdf> (PDF, 115 kB)
 25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. 2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf
 26. Folkhälsomyndigheten. Risk- och skyddsfaktorer för spelproblem. 2017. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/87212ade8e7a4a15ad7be4437cbc5a4b/risk-skyddsfaktorer-spelproblem-webb.pdf> (PDF, 316 kB)
 27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Prevention Quality Standards - A manual for prevention professionals. 2011. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf
 28. Folkhälsomyndigheten. Snabbguide för drogförebyggande arbete. 2015. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/674fc3d2fad9453cbc539141ffb43cb9/snabbguide-drogforebyggande-arbete-15034-webb.pdf> (PDF, 417 kB)
 29. UNODC. International Standards on Drug Use Prevention - Second updated edition. Vienna: 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf
 30. SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga. Mölnlycke: 2015. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/39d7bef539ef40559c0e9d6d7997d881/forebygga_missbruk_alkohol_droger_spel_barn_unga_2015.pdf
 31. Folkhälsomyndigheten. Sammanfattning av forskningsresultat avseende insatser som rör narkotikabruk, med fokus på cannabis - återrapportering av ett regeringsuppdrag. 2015. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/narkotika/forebyggande-arbete/aterrapportering-regeringsuppdrag-s2012-3114-fst.pdf> (PDF, 214 kB)
 32. Folkhälsomyndigheten. Förebyggande insatser mot alkohol-, narkotika-, dopning- och tobaksanvändning. En kartläggande litteraturoversikt om forskningens omfattning och karaktär. 2019. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a7bf8045e264450894ae7e6a7cf87b5d/forebyggande-insatser-alkohol-narkotika-dopning-tobaksanvandning-19052.pdf> (PDF, 2,3 MB)
 33. Folkhälsomyndigheten. Hälsokommunikation i det nya medielandskapet. Stockholm: 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/dc016cecc46ea4b2597c8b54f8ffb4de5/halsokommunikation-nya-medielandskapet-04203-2017.pdf> (PDF, 1,4 MB)
 34. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg: 2017. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF

- [TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf](#)
35. Hall W, Fischer B. Harm reduction policies for cannabis. I: Rhodes T, Hedrich D, redaktörer. Harm reduction: evidence, impacts and challenges: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction; 2010.
 36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations. Luxembourg: 2017. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från:
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4680/TD0417390ENN_Evaluating%20Drug%20Policy.pdf
 37. Åklagarmyndigheten. Strafföreläggande i bötesmål - en sammanställning av tillämpade påföljder. RättsPM 2012:7. Malmö: 2012.
 38. Brottsförebyggande rådet. Provtagning vid misstanke om ringa narkotikabrott - En undersökning av analysresultat 1998–2015. Stockholm: 2016. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från:
https://www.bra.se/download/18.358de3051533ffea5eadc492/1461221208545/2016_Provtagning%20vid%20misstanke%20om%20ringa%20narkotikabrott.pdf
 39. Socialstyrelsen. Pilotstudie om vård och behandling till barn och unga som lagförts för brott - slutredovisning av regeringsuppdrag. . Stockholm: 2018. [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-3-22.pdf>
 40. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Portugal - Country Drug Report 2019 2019 [citerad 27 januari 2020]. Hämtad från: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/drug-laws-and-drug-law-offences_en
 41. NOU 2019:26. Rusreform - fra straff till hjelp. In: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Oslo: 2019.
 42. UNODC. Cannabis and Hallucinogens. 2019. [citerad 29 januari 2020]. Hämtad från:
https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_5_CANNABIS_HALLUCINOGENS.pdf